

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГОЇ ДОШКІЛЬНОЇ ТА
ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ ІЗ
ПСИХОГЕННИМИ ТРАВМАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 2 курсу, 212М групи
Спеціальності: 012 Дошкільна освіта
Освітньо програми: Дошкільна освіта
Ляшенко Анна Володимирівна
Керівник: кандидат псих.наук, Казаннікова
Олена Василівна
Рецензент: психологиня ЗДО №10
санаторного типу Херсонської міської ради
Завгородня О.М.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.....	6
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ТРАВМ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1. Особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку.....	6
1.2. Причини та зміст психогенних травм у дітей дошкільного віку	11
1.3. Організація та зміст психологічної підтримки дітей із психогенними травмами в умовах війни	17
РОЗДІЛ 2.....	23
ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ТРАВМАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ	23
2.1. Процедура і зміст психодіагностики дітей із психогенними розладами.....	23
2.2. Результати емпіричного, експериментального дослідження реагування дітей на психічну травму	26
2.3. Засоби профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку	30
ВИСНОВКИ	36

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. ХХІ століття ознаменувалося низкою різного роду соціально-політичних потрясінь, техногенних і природних катаклізмів, військових подій і терористичних актів, які стали непосильним і непередбачуваним тягарем для людської психіки. Екзистенційна загроза, страх за життя, втрата близьких призводять до збільшення кількості неспсихотичних прикордонних розладів, у тому числі посттравматичного стресового розладу.

Зростання кількості військових конфліктів у світі ставить актуальне завдання психологічної допомоги постраждалим, серед яких діти є однією з найбільш уразливих груп. Нині кожен шостий неповнолітній проживає або в зонах військових конфліктів, або в безпосередній близькості від них. Ставши свідками військових ситуацій, діти стають схильними до трагічного досвіду, що спотворює всю особистість, уявлення та відношення до навколишнього. Багато з дошкільників мають порушення емоційного стану, невмотивовану агресію, страхи і постійне відчуття повторних бойових дій. Це події, за які сама дитина не несе відповідальності, вона безсильна перед ними і не може їм запобігти чи якось на них вплинути, тому такі переживання дуже болючі. І слід від таких проблем може тягнутися далеко.

Отже, мета дорослих, особливо психологів та вчителів, – повернути дітей до нормального способу життя. Робота з дітьми практично всіх типів навчальних закладів поставила перед педагогами-психологами актуальне і складне завдання – надання практичної психологічної допомоги дітям, які отримали ту чи іншу психічну травму.

Проблема психологічної травми та її наслідків для розвитку особистості останнім часом цікавить дослідників. На даний момент

проведено ряд медичних досліджень з цього питання, однак недостатньо психологічних досліджень з цього питання.

Отже, зростання актуальності проблеми психолого-педагогічної підтримки дітей із психогенними травмами, її теоретична та практична значущість, а також недостатня розробленість проблеми зумовили вибір теми дослідження: **«Психолого-педагогічна підтримка дітей із психогенними травмами»**.

Об'єкт дослідження – діти із психогенними травмами.

Предмет дослідження – особливості психолого-педагогічної підтримки дітей із психогенними травмами.

Мета дослідження – теоретичне та емпіричне обґрунтування психолого-педагогічної підтримки дітей із психогенними травмами.

Завдання дослідження:

1. Виявити особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку.
2. Вивчити причини та зміст психогенних травм у дітей дошкільного віку.
3. Проаналізувати організацію та зміст психологічної підтримки дітей із психогенними травмами в умовах війни.
4. Провести експериментальне дослідження реагування дітей на психічну травму.
5. Надати засоби профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку.

У процесі написання роботи були використані наступні **методи дослідження**: теоретичні методи: аналіз, синтез та узагальнення літератури за темою дослідження; емпіричні методи: спостереження, інтерв'ю, анкетування та математична обробка результатів дослідження.

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні наукового розуміння особливостей психічних травм у дітей, які виникають внаслідок воєнних дій, а також у розробці теоретичних основ

для ефективної підтримки таких дітей. Дослідження допомагає систематизувати знання про психологічні механізми впливу війни на психіку дитини, визначити основні напрямки психологічної допомоги та педагогічної підтримки. специфіки психічних травм.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що психологи та педагоги можуть використовувати отримані результати при наданні допомоги дітям з психогенною травмою.

Апробація. Головне положення та результати дослідження доповідались і обговорювались на засіданні кафедри педагогіки та психології дошкільної та початкової освіти. Зміст роботи відображений у публікації « Психолого-педагогічна підтримка дітей із психогенними травмами в умовах війни»

Структура роботи. Дана робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел із 40 найменувань. Загальний обсяг роботи 42 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ТРАВМ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку

Дошкільний вік вважається найважливішим періодом життя дитини. Це період формування важливих когнітивних функцій, таких як сприйняття, мислення, пам'ять і мовлення. Це також час підвищеної чутливості, і батьки повинні уважно стежити за тим, з чим стикаються їхні діти в сучасному світі. Насамперед, дуже важливим є зведення до мінімуму сильних подразників, які викликають небажані неврологічні реакції [19, с. 25].

Ситуація соціального розвитку дошкільнят характеризується тим, що вони поступово відриваються від своїх батьків та розширюють коло спілкування з навколишніми. Діти дошкільного віку вступають у «дорослий світ»: відвідують різноманітні гуртки, ходять до магазину тощо.

Діти дошкільного віку не можуть повноцінно брати участь у житті суспільства. Однак процес навчання на цьому етапі тісно пов'язаний з грою. Це пов'язано з тим, що ігри дають дітям можливість відтворити світ дорослих, зануритися в нього і випробувати себе в цікавих ролях. Гра – символічно-модельований вид діяльності, де операційно-технічні моменти зведені до мінімуму, операції скорочені, а предмети умовні. Суть діяльності дошкільників – відтворення предметів (дорослих) з акцентом на взаємозв'язки. Ця операція неможлива без внутрішнього плану, який враховує наслідки та продумує систему дій [21, с. 34].

Не менш важлива гра і з точки зору міжособистісних стосунків. Дитина вчиться на рівних спілкуватися з однолітками і старшими дітьми, і саме в цьому віці закладається основа майбутньої моделі «людина-суспільство». Крім того, грамотно побудована ігрова

діяльність сприяє формуванню перших моральних почуттів, а також моральних установок. Враховуючи, що багато ігор у цьому віці починають носити змагальний характер, у хлопчика чи дівчинки дошкільного віку поступово формується перша особиста мотивація.

Велике значення має творча діяльність (яка, втім, теж має проходити в ігровій формі). Більшість дітей люблять малювати, ліпити з пластиліну, створювати всілякі вироби та аплікації. Дуже важливо впроваджувати в повсякденну ігрову діяльність поетапне ознайомлення з навколишнім світом і природою – на щастя, дошкільнята зазвичай проявляють жвавий інтерес до вивчення середовища, в якому вони живуть. Відповідно, батьки повинні поступово вводити якомога більше об'єктів для вивчення та розуміння навколишнього середовища. Це допоможе розвинути в майбутнього школяра активну допитливість і сприятиме розвитку справді широкого кругозору в майбутньому [30].

У дітей дошкільного віку виділяють такі форми уваги: сенсорну, інтелектуальну, рухову. У 4,5-5 років з'являється здатність до уваги під впливом складних інструкцій дорослих. У віці 5-6 років під впливом самонавчання з'являється зачаток довільної уваги. Увага найбільш стабільна під час напруженої діяльності, такої як гра, маніпулювання предметами, виконання різних рухів. До 7 років увага, в тому числі сила волі, розвивається і вдосконалюється. З досягненням у дитини дошкільного віку відбуваються такі зміни:

- розширюється зона уваги;
- підвищується стійкість уваги;
- розвивається добровільна увага.

Щодо особливостей формування уваги в дошкільнят відзначимо такі зміни:

- значно підвищується концентрація, обсяг і стабільність;
- компонент довільності контролю уваги розвивається на основі мовлення та розвитку пізнавальних інтересів;

- увага тепер опосередкована;

- з'являються елементи після довільної (поєднання довільної та мимовільної, найбільш розвинена форма) уваги [26, с. 215].

