

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ШАРОН МАКСИМОВ ДАФНА

УДК 159.942

**ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАНСФОРМАЦІЇ
ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ
ЗАСОБАМИ ХІБУКІ-ТЕРАПІЇ**

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 Психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PHD)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 Д. Шарон Максимов

Науковий керівник: Пінчук Наталія Іванівна, кандидат психологічних наук,
доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Шарон Максимов Д. Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 05 «Соціальні та поведінкові науки» (053 – Психологія). – ДЗВО «Університет менеджменту освіти», Київ, 2025.

Зміст анотації

Дисертаційну роботу присвячено теоретичному аналізу та емпіричному вивченню особливостей травмівних переживань молодших школярів, розробленню й обґрунтуванню програми трансформації травмівних переживань за допомогою Хібукі-терапії та визначенню її ефективності й результативності після впровадження в межах експериментальної групи, а також порівняння результатів експериментальної та контрольної груп на формульовальному етапі дослідження.

Об'єктом дослідження визначено переживання особистістю психічної травми, а предметом – психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії.

Мета дослідження полягала у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей травмівних переживань молодших школярів та їх трансформації засобами Хібукі-терапії.

У результаті теоретичного аналізу наукової літератури виокремлено основні теоретико-методологічні підходи до вивчення психічної травми (психоаналітичний, психодинамічний; когнітивно-біхевіористський; культурно-історичний; діяльнісний; клінічний; наративний; генетичний; суб'єктно-вчинковий; комплексний тощо), визначено поняття психічної травми, вікові особливості травмівних переживань тощо. У межах роботи

психічна травма визначається як травма (від давньогрецького τραῦμα «рана»), що пов'язана із подією чи її інтерпретацією суб'єктом, яка не належить до сфери типового досвіду індивіда і за рахунок цього сприймається як непереборна, незвичайна та викликає глибокі негативні емоційні, болісні переживання, страждання, тривожність, жах, безпорадність тощо.

Спираючись на положення комплексного (Булгакова, Савченкова, 2022; Титаренко, 2019 та ін.) та психоаналітичного (Віннікот, 2019; Bowlby, 1969; Jung, 2022; Freud, 1966; Freud, 1977; Horni, 2009 та ін.) підходів, розроблено структурно-функціональну модель конструктивної трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, яку спрямовано на чотири життєві сфери, що є предметом психологічного впливу: когнітивно-рефлексивна (зниження травматичного згадування пережитих подій, активізації діяльності, планування майбутнього, вивільнення негативних думок тощо); емоційно-афективна (стабілізація психоемоційного стану: зниження (нормалізація) стану тривоги, хвилювання, напруження, розширення репертуару позитивних емоцій, емоційна включеність у діяльність та спілкування); мотиваційно-поведінкова (встановлення/налагодження контактів та взаємодії з оточуючими, здатність приймати й надавати підтримку у складних життєвих ситуаціях; зменшення рівня агресії, вільне висловлювання почуттів, подолання саморуйнівної поведінки; фізично-соматична (відновлення фізичної активності, нормалізація функції сну, харчування тощо).

Показано, що трансформація травмівних переживань здійснюється засобами Хібукі-терапії, центральною фігурою якої є лялька Хібукі (на івриті – «обіймашки»), своєрідний «перехідний об'єкт», що сприяє створенню відчуття психологічного комфорту в стресовій ситуації (Winnicott, 1953; Gaddini, & Gaddini, 1970; Grohol, 2010 та ін.). Уперше Хібукі для роботи із дітьми у тяжкому психоемоційному стані, що був пов'язаний із Ліванською війною у 2006 році, запропонував використовувати ізраїльський вчений-психолог Шай Хен-Галь. Однак, багато «технічних» і «змістових» моментів у роботі з Хібукі було змінено.

Зокрема, запатентований метод Хібукі-терапії на сьогодні відрізняється від методу Хібукі Шай Хен-Галя тим, що з короткочасної інтервенції (1–2 зустрічі) його було розширено до більш тривалої (8–9 сесій із дитиною та 1 сесія із батьками); змінилася сама іграшка (оновлення зроблено відповідно до потреб дітей для кращого ефекту терапії); мета терапії змістилася від стабілізації емоційного стану дитини після травми до корекції, подолання наслідків травми та зниження її впливу на подальше життя дитини. Наразі, у процесі терапії окрім Хібукі можуть використовуватися додаткові інструменти і методи (нейрографіка, ліплення, ізотерапія, пісочна юнгіанська терапія, терапія глиною тощо), що обираються індивідуально для кожної дитини, відповідно до потреб, які визначаються під час психодіагностики стану дитини. У процесі терапії іграшка Хібукі віддається дитині на другій сесії або ж на тому етапі, коли вона буде готова із нею взаємодіяти (це визначає терапевт) та, отримавши іграшку, дитина забирає її собі назавжди.