Дошкільний вік є особливо важливим періодом у процесі виховання, оскільки це вік початкового особистісного становлення дитини. Для цього періоду характерні складні стосунки з однолітками, які значною мірою впливають на формування його особистості. Як правило, світ дитини нерозривно пов'язаний з іншими дітьми. І з віком для неї все важливішими стають контакти з однолітками.

Дошкільний період є сензитивним для розвитку в дітей основних колективістських якостей, гуманістичного ставлення до оточуючих. Якщо ці риси не розвиваються в дошкільнят, то може виникнути дефект всієї особистості дитини, який згодом буде вкрай важко компенсувати [29].

Більшість дітей завершують формування мовлення та набуття мовленнєвої компетенції у старшому дошкільному віці. Мовлення допомагає дітям спілкуватися і мислити з іншими людьми. Дошкільнята вчаться писати і читати. Словниковий запас швидко зростає: якщо півтора річна дитина може використовувати до 100 слів, то до шести років вона вже матиме близько 3000 слів. Розвиваються також граматичні та розмовні навички. Діти творчо використовують потенціал рідної мови. Опановують різні форми контекстного та усного мовлення, включаючи перефразування, монологи та розповіді. Діалогічне мовлення також стає яскравішим і виразнішим. Воно включає в себе моменти оцінки, інструкції та координації дій. Мовлення допомагає дошкільнятам планувати і координувати свої дії [4, с. 34].

Ключовою особливістю сприйняття є поступова втрата притаманної йому емоційності. До початку шкільного віку сприйняття стає все більш осмисленим, цілеспрямованим, довільним та аналітичним.

Сприйняття тісно пов'язане з мисленням дитини дошкільного віку. Настільки, що в дошкільній психології прийнято виділяти наочно-образне мислення як найбільш характерне для цього віку. Проте відбувається планомірний перехід до нього від наочно-дієвого мислення, коли дитині при висновках необхідно спиратися на маніпуляції з предметами. Заключним етапом буде перехід до вербального мислення. Ось чому так важливо приділяти увагу розвитку мовлення дошкільника. На цьому етапі дитина вчиться узагальнювати, шукати і встановлювати зв'язки між процесами, предметами, діями. Це важливо для правильного розвитку інтелекту в майбутньому. Правда, узагальнення ще можна зробити з помилками – діти, не маючи достатнього досвіду, часто орієнтуються лише на зовнішні ознаки [8].

Пам'ять у дошкільному віці є основною функцією; це сприяє формуванню особистості. Ні до, ні після дошкільного віку дитина не може так швидко і легко запам'ятати стільки різноманітної інформації. Пам'ять дошкільнят має свою специфіку. Таким чином, у молодшому дошкільному віці пам'ять дитини є мимовільною. Дитина пам'ятає тільки те, що її зацікавило і викликало емоції. До 4-5 років починає розвиватися довільна пам'ять. Правда, свідоме запам'ятовування з'являється лише зрідка. Перші дитячі спогади зазвичай зберігаються з 3-4 років [30].

Період дошкільного дитинства відносно стабільний і емоційно спокійний: особливих спалахів і конфліктів практично немає, за винятком кризи 3 років, коли дитина тільки усвідомлює себе маленькою соціальною особистістю. Стабільному розвитку емоційної сфери сприяє розвиток уявлень дитини. Уявлення дозволяють їй переключитися з конкретної ситуації, тому труднощі, що виникають, не здаються такими значними. Проте самі переживання поступово стають складнішими, глибшими, різноманітнішими, а спектр пережитих емоцій збільшується.

Наприклад, з'являється емпатія до інших. Дитина вчиться відчувати і розуміти не тільки себе. Усі образи у свідомості дитини набувають емоційного забарвлення, вся її діяльність (і це, перш за все, гра) насичується яскравими емоціями [8].

Початок формування особистості пов'язаний зі становленням такого важливого особистісного механізму, як субординація мотивів. Для дошкільника вони мають різне значення. Можна виділити мотиви самооцінки (змагання, досягнення успіху), мотиви, пов'язані з формуванням моральних норм та ін. У дошкільному віці починає формуватися індивідуальна мотиваційна система дитини, яка буде мати велике значення для її подальшої успішності [29].

Самосвідомість – вважається головним новоутворенням дошкільного періоду. Формуванню самосвідомості сприяє активний особистісний та інтелектуальний розвиток. Самооцінка формується в середньому дошкільному віці спочатку з власної оцінки (обов'язково позитивної), а потім з оцінок поведінки інших. Що характерно: дитина вчиться оцінювати спочатку вчинки, навички чи поведінку інших дітей, а потім свої [20, с. 52].

Приблизно з трьох років дитина вивчає власне тіло і починає ідентифікувати себе як дівчинку чи хлопчика. Це найкращий час, щоб познайомити себе з різними моделями поведінки. У цей же період дитина починає досліджувати соціальний простір і вчиться будувати відносини між людьми. З цієї причини дуже важливо приділяти увагу оточенню дошкільника та його спілкуванню з іншими дітьми, що є життєво необхідним у цьому віці. Ще одним завданням, яке вирішує для себе дошкільник, є вивчення функцій предметів, а також формування ціннісного ставлення до них.

Однією з найцікавіших психічних функцій, що формується в дошкільний період життя, є усвідомлення себе в часі. Дитина починає

згадувати минуле, усвідомлювати себе в сьогоденні і вже знає про існування майбутнього [11, с. 41].

Отже, дошкільний період є значущим етапом життя. Саме в цей час формуються найважливіші психічні функції: сприймання, мислення, пам'ять, мовлення. Завдяки тому, що особистісний, емоційний та інтелектуальний розвиток відбувається у віці 3-6 років, маленька людина все більше починає усвідомлювати себе і своє місце в навколишньому світі. Вона уже в змозі давати перші оцінки своїй поведінці, а також поведінці інших людей.

1.2. Причини та зміст психогенних травм у дітей дошкільного віку

Як правило, кожен великий збройний конфлікт приводив до появи нових досліджень з проблем травматичного неврозу. У 1916 році, перед закінченням Першої світової війни, їх обстежив німецький психіатр Еміль Крепелін. Він першим довів, що після важкої психічної травми можуть залишатися серйозні розлади, часто на все життя.

У 1939 році провідні країни знову виявилися втягнуті в чергову світову війну, а через два роки Абрам Кардінер, американський антрополог і психоаналітик, учень З. Фрейда, досліджував проблеми того, що ми зараз називаємо «ПТСР», але тоді його називали «невроз війни» та соціальна адаптація колишніх учасників бойових дій до повоєнних умов. Вчений дійшов висновку, що виникнення і подальший розвиток такого неврозу багато в чому є наслідком збою цієї адаптації.

Новий поштовх у вивченні проблеми дала війна у В'єтнамі (1965–1974). Накопичені матеріали привели до того, що до кінця 1970-х – початку 1980-х років було виявлено, що симптомокомплекс ветеранів війни і осіб, які перенесли психічну травму в мирний час, не відповідає жодній з нозологічних форм, які були потім ідентифіковано. Тому в 1980 році Марді Хоровіц і співавтори запропонували виділити його в

самостійний синдром під назвою «посттравматичний стресовий розлад» – ПТСР [1, с. 48].

Проблемою психологічного стану учасників збройних конфліктів, їх адаптації до «нормального» життя після припинення бойових дій, крім представників загальної психології та психіатрів, займалися також дослідники вузької галузі психологічної науки – так звана «військова психологія» [9].

Психіатричні та психологічні дослідження показали, що війна має довготривалий вплив на дітей. Під час бойових дій діти зазнають (різною мірою) двох типів травм. Тип I (раптові травматичні події) і тип II (тривалий вплив несприятливих подій, що призводить до дисфункціональних механізмів подолання).

Як наслідок, діти страждають від тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, дисоціативних розладів (зовнішнє відчуження, деперсоналізація, дереалізація, емоційне заціпеніння, кататонія) та розладів поведінки (особливо агресія, антисоціальна поведінка) [2].

На думку Джоші та О'Доннела, проблеми з психічним здоров'ям насправді є нормальною реакцією на ненормальні події. Це пов'язано з тим, що діти, які піддаються насильству протягом тривалого часу, ризикують розвинути множинні, а іноді й довготривалі біопсихосоціальні дезадаптації.

Мурті проаналізував дослідження психічного здоров'я дітей, проведені в наступних зонах збройних конфліктів: Афганістан, Балкани, Камбоджа, Чечня, Ірак, Ізраїль, Ліван, Палестина, Руанда, Шрі-Ланка, Сомалі, Уганда і Сирія. Він дійшов висновку, що воєнна травма має довготривалий вплив на психічне здоров'я дітей, при чому симптоми стають тим сильнішими, чим довше триває конфлікт.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка виступає за захист дітей у збройних конфліктах, у 10% дітей, які

пережили травматичні події, розвиваються симптоми травми, а ще у 10% – симптоми (поведінкові та психологічні зміни), які впливають на їхнє повсякденне життя. Поширені симптоми включають тривогу, депресію та психосоматичні розлади.

Сміт стверджує, що найважливішою змінною, яка визначає вплив війни на психічне здоров'я дітей, є відсутність базових ресурсів (житла, води, їжі, освіти, охорони здоров'я тощо). Розрив сімейних стосунків (через втрату, розлуку, переміщення тощо). Упередження та дискримінація. Песимістичний погляд на життя (постійні втрати і смуток, відсутність світлого майбутнього) та нормалізація насильства [5, с. 53].

Однак західні психологічні підходи до психічного здоров'я дітей у зонах конфлікту здебільшого розглядаються через призму посттравматичного стресового розладу і часто зосереджуються на місцевих культурних системах вірувань та етноцентричних підходах, які виключають свободу волі та життєстійкість дитини.

Діти позбавлені свободи волі і не тільки діють як пасивні жертви насильства, але й розвивають власні стратегії подолання та виживання та вирішують чинити опір або приєднуватися до озброєних груп. Їх слід розглядати як активних учасників суспільства [40, с. 79].

Хоча ситуації, з якими стикаються діти, є нелюдськими, психосоціальні дослідження показують, що вони мають дуже високу психологічну стійкість і здатні розвиватися в повноцінних людей, незважаючи на травму. Було виявлено кілька захисних механізмів, найважливішими з яких є стратегії подолання, цінності та здорові сімейні та дружні стосунки [14].

Бідність, неналежні житлові умови, домашнє насильство, дискримінація та соціальна ізоляція – це питання, які необхідно вирішувати для успішного уникнення наслідків травматичних подій та підвищення психологічної стійкості дітей після війни.

Масштаби наслідків війни залежать і від подій після неї, насамперед від того, чи успішно пройшла відбудова країни, чи покращилася соціально-економічна ситуація. Крім того, критично важливими є притягнення до відповідальності винних, прийняття відповідними сторонами відповідальності за жорстокості та впровадження механізмів примирення на місцях [22, с. 146].

Аналіз причини психогенних травм у дітей дошкільного віку в умовах війни показав, що рівень причетності до травматичних подій не має прямого зв'язку з ПТСР, тому актуальним завданням стала необхідність дослідження феноменів, які опосередковують вплив травматичного військового досвіду на дітей.

В першу чергу дослідниками вивчався зв'язок між тяжкістю ПТСР і соціально-демографічними показниками, такими як місце проживання та дохід сім'ї. Результати Квешта показали, що діти з бідних сімей частіше страждають від ПТСР, тривоги та депресії. Проте автор не прийшов до однозначного висновку щодо зв'язку між статтю та силою прояву різних симптомів ПТСР. Одні дані свідчать про більшу вираженість цих симптомів і більшу схильність до травматичних подій у хлопчиків, інші роботи, навпаки, акцентують увагу на більш виражених проявах симптомів настирливості, страху, тривоги та депресії у дівчат порівняно з хлопцями.

Дані досліджень свідчать про те, що соціокультурні фактори, такі як соціальна та релігійна підтримка з боку громади, відіграють значну посередницьку роль, пом'якшуючи негативний вплив травматичних подій та рівень психологічного дистресу у дітей. Підтримка сім'ї може мати особливо важливий сповільнювальний ефект. Окремо можна виділити проблеми співвідношення сили воєнної травми з типом прихильності та надійністю сімейних стосунків.

Несприятливе сімейне середовище підвищує ризик негативних наслідків переживання травматичних подій, пов'язаних з військовими

діями: у дітей спостерігаються емоційні розлади, симптоми депресії, розлади мислення, почуття провини, деструктивні думки тощо. Отримані результати свідчать про важливість урахування соціокультурних факторів та особливостей сімейного ладу в процесі діагностики та надання допомоги дітям у воєнній ситуації.

Узагальнюючи фактори, що опосередковують вплив воєнної травми на дітей, дослідники виділяють феномен стійкості, який включає індивідуальні психологічні ресурси (особистісні та соціальні навички, підтримку однолітків і турботу дорослого, до якого дитина відчуває прихильність, оптимізм, віра та надія) та контекстуальні ресурси (духовні, культурні та освітні), а також такі фактори, як поступова «імунізація» щодо травми та посттравматичного стресового розладу [28].

Якісний аналіз структурованих інтерв'ю з дітьми, які проживають в зонах окупації, показав, що в умовах війни ефективна підтримка та довіра громади можуть відігравати велику роль у розвитку стійкості, яка проявляється у дітей у формі таких психологічних характеристик, як самосвідомість, почуття причетності та довіри до інших дорослих.

У статті Сміта також відзначено важливу роль стійкості в опосередкуванні реакцій на травму та подолання травматичного досвіду, пов'язаного з війною. Розглядаються можливі біологічні (біохімічні) маркери, які можуть бути використані для додаткової оцінки факторів ризику та захисту, насамперед резистентності у дітей.

Дослідження Веронезе виявили, що коли стійкість була низькою, симптоми травми та посттравматичного стресового розладу (повторне переживання, уникнення, підвищене збудження) та емоційні проблеми ставали більш вираженими. У той же час, маючи високий рівень стійкості, діти демонструють просоціальну поведінку та значно менш виражену симптоматику. Це свідчить про те, що стійкість, як риса особистості, і діяльність, яка сприяє розвитку стійкості, виконує

буферну функцію від наслідків травматичних та інших несприятливих обставин [33].

Значна кількість робіт присвячена ще одному виду опосередкувальних факторів – використанню дітьми певних психологічних захистів і копінг-стратегій (механізмів) у ситуації бойових дій.

Загалом дітям властиві такі копінг-стратегії в умовах війни: прийняття бажаного як реальність, зосередженість на вирішенні проблем, використання методів емоційної регуляції та переключення уваги.

Діти з посттравматичним стресовим розладом частіше вдаються до відкритого вираження почуттів, шукають соціальної підтримки та уникають проблем, тоді як діти з тривогою діляться своїми переживаннями, звертаються до соціальної підтримки та беруть участь у діяльності, що вимагає відповідальності. Дані показують, що сила травми та тяжкість симптомів ПТСР негативно корелюють зі стратегією подолання прийняття бажаного за істину та позитивно з використанням стратегій уникнення проблем і самокритики.

Травмовані діти активно використовують копінг-стратегії для подолання стресу. Більш широке використання копінг-стратегій пов'язане зі збільшенням рівня пережитого дистресу та ПТСР, а діти з зовнішнім локусом контролю відчують більший дистрес. Навпаки, позитивні емоції та задоволеність життям є пом'якшувальним фактором, наприклад, було показано, що ефект соціального зараження позитивними емоціями (сміх і посмішка під час гри) мав пом'якшувальний вплив на тяжкість травми, пов'язаної з військовими діями [34].

Наголошується увага на ролі волі дітей у подоланні травми, викликаній причетністю до подій, пов'язаних з військовими діями. Суб'єктивність пов'язана з підвищенням рівня задоволеності життям і

відчуттям його керованості, тоді як переживання, пов'язані з травматичним досвідом, викликають поведінкові проблеми, гіперактивність і труднощі соціальної взаємодії, через що діти почуваються ізольованими, некомпетентними та значно менш задоволеними життям [32].