Базова ідея Хібукі-терапії полягала у тому, щоб надати дитині активну роль – піклуватися про ляльку-песика, яка має свої емоції, почуття, страхи, переживання тощо. І шляхом проєкції, розповідаючи про Хібукі – дитина говорить про себе, допомагаючи йому – піклується про себе, таким чином привчаючись до самотійності.

Розроблено та адаптовано опитувальник дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), та опитувальник «Спогади про травматичну подію». Опитувальники пройшли перевірку на надійність, внутрішню узгодженість та валідність на українській вибірці. За допомогою факторного аналізу в межах опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), визначено п'ять шкал методики: тривожні/нав'язливі думки, агресивна поведінка, самотність, вплив життєвих подій та фізичне самопочуття. В межах авторського опитувальника «Спогади про травматичну подію» за результатами факторного аналізу було виділено

три шкали: повернення до травматичного досвіду, усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів та поведінкова реакція на травматичний досвід.

За результатами емпіричного дослідження виявлено особливості травмівних переживань молодших школярів: залежно від статі, віку, кількості дітей, наявності статусу переміщення з моменту повномасштабного вторгнення, оцінки поточної ситуації тощо. Зокрема, дівчата мають менш виражену емоційну і поведінкову реакції на травматичний досвід, для якого характерна орієнтації на майбутнє, пошук шляхів подолання складних життєвих ситуацій, готовність діяти і працювати для цього, порівняно із хлопцями. Для хлопців характерні вищі показники агресивної поведінки (прояви злості, нижчий контроль агресивних реакцій, вища частота фіксації бійок із іншими дітьми тощо) та агресивності, самотності, загального показника мотиваційно-поведінкової сфери травматичної ситуації, порівняно із дівчатами молодшого шкільного віку.

Діти дев'яти років, порівняно із іншими віковими групами молодших школярів (шести, семи, восьми, десяти та одинадцяти років), гірше переживають травматичні події в межах всіх сфер, окрім фізично-соматичної. Вони менше мріють, більш негативно уявляють себе у найближчому майбутньому, частіше повертаються до травматичного досвіду, мають труднощі у визначенні власних емоцій і почуттів, вищу тривожність, відчуття самотності, проблеми у взаєморозумінні з боку батьків. Водночас, вони більш схильні проявляти активність у спробі подолання негативних наслідків травматичної ситуації з метою її опрацювання.

Діти молодшого шкільного віку, які є єдиною дитиною у сім'ї, мають вищі показники повернення до травматичного досвіду, порівняно із багатодітними родинами. Для останніх характерний менш травматичний досвід перебування у зоні, де лунали вибухи і постріли; досвід прощання із рідними і друзями на невизначений термін тощо.

У результаті кластерного аналізу виділено три типи молодших школярів залежно від переживання травматичних подій, пов'язаних із війною: адаптивно-позитивний, сенситивний (чутливий) та помірно-рефлексивний. Для адаптивно-позитивного типу (30,4 %) характерна нижча вираженість повернення до травматичного досвіду, пов'язаного із війною, нижчий вплив життєвих подій на дитину та складність їхніх переживань через вимушеність покинути домівку, попрощатися із рідними, чути сирени, бачити поранених тощо. Вони орієнтовані на майбутнє, мрійливі, забарвлення мрій позитивне, готові розповідати про травматичну подію і отримувати та надавати емоційну підтримку, мають нижчу тривогу і напругу пов'язані із війною, агресивність, самотність та менше фізичних проблем, стимульованих стресом, таких як: поганий сон, енурез, біль у тілі тощо.

Для сенситивного (чутливого) типу (18,1 %) властиве часте і більш деструктивне повернення до травматичного досвіду, негативна орієнтація на майбутнє, дитина частіше все частіше планує в межах найближчого часу, без довгострокової перспективи, проявляє меншу активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації. Сенситивний тип характеризується тривожністю, агресивністю, низьким рівнем контролю власних поведінкових реакцій. Діти цього типу відчують себе самотніми, мають меншу кількість соціальних контактів з однолітками та проблеми на рівні фізичного самопочуття (порушення сну, харчування тощо).

Для помірно-рефлексивного типу (51,5 %) характерне усвідомлення своїх переживань, прагнення знайти ресурси для подолання складних ситуацій, реалістична оцінка ситуації, без орієнтації виключно на негативі, емоційний баланс у переживаннях та збалансованість між чутливістю і адаптацією.

На основі теоретичного аналізу та емпіричних даних, отриманих у межах констатувального етапу дослідження, розроблено та апробовано програму трансформації травматичних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії, яка складається із восьми-дев'яти сесій (залежно

від необхідності). Метою формувального експерименту є трансформація у бік зниження травмівних переживань шляхом роботи з когнітивно-рефлексивною, емоційно-афективною, мотиваційно-поведінковою та фізично-соматичною сферами особистості дитини. Водночас на трансформаційному етапі формувального експерименту здійснювалася робота із батьками, їх психоедукація, яка була спрямована на розуміння переживань дитини та шляхів її підтримки за допомогою іграшки Хібукі й основних характеристик роботи з дитиною за допомогою Хібукі-терапії. Важливість такої роботи з батьками була зумовлена тим, що в її межах вони отримали підказки та алгоритм дій (пам'ятки), що можуть їм допомогти спрямовувати дитину, за необхідності, вдома. Адже діти зустрічалися із психологом лише раз на тиждень, отримували іграшку, забирали її додому і решту часу не взаємодіяли з фахівцем, а перебували зі своїми батьками, які також для ефективного результату мали бути включені у терапевтичний процес. У цьому випадку батьки стали партнерами фахівців-психологів, які підтримують і спрямовують дитину поза межами терапії.

Визначено ефективність програми за допомогою об'єктивного критерію, а саме числових показників замірів за тими самими методиками, що використовувалися на констатувальному етапі дослідження, до та після її впровадження у експериментальній та контрольній групах. Діагностовано позитивну динаміку змін після роботи у експериментальній групі (групі впливу) за всіма сферами трансформації травних переживань. У межах когнітивно-рефлексивної сфери знизилася частота, інтенсивність та складність переживань пов'язаних із поверненням до травматичного досвіду у спогадах, фантазіях, снах; фіксація на негативних моментах поточної ситуації; підвищилося розуміння власних ресурсів, оптимальних дій для конструктивного подолання складної ситуації, схильність до пошуку шляхів подолання травматичних ситуацій, активності щодо подолання негативних наслідків травматичних ситуацій, готовності як отримувати, так і надавати

емоційну підтримку у складних ситуаціях. У межах емоційно-афективної сфери виявлено зниження показників страху у дітей (йти до школи, спати, бути наодинці, прощатися із батьками, втратити дім, гучних звуків, що щось страшне станеться із ними, чи їхніми рідними, що щось піде не так як було заплановано, також, дітей стало менше хвилювати питання смерті), показники переживання негативних почуттів щодо травматичної події; фіксації на власних переживаннях. У мотиваційно-поведінковій сфері – зменшилися прояви агресивної поведінки (зниження злості, вербальної агресії, бажання виплескувати свою злість на когось і на щось); самотності (зниження показників щодо уявлень дитини про те, що батьки і оточуючі її не розуміють, що вона зовсім одна; бажання бути на одинці; гратися на самоті та відчуття покинутості); нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію та транслювати її у всіх видах активності (іграх). У фізично-соматичній сфері виявлено покращення функцій сну, що проявляється у налагодженні тривалості, якості сну та засинання (знизився показник проблем із засинанням коли дитина одна); функцій харчування, що виражається у стабілізації апетиту та знизилося відчуття втомлюваності).

Здійснене дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми трансформації травмівних переживань засобами Хібукі-терапії. У **перспективі** доцільно дослідити ефективність розробленої програми на різних вікових групах дітей (дошкільного, підліткового, старшого шкільного віку); розробити та апробувати програму трансформації травмівних переживань для дітей залежно від статі, конфігурації сім'ї тощо; визначити особливості та апробувати різні форми взаємодії в межах Хібукі-терапії (групову, змішану) та перевірити її результативність; підготувати батьків, практичних психологів, учителів до впровадження Хібукі-терапії; більш поглиблено дослідити статеві особливості трансформації травмівних переживань, їхні чинники залежно від статі молодших школярів тощо. Не менш важливим уявляється дослідження особистісної готовності клінічних

психологів і психотерапевтів до використання Хібукі терапії у практиці своєї професійної діяльності.

Ключові слова: терапія, Хібукі-терапія, молодші школярі, травмівні переживання, трансформація травмівних переживань, психічна травма, стрес, посттравматичний стресовий розлад, травматична подія, травматичний досвід, переживання, фази переживання травми, «перехідний об'єкт», механізми психологічного захисту, фізичне самопочуття, психологічне благополуччя, самотність, агресія, тривога, напруга, вплив життєвих подій, складні життєві обставини, формування особистості, дитяча психіка.

ABSTRACT

Sharon Maksimov D. The psychological features of younger schoolchildren's traumatic experience transformation using Hibuki-therapy. – A qualifying scientific work, manuscript.

Thesis for the degree of a scientific degree of the doctor of philosophy on a speciality 053 Psychology (05 – Social and Behavioural Sciences). State Institution of Higher Education “University of Education Management” National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2025.