Отже, узагальнивши та проаналізувавши теоретичний матеріал, можна сказати, що в екстремальних військових ситуаціях діти переживають негативні модальності емоційних станів. Основним емоційним станом дітей дошкільного віку є страх. Теоретичний аналіз цього питання вказує на необхідність постійного психологічного супроводу дітей дошкільного віку в умовах пережитих травматичних військових подій.

1.3. Організація та зміст психологічної підтримки дітей із психогенними травмами в умовах війни

Психологічний супровід – це комплекс соціально-психологічних прийомів і методів, які сприяють соціальному та професійному самовизначенню людини в процесі розвитку компетентності, цінностей і впевненості, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та адаптації до ситуації власної професійної кар'єри. Психологічний супровід покращує психологічний стан людини шляхом повного вирішення або зниження актуальності психологічних проблем, що перешкоджають професійній та соціальній самореалізації на будь-якому етапі життя як окремої людини, так і малої групи чи колективу [10, с. 236].

Р. Джармен говорить про те, що примітно, що в організації психологічної підтримки дітей із психогенними травмами, ми маємо справу не лише з професійною психологічною допомогою, а й з тією допомогою, яку кожен може надати ближньому просто своєю присутністю, розумінням і співчуттям [12, с. 381].

Психологічне консультування та психотерапія мають важливе значення в процесі реабілітації дитини, оскільки сприяють досягненню основної мети шляхом вирішення внутрішньо-особистісних проблем, які ускладнюють психологічну адаптацію дітей, які постраждали в районах військових конфліктів.

Загальний алгоритм консультування дітей складається з наступних кроків:

- відновлення у дітей позитивної самооцінки та довіри до світу;
- аналіз проблем, які виникають після пережитої травми;
- встановлення позитивних цілей, які описують бажане вирішення проблеми та дії, необхідні для їх досягнення;
- побудова кроків зростання (опис конкретних щоденних, тижневих і місячних результатів);
- визначення можливих ресурсів і союзників – тих, хто може допомогти досягти бажаного результату;
- корекція агресивної поведінки;
- відпрацювання рецидивів старої поведінки, що заважає досягненню мети [16, с. 75].

Дитяча психотерапія має свої характерні риси та істотно відрізняється від психотерапії дорослих. Полягає вона, насамперед, у тому, що для її реалізації переважно використовувати «діяльнісні» методи (ігротерапія, аніматерапія, арт-терапія, музикотерапія, танцювальна терапія тощо), оскільки ефективність «словотерапії» утруднюється несформованим рефлексивним потенціалом. Дітям може бути важко говорити про катастрофічні події, що сталися, тому їм рекомендується «обробити» свою психологічну травму через гру. Це можуть бути фізичні вправи для психологічного комфорту та розслаблення, духовні драматичні вправи, наприклад, інсценування казки. Це можуть бути історії, придумані самими дітьми, або готові історії. Слід враховувати наступні моменти: казкам потрібні позитивні

кінцівки. Прийнятний вихід зі складної ситуації завжди повинен бути знайдений і реалізований, навіть якщо він не закладений в самій казці. Дочитавши оповідання до кінця, необхідно розповісти про психологічні переживання, які дитина пережила в ролі.

До неспецифічних лікувальних заходів відносяться всі види пісочниць і водяних ванн, що дозволяють дітям грати у воді і піску. Відомо, що такі ігри мають сильний терапевтичний ефект [17].

Групи підтримки для дітей, які пережили горе і травму, мають вирішальне значення для поліпшення психічного здоров'я дітей з ПТСР. Мета груп – заохотити дітей ділитися своїм досвідом, думками та почуттями. Таким чином, діти стають більш обізнаними про всі можливі ситуації та себе в них. Дітям надається можливість проаналізувати власний досвід, свої реакції на травматичні ситуації та їх вплив на психологічний стан. Група аналізує низку тем, об'єднуючи поняття горя, травми, чесності, ясності, рефлексії та самоусвідомлення [18, с. 48].

Л. Шнайдер рекомендує використовувати такі техніки при наданні психологічної допомоги дітям: інформування, метафори (аналогії), встановлення логічних зв'язків, проведення логічних міркувань, саморозкриття, конкретні потреби, парадоксальні інструкції, робота з переконаннями, емоційне зараження, робота з неконструктивними почуттями, релаксація переоцінка, рольові ігри, внутрішні переговори тощо. Однак використання цих методів ізольовано, без розуміння цілей психотерапії та без розробки концептуалізації (когнітивної моделі розладу), визнано неефективним лікуванням [31, с. 61].

Основні цілі лікування ПТСР:

1) Ігротерапія та арт-терапія. Кожен сеанс арт-терапії та ігрової терапії для дітей з посттравматичним стресовим розладом рекомендується будувати за «хвильовим» алгоритмом: спочатку поступово залучати дітей до діяльності, поступово збільшуючи інтенсивність, досягаючи певного максимуму, а потім знижуючи

інтенсивність. Наприкінці заняття слід використовувати спокійні види діяльності (наприклад, малювання) та методи релаксації (дихальні вправи, м'язові вправи). Важливо включати в процес реабілітації дітей вільні ігри та творчі заняття, як індивідуальні, так і групові.

2) Психосинтез у роботі з дітьми з ПТСР. Цей напрямок терапії фокусується на використанні образних технік для навчання стратегій подолання травматичного досвіду та проблемних ситуацій. Використовуються процеси образної візуалізації, такі як навчання дітей технікам релаксації (дихальні та м'язові техніки) та відтворення ситуацій, в яких діти самі потрапляють у складні та небезпечні ситуації і можуть успішно впоратися з ними, використовуючи дихальні та образні техніки.

3) Когнітивно-поведінкова терапія для дітей з ПТСР. Когнітивно-поведінкова терапія, яка фокусується на подоланні психологічної травми, стала стандартом психотерапії для дітей дошкільного та старшого віку у всьому світі. Когнітивно-поведінкова психотерапія – це короткострокова психотерапевтична корекційна робота, яка складається з 12-18 сеансів тривалістю від 20-30 до 50-90 хвилин, залежно від віку дитини, потреби в психотерапевтичній допомозі та психологічного розвитку дитини. Використовуються наочні схеми та іграшки, активно застосовуються інтерактивні дошки для малювання та планшетні комп'ютери. Заняття проводяться індивідуально. Також є заняття з дитиною або з батьками (опікунами), або спільні заняття з дитиною або з батьками. Метою кожного заняття є побудова терапевтичних стосунків, психоосвіта, навчання навичкам ефективного подолання стресу та створення безпечного середовища для вирішення та опрацювання травматичного досвіду.

4) Гештальт-терапія. Вона спрямована на те, щоб допомогти дітям зрозуміти, що відбувається з ними «тут і зараз». Таке усвідомлення особливо важливе для дітей з посттравматичним стресовим розладом і

особливо для жертв насильства. Більшість гештальт-методик рекомендовані для використання з дітьми віком від 5 до 12 років. Ключовим моментом терапії є прийняття відповідальності за свої думки, почуття та дії (використовуючи «я», а не «ми» чи «ти»). Заміна «не можу» на «не хочу» («чому» на «що» і «як», «треба» на «хочу») і розуміння того, яку відповідальність несе дитина за те, що сталося, може бути ефективним у подоланні особистісної дисоціації, спричиненої травмою [35, с. 106].

Надаючи консультації або психотерапію дітям, які постраждали в зонах військового конфлікту, слід враховувати високу ймовірність ряду психогенних реакцій, включаючи, серед іншого:

- страх перед смертю та самотністю;
- відчуття втрати стабільної життєвої ситуації;
- провина;
- аутоагресивність;
- зовнішня агресія тощо [37, с. 42].

Вираз таких емоцій слід розглядати як основу для конструктивної участі на наступних етапах психотерапії та консультування. Це пояснюється тим, що вони доводять наявність глибоких внутрішньоособистісних протиріч у дитини, які вимагають не тільки емоційного розрядку, але й емоційного вирішення.

При проведенні психологічної підтримки важливо відверто спілкуватися з дитиною, дати їй відчути, що її люблять, розуміють, підтримують і допоможуть вирішити всі її труднощі; показати, що реакція дитини на травматичні події є нормальною і не є її виною.

Цілком закономірна реакція батьків, які намагаються не нагадувати про болючі травматичні події, боячись заподіяти дитині біль. У цьому випадку дитина залишається з невідреагованими негативними переживаннями, невилікувавшись, доповнює інформацію про подію своїми фантазіями та звинуваченням себе в тому, що сталося. Щоб

зцілитися від стресової події, потрібен час, і квапити дитину чи себе, щоб швидше подолати і позбутися негативних переживань, абсурдно [27, с. 62].

У разі психологічної травми основною метою психокорекції є проведення експрес-корекції, яка блокує найгостріші симптоми, що заважають нормальній життєдіяльності дитини. Дитині дошкільного віку необхідно відновити сон, харчування, забезпечити нормальний сон, загальну активність, подолати гострі фобії, депресивні стани, гостру тривожність.

Надання психологічної допомоги при ПТСР у дитинстві обов'язково покладається на підтримку сім'ї. Роботі комплексної системи реабілітації дітей з посттравматичним стресовим розладом та виникаючими нервово-психічними розладами дитини сприяє розвиток стосунків у родині в конструктивному руслі зі зняттям напруги, відволіканням дитини від травматичних переживань, попередженням стресових реакцій. Особливо висока вразливість до стресу в молодшій віковій групі внаслідок несформованості механізмів психологічного захисту в дитинстві, вразливості до розладів, яка також посилюється преморбідним тягарем психотравм, емоційною нестабільністю, підвищеною тривожністю та незрілістю особистості дошкільника, конфліктні стосунки з батьками в перші роки життя дитини [36, с. 47].

Отже, завдання дорослих – допомогти дитині пережити наслідки психічно травмуючої події. Для цього справді може знадобитися допомога психолога. Надання допомоги дітям, постраждалим у військових конфліктах, є дуже складною і спрямована на зменшення або максимально повне усунення можливих наслідків пережитого. Ця робота включає профілактичні, діагностичні та корекційно-психотерапевтичні заходи.

РОЗДІЛ 2

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ТРАВМАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Процедура і зміст психодіагностики дітей із психогенними розладами

Нами було проведено емпіричне дослідження реагування дітей на психічну травму в умовах війни. Узагальнивши та систематизувавши теоретичні та наукові знання, можна припустити, що дошкільники, які проживають на територіях військових дій, схильні до прояву негативного спектру емоційних станів, провідне місце серед яких посідає емоційний стан страху.

Для проведення емпіричного дослідження була створена експериментальна вибірка, що включає 10 дітей дошкільного віку. Дослідження проводилося на базі Херсонського ЗДО № 10 санаторного типу. Середній вік учасників дослідження 5 років.

Задля реалізації поставленого емпіричного дослідження було підібрано такі діагностичні методики:

1. Тест «Страхи в будиночках» (О.І. Захарова та М.А. Панфілова);
2. Проективна методика «Мої страхи» (О.І. Захарова);
3. Методика вивчення тривожності Р. Темл, М. Доркі, Ф. Амен.

Розглянемо ці методики більш детально.

- 1) Тест «Страхи в будиночках» (Додаток А).

Мета: діагностувати, виявити та прояснити різні види страхів, які відчувають діти віком від 3 років і старше. Використання цієї методики необхідне, оскільки психологу потрібно прояснити весь спектр страхів, яким піддається дитина, перш ніж безпосередньо коректувати цей стан. Зазвичай цей тест проводять, коли дитина ще не вміє малювати або не любить малювати.

Процедура: психолог малює (на одному або двох аркушах паперу) обриси двох будинків.

Інструкція для дитини: «У чорному будиночку живуть страшні страхи, а в червоному будиночку немає страшних страхів. (Список страхів можна знайти в ДодаткуА). Психолог називає страхи по черзі. Потім психолог записує страхи, які дитина поклала в чорний будиночок. Запитайте дітей: «Скажи, чого ти боїшся чи не боїшся».

Спеціаліст повільно і уважно розмовляє з досліджуваним, перераховує страхи по порядку і чекає тільки відповідей «так»-«ні» або «боюся»-«не боюся».

Особливості тесту. Часте повторення питань про страхи дозволяє уникнути несвідомого навіювання страху. У разі категоричного заперечення всіх страхів від дитини вимагається не «ні» і не «так», а розгорнута відповідь, наприклад, «я не боюся темряви». Під час тестування психолог залишається поруч з дитиною. Дитину необхідно регулярно підбадьорювати і хвалити за чесні відповіді.

Після виконання завдання дитині пропонується замкнути (намалювати) чорний будиночок і викинути ключ. Ця дія необхідна для того, щоб заспокоїти усвідомлені страхи дитини.

Аналіз результатів полягає в тому, що експериментатор підраховує страхи в чорному будиночку і порівнює їх з віковими референтними значеннями. Загальні відповіді дітей поділяються на кілька груп відповідно до типу страху. Якщо дитина дає позитивну відповідь у трьох з чотирьох або п'яти випадків, у неї діагностується наявність цього типу страху. З 31 виду страхів, визначених авторами тесту, діти мають від шести до 15 видів страхів. У міських дітей кількість страхів сягає 15.

Ці страхи можна розділити на кілька груп:

- медичні страхи: біль, уколи, лікарі, хвороби;
- страх фізичної шкоди: транспорт, несподівані звуки, пожежа, війна, стихія;

- страх смерті (власної);
- страх перед тваринами;
- страх казкових персонажів;
- страх темряви або нічних кошмарів;
- соціальні страхи: л юдей, дітей, покарання, затримки, самотності;
- просторові страхи – високих, глибоких і вузьких місць.

Наявність великої кількості різноманітних страхів у дітей є показником передневротичних стадій [24].

2) Проективна методика «Мої страхи» (Додаток Б).

Мета: виявити дитячі страхи.

Попросіть дітей намалювати кольоровими олівцями. Попросіть їх принести малюнок, який вони намалювали місяць тому, щоб зацікавити їх малювати вдома. Під час перших двох підготовчих занять попросіть дітей визначитися з темою для малювання. Після підготовчих занять вони можуть почати малювати на цю тему. Ці заняття відбуваються двічі на тиждень і зосереджуються на одній-двох темах.

Малювання дітьми своїх страхів не збільшує їхні страхи. Під час малювання страх сприймається як щось, що вже сталося або насправді сталося. Разом це знімає емоційний і травматичний резонанс страху в психіці дитини. По-перше, важливо, щоб завдання давав педагог або психолог, якому дитина довіряє. По-друге, саме малювання має відбуватися в контексті приємного спілкування з однолітками, не кажучи вже про схвалення самого вчителя для забезпечення його підтримки.

По-перше, це може бути страх самотності, нападу (бандитів), хвороби, смерті батьків, певних людей, покарання, казкових персонажів, темряви, тварин, транспорту, стихій тощо. Проводяться індивідуальні бесіди, щоб з'ясувати, чи боїться дитина висоти, глибоких місць, води, вогню, лікарів, крові тощо. Після того, як кожна дитина перерахувала свої страхи, педагог дає завдання намалювати їх. Мета – намалювати

найяскравіший страх. Дітям не кажуть, що саме малювати, вони повинні вибрати самі [25].

3) Тест на тривожність (Р. Темпл, В. Амен, М. Доркі) (Додаток В).

Мета методики – визначити рівень тривожності дитини.

Методика призначена для дітей віком 4-7 років. Рівень тривожності свідчить про ступінь емоційної адаптації дитини до соціальних ситуацій, вказує на ставлення дитини до конкретних ситуацій і дає непряму інформацію про характер взаємовідносин дитини з однолітками і дорослими.

Експериментальний матеріал: 14 малюнків (8,5x11 см) у двох варіантах: для дівчаток (на малюнку – дівчинка) і для хлопчиків (на малюнку – хлопчик). Кожен малюнок представляє типову життєву ситуацію дитини. Обличчя дитини не намальоване, лише контур голови. На кожному малюнку є два додаткових зображення голови дитини, точно такого ж розміру, як і контур обличчя на малюнку. Інша картинка – сумне обличчя.