Annotation content

The dissertational work presents the theoretical analysis and empirical study on the peculiarities of younger schoolchildren's traumatic experiences, as well as the developed and substantiated program with the aim to transform traumatic experiences using Hibuki-therapy, which effectiveness and efficiency was confirmed by its implementation in an experimental group and subsequent comparison of the results obtained in the experimental and control groups during the formative research stage.

The research object was experiencing by younger schoolchildren of psychic trauma, and the research subject was Hibuki-therapy as a means transforming positively younger schoolchildren's psychic trauma.

The research purpose was: to substantiate theoretically and to examine empirically the peculiarities of younger schoolchildren's traumatic experiences and their transformation via Hibuki-therapy.

As a result of the theoretical analysis, the concept of psychic trauma was developed, the age-specific features of traumatic experiences and the main theoretical and methodological approaches to psychic trauma examination (psychoanalytic; psychodynamic; cognitive-behavioural; cultural-historical; activity; clinical; narrative; genetic; subjective-behavioural; systemic, etc.) were identified. Within this work framework, psychic trauma is defined as trauma (from the ancient Greek τραύμα "wound") associated with an event or its interpretation by a person that does not belong to the person's typical experience and, therefore, this event is perceived as irresistible, unusual and causes deep negative emotional, painful experiences, suffering, anxiety, feelings of horror, helplessness, etc.

The provisions of the comprehensive (Bulgakova, Savchenkova, 2022; Tytarenko, 2019 and others) and psychoanalytic (Winnicott, 2019; Bowlby, 1969; Jung, 2022; Freud, 1966; Freud, 1977; Horni, 2009 and others) approaches were used to develop a structural-functional model that described constructive transformation of traumatic experiences in younger schoolchildren; it covered four spheres of life, which were the subject of psychological influence: cognitive-reflexive (reduction of traumatic memories on experienced events, increasing of activities, planning for the future, release from negative thoughts, etc.); emotional-affective (stabilization of a psycho-emotional state: reduction (normalization) of anxiety, excitement, tension, broadening the repertoire of positive emotions, emotional inclusion in activities and communications); motivational-behavioural (establishing contacts and interaction with others, development of the ability to accept and provide support in difficult life situations; aggression reducing, free

expression of feelings, overcoming self-destructive behaviour) and physical-somatic (restoring physical activity, normalizing of sleep, eating behaviour, etc.).

Traumatic experiences are transformed by means of Hibuki-therapy, which central figure is Hibuki-toy (in Hebrew – “hugs”), a kind of “a transitional object” that helps children create a sense of psychological comfort in a stressful situation (Winnicott, 1953; Gaddini, & Gaddini, 1970; Grohol, 2010 and others). For the first time, Hibuki-toy was used by an Israeli psychologist, Dr. Sh. Hen-Gal to work with children having severely disturbed psycho-emotional states because of the Lebanon War in 2006. However, many “technical” and “content” points of Hibuki-therapy have been changed in our work. In particular, the current patented method of Hibuki-therapy is different from the Hibuki method proposed by Dr. Sh. Hen-Gal in the following: the method was elongated from a short-term intervention (1–2 meetings) to a longer one (8–9 sessions with a child and 1 session with his/her parents); the toy itself changed (the updates were made in accordance with children’s needs to improve therapy effect); the therapy goal was shifted from a child’s emotional state stabilization after a trauma to its correction, overcoming the trauma consequences and reducing the trauma impact on a child’s future life. Currently, in addition to Hibuki, the therapy includes other tools and methods (neurography, sculpting, isotherapy, sand Jungian therapy, clay therapy, etc.; these tools are chosen individually for each child, according to the needs determined during psychological examination of the child’s state). Hibuki-toy is presented to a child in the second therapy session or at the stage when he/she is ready to interact with the toy (this is determined by a psychological therapist), and the child takes the toy forever.

The idea of Hibuki-therapy is to assign an active role to a child – to take care of the dog-toy that has its own emotions, feelings, fears, experiences, etc. Talking about Hibuki, through projection, children talk about themselves, and by helping Hibuki, children take care of themselves, thus getting used to independence.

A questionnaire for studying children's reactions to war-related stress (an author-modified version of the Shay Hen-Gal questionnaire) and the "Memories of

a Traumatic Event" questionnaire were developed and adapted. The questionnaires were tested for reliability, internal consistency, and validity on a Ukrainian sample. Using factor analysis within the framework of the war-related stress reaction questionnaire (the author-modified version of the Shai Hen-Gal questionnaire), five scales of the methodology were identified: anxious/obsessive thoughts, aggressive behavior, loneliness, impact of life events, and physical well-being. Within the author's "Memories of a Traumatic Event" questionnaire, factor analysis revealed three scales: re-experiencing the traumatic event, awareness and understanding of emotions and feelings, and behavioral response to the traumatic experience.