Проведення дослідження: малюнки показуються дитині по одному в строго визначеному порядку. Інтерв'ю з дитиною відбувається в окремій кімнаті [39].

2.2. Результати емпіричного, експериментального дослідження реагування дітей на психічну травму

Якісний аналіз за методикою «Страхи в будиночках» виявив переважаючі страхи дітей. Результати дослідження за цією методикою представлені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Результати за методикою «Страхи в будиночках»

Вид страху	Кількість дітей
------------	-----------------

Страх із заповіданням фізичних ушкоджень	11
Медичний страх	10
Страх смерті	8
Страх тварин і казкових героїв	2
Страх темряви	7
Соціально-опосередкований страх	2
Просторовий страх	1

У дітей з високим рівнем страху в основному домінують кілька видів страху. 10 дітей бояться несподіваних звуків, транспорту, вогню, війни, що свідчить про виражений характер страху, пов'язаного із заповіданням фізичних ушкоджень.

У 9 дітей переважає медичний страх. Діти в основному бояться хвороб, болю, уколів і лікарів.

Страх смерті є у 8 дітей.

Страх тварин і казкових героїв є у 2 дітей.

Страх кошмарів і темряви виявлено у 7 дітей.

2 діти бояться людей, дітей, покарань, запізнь і самотності, що свідчить про виражений соціально-опосередкований страх.

У 1 дитини виражений просторовий страх, це страх води, висоти, закритих приміщень.

Дослідження показало, що більшість дітей відчувають помірний (47%) і сильний (33%) страх (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Рівень вираженості страху в дітей дошкільного віку

Рівень вираженості страху	Кількість у %
Високий	33 %
Середній	47 %
Низький	0

За характером страхів більшість дітей мають такі страхи, як страх фізичної шкоди, діти бояться несподіваних звуків, транспорту, пожежі, війни, а також медичний страх, діти бояться хвороб, болю, уколів і лікарів. Що безпосередньо пов'язано з умовами навколишнього середовища, в якому знаходяться ці респонденти. Це умови війни, а також пандемії.

У результаті дослідження за проективною методикою «Мої страхи» виявлено наступні результати (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати дослідження за проективною методикою «Мої страхи»

Категорія малюнку	Кількість дітей
Військові дії	8 (27 %)
Загибель батьків/родичів	7 (23 %)
Персонажі з комп'ютерних ігор/мультфільмів	4 (14 %)
Хвороби	4 (13 %)
Темрява	4 (14 %)
Сльози матері	1 (3 %)
Вогонь	1 (3 %)
Своя смерть	1 (3 %)

27% малювали військові дії (вибухи, шум, зброя, танки), 23% зображували загибель батьків (родичів), 14% малювали монстрів (персонажі) з комп'ютерних ігор та мультфільмів, 13% дітей намалювали, що бояться захворіти чи хвороби батьків (потрапити до лікарні); 14% дітей намалювали страх темряви і те, що в ній живе. 3% дітей намалювали сльози матері (пояснила, що коли мама плаче, буває щось погане), 3% дітей зобразили вогонь, 3% дітей намалювали свою смерть.

Більшість дітей (6) використовували в малюнках сірі та темні кольори, що підкреслює відсутність бадьорості, знижений настрій, велику кількість страхів, з якими дитина не може впоратися. З дітей використовували яскраві, світлі кольори та насичені фарби, що свідчить про активний життєвий тонус та оптимізм. В основному діти малювали розмиті зображення або малюнки, в яких виражена велика кількість чітких, але не пересічних ліній. Лише 1 дитина використовує при малюванні фарбами широкі мазки, масштаб, не було попередніх ескізів, наступних, змінюючи початковий сюжет фінішного малюнка – що свідчить про впевненість і цілеспрямованість.

Інтерпретація даних за допомогою методики тривожності представлена в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Результати тесту на тривожність (Р. Темпл, В. Амен, М. Доркі)

Рівень тривожності	Кількість дітей у %
Високий	20 %
Середній	63 %
Низький	17 %

Оцінка даних показала, що 17% дітей мають низький рівень тривожності. Середній рівень, виявлений у 63% дітей, відповідає нормі, тобто дитина відчуває тривогу в ситуаціях негативного характеру. Виявлено, що 20% дітей відчувають високий рівень тривожності, що свідчить про недостатню емоційну адаптацію дитини до певних життєвих ситуацій.

Узагальнивши дані дослідження трьох методик щодо виявлення страхів у дітей дошкільного віку в умовах війни, ми дійшли висновку, що у 60% опитаних, є певний страх, який домінує над іншими, менш

значущими для дитини страхами. 40% опитаних, мають декілька страхів, які змінюються залежно від ситуації.

Так, серед дітей, які проживають у зоні військового конфлікту, у 6 дітей розвинувся страх військових дій, діти бояться гучних звуків, зброї, військової техніки, втрати житла; у 4 дітей розвинувся страх смерті близьких (батьків, опікунів).

Отже, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про необхідність використання засобів щодо профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку. Підводячи підсумки проведеного дослідження, слід зазначити, що необхідною умовою зниження кількості страхів та їх інтенсивності у дітей дошкільного віку, які проживають у зоні бойових військових дій, є психологічна освіта батьків щодо профілактики страхів у дітей дошкільного віку.

2.3. Засоби профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку

Профілактика та корекція психологічної травми є дуже відповідальним і складним завданням, до вирішення якого повинні залучатися не тільки спеціалісти, а й усе оточення травмованої дитини, вчителі, батьки, родичі та інші люди. Травма, пережита в дитинстві, має довгостроковий ефект, такі діти сприймають світ як страшне та небезпечне місце. І якщо травму не вилікувати, вони переносять почуття страху та безпорадності у доросле життя, стаючи дедалі вразливішими до травм у майбутньому. Робота з травмою може бути страшною, болючою та провокувати повторну травматизацію. Тому її повинен проводити досвідчений фахівець [3, с. 47].

У більшості випадків при роботі з травмованими дітьми дошкільного віку фахівці використовують такі методи:

- арт-терапія (малювання, читання казок, ліплення) звільняє від негативних думок, дає можливість поговорити про свої страхи та поглянути на ситуацію з боку;

- пісочна терапія допоможе дитині розслабитися, уявити себе на місці інших людей і подумати про різні варіанти вирішення проблеми;

- когнітивно-поведінкова терапія навчить дитину способам запобігання негативної реакції на травму в майбутньому [6].

Найпоширенішими методами профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку є арт-терапія – терапія мистецтвом (казкотерапія, лялькотерапія) та ігрова терапія. Ці способи вважаються найефективнішими, оскільки є звичним і улюбленим заняттям дитини.

Арт-терапія – це метод психотерапії, в якому художні техніки та творчі здібності (малювання, скульптура, музика, фотографія, кіно, книги, акторська майстерність, розповідь історій тощо) використовуються в терапії та психологічній корекції. Різновидами творчої терапії є театральна терапія, музична терапія, танцювальна терапія та терапія рухом.

Малювання, одна з технік арт-терапії, визначається як творчий акт, в якому діти можуть відчувати задоволення від того, чого вони досягли. Малювання також дозволяє дітям вільно виражати свої почуття. Малювання, як і гра, є не тільки відображенням навколишньої дійсності у свідомості дитини, а й її моделюванням та вираженням свого ставлення до неї.

Назвемо основні етапи корекційного процесу з використанням методу проєктивного малювання:

- етап попереднього орієнтування. Дитина досліджує навколишнє середовище, наочні матеріали та дізнається про обмеження та заборони у їх використанні;

- вибір тем для малювання; емоційне залучення до процесу малювання;
- дослідження відповідних способів самовираження;
- більш повне і глибоке самовираження; розвиток форми напрямку їх втілення;
- вирішення конфліктів і травм у символічній формі [15].

Казкотерапія – ще один відомий метод корекції психогенних розладів, пов'язаний з арт-терапією. Це метод, який використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості та покращення взаємодії з навколишнім світом.

Казки виконують такі корекційні функції:

- психологічна підготовка до інтенсивних емоційних ситуацій;
- символічні реакції на фізіологічний та емоційний стрес;
- прийняття фізичного навантаження в символічній формі [13].

Ще одним способом роботи з психогенною травмою в дитинстві є лялькотерапія. В її основі лежить процес ідентифікації дитини з улюбленим мультиплікаційним чи казковим персонажем або улюбленою іграшкою. Основним засобом корекційного впливу є лялька як проміжний об'єкт взаємодії між дитиною та дорослим. Пізнаючи реальний світ, соціальні зв'язки та відносини, діти активно проєктують свій досвід на конкретні ігрові ситуації. Основним об'єктом такої соціальної проєкції довгий час були ляльки.

Реалізація страху у вигляді ляльки дозволяє дитині взяти ситуацію під контроль, а страх, втілений у ляльці, може зняти елемент емоційної напруги та страху [23, с. 10].

Ігрова діяльність особливо важлива для психічного розвитку дітей. Рольова гра є ключовим видом діяльності для дітей дошкільного віку. Це діяльність, в якій дитина освоює всю систему відносин, спочатку емоційно, а потім інтелектуально, і є особливою формою освоєння

дійсності через відтворення і моделювання. Гра виконує кілька функцій, одна з яких-терапевтична.

Ігрова терапія часто є єдиним способом допомогти тому, хто ще не опанував світом дорослих цінностей та правил, хто все ще бачить світ знизу, але все ще є господарем світу фантазій та образів.

Вперше до терапевтичної функції гри звернулися представники психоаналітичного підходу: А. Фрейд і М.Кляйн вивчали дитячу ігрову діяльність. Запропонований Фрейдом метод вільних асоціацій не давав достатньої інформації для роботи з дітьми. Інтерпретація ігор базувалася на традиційних психоаналітичних поглядах: А. Фрейд використовував гру для встановлення міцних позитивних стосунків між терапевтом і дитиною, тоді як М. Кляйн розглядав гру як засіб самовираження та інтерпретував ігрову поведінку дітей безпосередньо.

Подальші дослідження привели до розвитку недирективної ігрової психотерапії. В її основі лежить гуманістична психологія К. Роджерса; метод недирективної ігрової терапії, розроблений В. Ексліном і Г.Л. Ландретом, полягає в спонтанних іграх в ігровій кімнаті в нешкідливих психотерапевтичних умовах.

Основним завданням терапевта при проведенні недирективної ігрової терапії є створення довірливої атмосфери, що сприяє розвитку особистісних ресурсів дитини.

Г.Л. Ландрет підкреслює важливість трьох поведінкових моделей терапевта:

- «прагматизм», який встановлює довірливі стосунки з дитиною;
- здатність виражати прийняття дитини;
- «реалізм» – здатність передати дитині відчуття розуміння, тобто здатність увійти у світ дитини.

Директивна ігрова терапія як напрям представлена Д. Леві. Метод «емансипативної терапії» полягає ускладненні наративу про основні проблеми дитини.

Поведінкова ігрова психотерапія базується на теоріях Б.Ф. Скіннера та А. Бандури. Самі по собі ігри не мають особливих терапевтичних властивостей і розглядаються як спосіб залучення та підкріплення дитячої поведінки. Однак підкреслюється, що гра є ідеальною ситуацією для розриву зв'язку між стимулом і дезадаптивною реакцією.

З точки зору поведінкової ігрової психотерапії, основним джерелом зміни поведінки є презентація негативних і позитивних наслідків поведінки дитини. Перш за все, терапевт ставить перед собою завдання змінити і модифікувати установки і переконання дитини.

Особливе місце в іграх дітей, які переживають різні страхи, займають рольові ігри. Ігри такого роду мають важливе виховне значення. На основі такої гри можуть моделюватися різні реальні ситуації дорослого життя, відтворюватися позитивні або негативні образи та об'єктивна логіка подій у певній послідовності [36].

Методи поведінкової психотерапії також досить поширені як спосіб модифікації психогенної травми у дітей дошкільного віку. Поведінкова терапія використовує сучасні теорії навчання, щоб спробувати змінити поведінку та емоції людини в позитивному напрямку. Поведінкова терапія включає кілька методів впливу, зокрема оперантне обумовлювання, конфронтацію, когнітивну реструктуризацію, тренінг впевненості, методи самоконтролю та систематичну десенсибілізацію. У більшості випадків для роботи з дитячими страхами використовуються елементарні або індивідуальні методи. Прикладом є систематична десенсибілізація. Це метод систематичного і поступового зниження чутливості до об'єктів, подій і людей, що викликають тривогу, і, як наслідок, систематичного і поступового зниження рівня тривоги щодо цих об'єктів.

Уява дитини може бути використана для того, щоб перевтілитися в улюбленого персонажа та розіграти ситуації, в яких вона бере участь. Психолог спрямовує гру дитини так, щоб вона поступово потрапляла в ситуації, які раніше її лякали, стаючи улюбленим персонажем.

Інструментарій емоційних образів включає наступні кроки:

- розробити ієрархію об'єктів і ситуацій, які викликають страх;
- визначити улюбленого персонажа, з яким дитина може легко себе ідентифікувати;
- визначити сюжет можливих дій, які дитина хотіла б здійснити в ролі цього героя;
- почати рольову гру.

Допоможіть дитині уявити ситуації, схожі на повсякденне життя, і поступово вводьте в них улюбленого героя (із заплющеними очима). Після того, як дитина достатньо емоційно втягнеться в гру, введіть першу ситуацію зі списку. Якщо дитина не відчуває страху, переходьте до наступної ситуації [38, с. 86].

Менш специфічним, але водночас найефективнішим засобом подолання дитячих страхів є їхня модифікація через гармонію у стосунках між батьками та дитиною. Сім'я відіграє важливу роль у розвитку дитини. Саме всім'ї діти отримують перший досвід соціальної та емоційної взаємодії. У спілкуванні з дорослими створюється «зона найближчого розвитку», яка передбачає розвиток дитини у спільній діяльності.

На розвиток дитини впливає стиль виховання, емоційна близькість між батьками і дитиною, батьківська позиція і стиль дисципліни. Безперечно, порушення складових сімейного середовища призводять до емоційного неблагополуччя дитини. Зміна домашньої обстановки та коригування ставлення до дитини може допомогти вирішити проблему [7, с. 117].

Отже, для попередження хронізації психогенних розладів в дітей дошкільного віку внаслідок психологічної травми необхідні своєчасні профілактичні та психокорекційні заходи, які мають комплексний медико-психолого-педагогічний характер.

ВИСНОВКИ

Таким чином, мета та завдання даної роботи досягнуті, можна зробити наступні висновки:

1) Розкрито особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку. Дошкільне дитинство – відповідальний період життя. Саме в цей період формуються найважливіші психічні функції, такі як сприйняття, мислення, пам'ять і мовлення. Дошкільний вік є сензитивним для розвитку у дітей базових колективістських якостей та гуманного ставлення до оточуючих.

2) Вивчено причини та зміст психогенної травми у дітей дошкільного віку. Психіатричні та психологічні дослідження показали, що війна має довготривалі наслідки для дітей. Під час бойових дій діти переживають два типи травматичних подій. Раптові травматичні події та тривалий вплив несприятливих подій, що призводить до дисфункціональних механізмів подолання.

Як наслідок, діти страждають від тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та дисоціативних розладів.

Узагальнюючи фактори, що опосередковують вплив воєнної травми на дітей, дослідники виділяють феномен стійкості, який включає індивідуальні психологічні ресурси (особистісні та соціальні навички, підтримку однолітків і турботу дорослого, до якого дитина відчуває прихильність, оптимізм, віра та надія) та контекстуальні ресурси (духовні, культурні та освітні), а також такі фактори, як поступова «імунізація» щодо травми та посттравматичного стресового розладу.