The performed empirical study revealed the peculiarities of younger schoolchildren's traumatic experiences: depending on their gender, age, number of children in a family, displacement status since the full-scale invasion, assessment of the current situation, etc. In particular, girls had less stronger emotional and behavioural reactions to a traumatic experience that were characterized by an orientation to the future, a search for ways to overcome difficult life situations, a willingness to act and work for this. Boys showed higher aggression (signs of anger, lower control over aggressive reactions, higher frequency of fights with other children, etc.) and feeling of loneliness, a higher general indicator of the motivational-behavioural sphere concerning traumatic situations.

Nine-year-old children, compared to other age groups of younger schoolchildren (six, seven, eight, ten, and eleven years old), experienced traumatic events worse in all spheres, except physical-somatic one. They dreamed less, imagined themselves more negatively in the near future, returned to traumatic experiences more often, had difficulties in identifying their own emotions and feelings, as well as higher anxiety, stronger feelings of loneliness, more problems in mutual understanding with parents. At the same time, they were more active by trying to overcome negative consequences of a traumatic situation in order to process it.

Younger schoolchildren who were the only child in their families returned more often to traumatic experiences, compared to families with many children.

Children from many-children families experienced milder traumatic experience while being in a zone of explosions and gunshots or saying goodbye to relatives and friends for an indefinite period, compared to younger schoolchildren whose families had two children.

The applied cluster analysis revealed three types of younger schoolchildren depending how they experienced war-related traumatic events: adaptive-positive, sensitive and moderately reflective. The adaptive-positive type (30.4 %) was characterized by lesser returning to war-related traumatic experiences, a lower impact of life events on such children, and the complexity of their experiences due to being forced to leave home, say goodbye to relatives, hear sirens, see the wounded, etc. They were future-oriented, dreamy, their dreams were positive, they were ready to talk about traumatic events and receive and provide emotional support, they had lower war-related anxiety and tension, felt less aggressiveness and loneliness, and had fewer physical problems stimulated by stress, such as: poor sleep, enuresis, body pain, etc.

The sensitive type (18.1 %) was characterized by frequent and more destructive return to traumatic experiences, a negative orientation to the future, such children more often planned for the nearest future, without a long-term perspective, were less active in their attempts to overcome negative consequences of a traumatic situation. Sensitive-type children were characterized by anxiety, aggressiveness, poor control over their own behavioural reactions. Such children felt lonely, had fewer social contacts with peers and more somatic problems (sleep disturbances, eating disorders, etc.).

The moderately-reflective-type children (51.5 %) were characterized by awareness of their experiences, a desire to find resources to overcome difficult situations, a realistic assessment of their situation, without an orientation exclusively on its negative aspects, emotional balance and a balance between sensitivity and adaptation.

Basing the performed theoretical analysis and empirical data obtained during the research ascertainment stage, we developed and tested the program transforming

constructively younger schoolchildren's traumatic experiences and using Hibuki therapy. The program consisted of eight to nine sessions (depending on the need). The goal of the formative experiment was to reduce traumatic experiences by working with the cognitive-reflexive, emotional-affective, motivational-behavioural and physical-somatic spheres of a child's personality. At the same time, parents were attracted during the transformational stage of our formative experiment: they had an psychological training to help them understand their children's experiences, to show ways to support their children with the help of Hibuki-toy and to describe them main characteristics of work with children using Hibuki-therapy. Such work with parents was important due to the fact that parents received tips and an algorithm of actions (memos) that could help them guide their children, if necessary, at home. After all, children met with a psychologist only once a week, received the toy, took it home and the rest of time did not interact with the specialist, but were with their parents, who also had to be included into the therapeutic process for its better result. In this case, parents became psychologists' partners; they supported and guided their children outside the psychologist office.

The program effectiveness was determined using an objective criterion, namely numerical measurements before and after its implementation in the experimental group. Positive changes in the experimental (impact) group were observed in all spheres where traumatic experiences were influenced. As for the cognitive-reflexive sphere, the frequency, intensity and complexity of experiences, fantasies and dreams related to remembered traumatic experience decreased; fixation on negative aspects of the current situation was relieved; understanding of one's own resources, optimal actions for constructively overcoming a difficult situation increased, tendency appeared to find ways to overcome traumatic situations and its negative consequences, readiness appeared to both receive and provide emotional support in difficult situations. As for emotional-affective sphere, children's fear indicators become lower (fears of going to school, sleeping, being alone, saying goodbye to parents, losing home, loud noises, that something terrible would happen to them or their relatives, that something would go

wrong; also, children became less concerned about the issue of death), negative feelings of experiencing about the traumatic event became easier; fixation on one's own experiences appeared less often. As for the motivational-behavioural sphere, manifestations of aggressive behaviour decreased (decreased anger, verbal aggression, desire to vent anger on someone and something); loneliness was felt lesser (decreased indicators regarding children's perceptions that their parents or people around them did not understand that they were completely alone; the desire to be alone, to play alone and feeling abandoned became less strong); obsessive desire to talk about the traumatic event in all types of activity (games) vanished. As for physical-somatic sphere, sleep improved, it became longer, the quality of sleep and falling asleep improved (problems with falling asleep when a child was alone decreased); appetite stabilized and feeling of fatigue reduced.

The performed dissertational work does not cover all aspects of traumatic experience transformation by the means of Hibuki-therapy. **In the future**, in the perspective of a scientific study, it is advisable to investigate the effectiveness of the developed program for different age groups (pre-schoolers, adolescents, high-school gradulators); to develop and test programs transforming the traumatic experiences for children depending on their gender, family configuration, etc.; to determine the features and to test different forms of interaction within Hibuki-therapy (group work, mixed approach) and check their effectiveness; to prepare parents, practical psychologists, teachers for the introduction of Hibuki-therapy; to investigate in details the gender characteristics of traumatic experience transformation, factors influencing such experience depending on gender of younger schoolchildren, etc. Studies on personal readiness of clinical psychologists and psychotherapists to use Hibuki-therapy in their practical work are no less important.

Key words: therapy, Hibuki-therapy, younger schoolchildren, traumatic experiences, transformation of traumatic experiences, psychic trauma, stress, post-traumatic stress disorder, traumatic event, experiences, phases of trauma experiencing, "transitional object", psychological defence mechanisms, physical well-being,

psychologica; well-being, loneliness, aggression, anxiety, tension, influence of life events, difficult life circumstances, personality formation, child psyche.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті, опубліковані у наукових фахових виданнях, включених до переліку, затвердженого МОН України

1. Sharon Maksimov, D. (2022). Transformation of mental trauma in children using the Hibuki-therapy method. *Psychological Journal*, 8(3), 18–26.
<https://doi.org/10.31108/1.2022.8.3.2> Взято з 3
<https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/1506>
2. Шарон Максимов, Д. (2022). Хібукі-терапія, як метод подолання психічної травми у дітей в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3-4(27), 48–54. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.4> Взято з 3
<http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opec/article/view/360>
3. Шарон Максимов, Д. (2023). Модель трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*, 1(9), 75–79.
<https://doi.org/10.17721/2616-7786.2023/9-1/12> Взято 3
<https://visnyk.soch.robota.knu.ua/index.php/journal/article/view/198>
4. Шарон Максимов, Д. (2024). Психологічні особливості прояву травмівних переживань, пов'язаних з війною, у дітей молодшого шкільного віку. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*, 30(59), 125–138.
[https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-125-138](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-125-138) Взято 3
http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/30_59_2024/admin/Bulletin_30_59_sciences_Social_and_Behav_Manag_Admin_Dafna%20Sharon%20Maksimov.pdf

Статті, включені до міжнародної наукометричної бази Scopus

5. Sharon Maksimov, D., & Bryl, M. (2023). Hibuki-therapy combined with other art-therapy methods in group work with School-Age children of different inclusive categories during the war in Ukraine. *Neuropsychiatry i*

Neuropsychologia / Neuropsychiatry and Neuropsychology, 18, 3-4: 152–160.
Retrieved from <https://doi.org/10.5114/nan.2023.134151>

Статті у міжнародних виданнях

6. Nauchitel, E., & Sharon Maksimov, D. (2023). The role of hibuki psychotherapeutic toy in the rehabilitation of children's psychological trauma, *IXth International Scientific and Practical Conference Basics of learning the latest theories and methods*, (March 07-10, 2023), 340–348. Boston, USA : International Science Group.

Статті апробаційного характеру, опубліковані у спеціалізованих наукових журналах, збірниках матеріалів наукових конференцій

7. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2022). Терапія військової травми для дітей та молоді за допомогою ляльки тропоїда-Hibuki, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання надання психологічної допомоги в системі освіти під час війни»*, (24 листоп. 2022 р.), 17–22. Дніпро : КЗВО «ДАНО» ДОР».

8. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2023). Метод Хібукі-терапії як один з найефективніших методів роботи з психологічною травмою у дітей, *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська психологія. XXI століття. Початок. (Дні української психології в Берліні)»*, (27-28 квіт. 2023 р.), 386–388. Київ.

9. Шарон Максимов, Д., & Садикіна, А. С. (2023). Метод Хібукі-терапії, як один з методів формування резильєнтності у дітей, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості»*, 20–24. Київ.

10. Maksimov, D. (2023). Evidence of the effectiveness of the Hibuki therapy method in working with children with psychological trauma from the war in Ukraine, *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) «Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення»*, (13 жовт. 2023 р.), 27–30. Київ : НУБІП України.