3. Проаналізовано організацію та зміст психологічної підтримки дітей із психогенними травмами. Психологічне консультування та психотерапія є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу дітей, оскільки сприяють досягненню основної мети шляхом вирішення внутрішньо-особистісних проблем, що ускладнюють психологічну адаптацію дітей, які постраждали в зоні військового конфлікту. Надання допомоги дітям, постраждалим у військових конфліктах, є дуже складною і спрямована на зменшення або максимально повне усунення можливих наслідків пережитого. Ця робота включає профілактичні, діагностичні та корекційно-психотерапевтичні заходи.

4. Проведено експериментальне дослідження реагування дітей на психічну травму. Нами було проведено емпіричне дослідження реагування дітей на психічну травму в умовах війни. Для проведення емпіричного дослідження була створена експериментальна вибірка, що включає 10 дітей дошкільного віку. Дослідження проводилося на базі ДНЗ № 5. Середній вік учасників дослідження 5 років.

Задля реалізації поставленого емпіричного дослідження було підібрано такі діагностичні методики: тест «Страхи в будиночках», проєктивна методика «Мої страхи» та методика вивчення тривожності Р. Темл, М. Доркі, Ф. Амен.

Результати дослідження показали, що у 60% опитаних, є певний страх, який домінує над іншими, менш значущими для дитини страхами. 40% опитаних, мають декілька страхів, які змінюються залежно від ситуації. Так, серед дітей, які проживають у зоні військового конфлікту, у 6 дітей розвинувся страх військових дій, діти бояться гучних звуків, зброї, військової техніки, втрати житла; у 4 дітей розвинувся страх смерті близьких (батьків, опікунів).

5. Надано засоби профілактики та корекції психогенних розладів у дітей дошкільного віку. Профілактика та корекція психологічної травми є дуже відповідальним і складним завданням, до вирішення якого

повинні залучатися не тільки спеціалісти, а й усе оточення травмованої дитини, вчителі, батьки, родичі та інші люди. У більшості випадків при роботі з травмованими дітьми дошкільного віку фахівці використовують такі засоби: арт-терапію, ігрову діяльність, поведінкову психотерапію тощо. До неспецифічних, але в той же час найбільш ефективних засобів роботи з дитячими страхами відноситься корекція страхів через гармонізацію батьківсько-дитячих стосунків.

Список використаних джерел

1. Акименко Ю.Ф., Сила Т.І. Як допомогти родині учасника бойових дій: метод. посіб. для соц. працівників і психологів. Чернігів: Десна Поліграф, 2017. 144 с.
2. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретикометодологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893> (дата звернення: 05.09.2024).
3. Андрієвський К.Д., Лисенкова І.П. Психологічні особливості надання консультативної допомоги дітям в період воєнних дій. *Габітус*. 2023. С. 45-49.
4. Бабчук О.Г. Діагностика психічного розвитку дітей з практикумом. Одеса, 2021. 83 с.
5. Байдик В.В. Технології психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (з досвіду роботи). Київ: Ніка-Центр, 2021. 118 с.
6. Бургін Д., Анагностопулос Д. Правління та Відділ політики ESCAP та ін. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей – багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням травми. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-022-01974-z> (дата звернення: 05.09.2024).

7. Вольнова Л.М. Збереження психічного здоров'я в умовах воєнних дій: збірник наукових праць учасників міжвузівського круглого столу. Київ, 2023. 251 с.
8. Вікові особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку. URL: <https://vseosvita.ua/library/vikovi-osoblivosti-psihicnogo-rozvitku-ditej-doskilnogo-viku-zgidno-iz-novou-redakcieu-osvitnoi-programi-dla-ditej-vid-2-do-7-ditina-427153.html> (дата звернення: 05.09.2024).
9. Вплив війни на психічне здоров'я дітей URL: <https://www.kremenetslyceum.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/vplyvvijny-na-psychologichnyj-standitej.pdf> (дата звернення: 05.09.2024).
10. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб.: у 3 т. Т. 3. Київ, 2018. С. 236.
11. Гарькавець О.М. Особливості розвитку пізнавальної сфери дошкільника під впливом інноваційних педагогічних технологій. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2021. № 45. С. 39-43.
12. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України*. 2015. С. 378-390.
13. Греса Н.В. Психологічна допомога дітям під час війни. *Особистість, суспільство, війна*. Харків, 2022. URL: https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/13741/Psykholohichna%20dopomoha%20ditiam%20_Hresa_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 05.09.2024).
14. Діти і війна в Україні. URL: https://www.unicef.org/ukraine/media/26731/file/UNICEF_CiACmonitoring%20report.pdf 11с (дата звернення: 05.09.2024).
15. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Львів. 2020. 7 с.

16. Кузікова С., Зливков В. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
17. Кулик Н.А., Біловол Л.В. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Суми. 2019. 6 с.
18. Куліш О.В., Сірик І.В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46-52.
19. Ладивір С.О. Пізнавальний розвиток старшого дошкільника. *Дошкільна освіта*. 2019. № 3. С.25-39.
20. Литвиненко І.С. Формування пізнавальної активності як засіб розвитку індивідуальності дошкільників. Миколаїв, 2022. 191 с.
21. Лякішева А. Розвиток пізнавальних інтересів старших дошкільників як наукова проблема. *Педагогічний часопис Волині*. 2018. № 4. С.33-38.
22. Мазоха І., Кірчева Л. Особливості життестійкості та особистісного потенціалу у ресурсному аспекті. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасна психологія: проблеми і перспективи»*. 2022. С. 146.
23. Майкл Г. Весселлс. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. Діти та збройні конфлікти: заходи для підтримки дітей, які постраждали від війни. *Мир і конфлікт: Журнал психології миру*. 2017. Вип. 23. С. 4-13.
24. Методика «Страхи в будиночках» О.І. Захарова (в модифікації М.А. Панфілової). URL: <https://www.annadomina.com/metodika-na-viyavlennya-dityachix-straxiv-o-i-zaxarova-i-m-panfilova/> (дата звернення: 05.09.2024).
25. Методика на виявлення дитячих страхів О.І. Захарова. URL: <https://dytpsyholog.com/2015/04/21/%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D0%BD%D0%B0->

%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F-
%D0%B4%D0%B8%D1%82%D1%8F%D1%87%D0%B8%D1%85-
%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D1%96/ (дата звернення:
05.09.2024).

26. Набока Г.Д. Особливості психічного розвитку дошкільників з інтелектуальними порушеннями. Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: збірник наукових праць. Суми: СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2021. Вип. 9. С. 215-220.

27. Оксютович М.О., Сабадуха В.О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І.Вернадського*. 2023. №5. С. 58-65.

28. Ознаки й симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) URL:
<https://livewell.optum.com/pdfs/Signs%20and%20symptoms%20of%20PTSD%20-%20Optum%20-%20Ukrainian.pdf> (дата звернення:
05.09.2024).

29. Особливості психічного розвитку дітей 5-ти річного віку. URL: <https://mmk.edu.vn.ua/uploads/images/articles/pochatkova/pv.pdf> (дата звернення: 05.09.2024).

30. Особливості психічного розвитку в різні вікові періоди. URL: <https://psychology.karazin.ua/dist2020/materialy/Guliaeva/8.pdf> (дата звернення: 05.09.2024).

31. Панок В.Г., Ткачук І.І. Консультування в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій: навчальний посібник. Київ, 2019. 144 с.

32. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних

проекціях. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2021/11.pdf
(дата звернення 25.04.2023).

33. Парамджит Т. Джоші. Дебора А. О'Доннелл. Наслідки впливу дітей на війну та тероризм. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:CCFP.00000006294.88201.68>
(дата звернення: 25.09.2024).

34. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакції людини на травматичну ситуацію URL: <https://lib.iitta.gov.ua/713132/1/Journal26-pages-43-47.pdf> (дата звернення: 05.09.2024).

35. Пророк Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб.: в 3 т. Київ, 2018. 208 с.

36. Растроста Г.Б. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації: методичний посібник. Суми: НВВ КЗ СОППО: 2018. 64 с.

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

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

39. Тест «Тривожність» (Р.Темл, М. Доркі, В. Амен). URL: <https://www.annadomina.com/test-trivozhnist-r-teml-m-dorki-v-amen/> (дата звернення: 05.09.2024).

40. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.