11. Sharon Maksimov, D., & Sadykina, A. (Eds.). (2023). The neuropsychological and art therapy methods in the structure of Hibuki-Therapy method as factors developing children's creative abilities, *Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Дитинство XXI століття: інноваційна освіта»*, (27 жовт. 2023 р.), 152–155. Кременчук : Метод. кабінет.

12. Шарон Максимов, Д. (2024). Особливості когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань залежно від віку молодших школярів, *Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (25-26 жовт. 2024 р.), 324–327. Київ : Вид-во Ліра-К.

13. Шарон Максимов, Д. (2025). Особливості емоційно-афективної сфери травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, *Матеріали XII Науково-практичного Семінару за участі міжнародного експертного кола «Інтеграція соціально-емоційного навчання в освіту і соціальну роботу в контексті інклюзивного та недискримінаційного підходів»*, (26 листоп., 2024 р.), 90–94. Харків.

Публікації у інших типах видань

14. Шарон Максимов, Д. (2023). *Хібукі: бронезилет для дитячої душі*. Київ : Вид-во Bookmag.

15. Шарон Максимов, Д. (2024). *Хібукі – песик, який вмiє обіймати. Терапевтичні дитячі казки*. Київ : Вид-во NOV.

16. Шарон Максимов, Д., Єфімцева, Г., & Сищук, Г. (2023). *Хібукі-терапія: використання в освітньому процесі та в інтеграції з СЕЕН*. Харків.

17. Шарон Максимов, Д., Грисюк, В., & Сищук, Г. (2024). *Зошит для розвитку емоційного інтелекту «Хібукі – світ обіймів»*.

ЗМІСТ

ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ТА ЇХ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЗАСОБАМИ ХІБУКІ- ТЕРАПІЇ	33
1.1 Основні психологічні підходи до дослідження психічної травми та її переживання особистістю	33
1.2 Вікові особливості травмівних переживань молодших школярів	48
1.3 Теоретичне обґрунтування моделі трансформації травмівних переживань дитини засобами Хібукі- терапії	58
Висновки до розділу 1	73
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ	77
2.1 Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів	77
2.2 Аналіз результатів дослідження травмівних переживань молодших школярів	104
2.3 Соціально-демографічні особливості травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку	115
Висновки до розділу 2	151

РОЗДІЛ 3	ХІБУКІ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ТРАНСФОРМАЦІЇ	
	ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ	
	ШКОЛЯРІВ У ФОРМУВАЛЬНОМУ	
	ЕКСПЕРИМЕНТІ	155
3.1	Мета, завдання, принципи організації формувального експерименту з трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії	155
3.2	Програма трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії ...	165
3.3	Аналіз ефективності впровадження програми трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії	184
	Висновки до розділу 3	193
	ВИСНОВКИ	197
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	203
	ДОДАТКИ	226

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Емоційний стан дітей у період природних катастроф і локальних війн є глобальною проблемою сучасності, характерною для багатьох країн і народів, зокрема Ізраїлю, Боснії та Герцеговини, Сирії, Японії тощо. Нині ця проблема набула особливо гострого характеру в Україні. Офіс Генерального прокурора України (2023) повідомляє страшну й сумну статистику – внаслідок повномасштабної військової агресії російської федерації постраждало понад 1618 українських дітей, станом на 20 серпня 2023 р. щонайменше 503 дитини загинули та понад 1115 отримали поранення різного ступеня тяжкості. Найбільше постраждало дітей у Донецькій області – 485, Харківській – 299, Київській – 129, Херсонській – 121, Запорізькій – 99, Миколаївській – 97, Дніпропетровській – 95, Чернігівській – 71, Луганській – 67. Станом на кінець січня 2025 року, внаслідок збройної агресії росії, в Україні налічується вже 596 загиблих і 1741 поранених дітей. Діти переживають багато різних психічних травм. Вони стають свідками вбивств, насильства та руйнування будинків, діти стають сиротами, зазнають каліцтв, змушені переживати складний та драматичний процес евакуації з рідних місць та складнощі адаптації до нових умов життя.

Клінічні дослідження травмівних переживань дитини показують, що існує тісний зв'язок між досвідом дитячої травми та довгостроковими медичними й соціальними наслідками. Що важчим буде досвід травмівних переживань, тим більшою є вірогідність розвитку проблем фізичного і психічного здоров'я упродовж всього життя. У результаті психічної травми в дитини різко змінюється звична картина світу, втрачається довіра, деформується система взаємин з оточуючими людьми, порушується перспектива майбутнього, базове відчуття безпеки зазнає тотального краху.

Примітно, що перші звернення до феноменології психічної травми та її подолання відбувались у психоаналітичних працях наприкінці XIX-початку

XX ст. (Jung, 2022; Freud, 1966; Freud, 1977; Horney, 2009 та ін.). Саме в психоаналітичній традиції було виокремлено поняття ранньої дитячої травми та її патогенний вплив на розвиток психіки (Freud, 1977). Регулярні дослідження травми у зарубіжній психології розпочались після Другої світової війни і Голокосту, актуальними стали дослідження травми не лише у ветеранів війни, але й жінок та дітей, які проживали на воєнній території (Blum, 2007; Lindemann, 1944 та ін.). В'єтнамська війна з її жахливими наслідками тисяч самогубств ветеранів вплинула на формування розуміння травми в суспільній свідомості (Horowitz, 1992). У 1980 р. після аналізу тривалих спостережень психічних порушень у ветеранів в'єтнамської війни посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) був включений до DSM–III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації. Новий діагноз охоплював не лише синдром ветеранів В'єтнаму, але й розлади, які спостерігались у жінок після зґвалтування, у жертв дитячого аб'юзу тощо.

В українській психологічній науці проблеми психічної травматизації стали активно вивчатись після техногенної катастрофи, що сталася на Чорнобильській АЕС у 1986 р. (Панок, 1997; Панок, Скребець, & Яковенко, 1998). Один із висновків, зроблений українськими вченими, полягає у тому, що реагування на травмівну подію у дітей має особливий характер, зокрема, «порівняно з підлітками чистих зон їх прогноз на майбутнє значно песимістичніший та більш насичений подіями, які їх благополучні однолітки і не згадують: смерть, хвороби, інвалідизація тощо» (Ляшенко, 2003). Дослідження українських науковців значно збагатили розуміння етіогенезу психічної травми, особливості переживання травми дорослими людьми, методів та технологій роботи з травмою. Зокрема, Т. Яценко звертається до психодинамічного пояснення природи раннього періоду розвитку дитини та упроваджує метод активного соціально-психологічного пізнання (АСПП), зорієнтований на цілісне пізнання психіки в її свідомих і несвідомих проявах,

які пов'язані з переживаннями (Яценко, 2004), вченими розробляються концепції психічної травми: «психодинамічна модель психотравми з урахуванням феномену структурної регресії» (Кісарчук, Омельченко, Лазос, Литвиненко, & Царенко 2015), «бойова психічна травма» (Блінов, 2016), «соціально-психологічна реабілітація в умовах травматизації» (Титаренко, 2019), «моральна травма» (Козігора, 2022), «колективна травма» (Горностай, 2018), «травма постраждалої спільноти» (Найдьонова, 2021), «травма втрати» (Паливода, 2021) та ін.

Звертаючись до подій в Україні сьогодні, важливо, не відкладаючи на потім, віднаходити ефективні способи і методи роботи з травмами війни в актуальній ситуації «тут і зараз», важливим є вивчення особливостей переживання травми дитиною, усвідомлення способів інтегрування травмівних подій в психічний досвід людини без порушень її розвитку і без формування наступних патологічних синдромів. Доцільність дослідження зумовлена тим, що для дітей, які переживають травмівні події, розроблені методи психотерапевтичної корекції травмівного досвіду (зокрема метод доктора Шай Хен-Галя), але вони повинні набути характер доказових практик із підтвердженою ефективністю (Суковський, 2013). У випадку вияву значного рівня зменшення травмівних переживань і підтвердження припущення щодо трансформаційного характеру переживань завдяки методу Хібукі-терапії, сам психотерапевтичний метод може зазнати широкого застосування у психосоціальній практиці психологічної допомоги дітям.

Аналіз психологічних досліджень та огляд психотерапевтичних практик для дітей дозволив виявити наступні протиріччя між:

- зростанням кількості українських дітей, які переживають травмівні події війни і відсутністю спеціальних психотерапевтичних практик, які б «працювали» у середовищі, природньому для дитини, і охоплювали одночасно велику кількість дітей;

– теоретичною обґрунтованістю питання про необхідність упровадження у галузь психотерапевтичної допомоги доказових практик і недостатньою розробленістю подібних у реальній практиці роботи з травмівними переживаннями;

– зростанням рівня вимог до педагогічної спільноти щодо надання допомоги дітям, які переживають травмівні стани, і недостатньою представленістю в практиці роботи закладів освіти і медичних закладів психологічного / психотерапевтичного інструментарію, який дозволяє педагогам надавати травмованим дітям допомогу та підтримку.

Вирішення вказаних протиріч дозволяє обґрунтувати проблему дослідження: віднайти ефективні інструменти психотерапевтичної допомоги дітям молодшого шкільного віку, що переживають травмівні події військового часу засобами Хібукі-терапії.

Отже, актуальність і недостатня розробленість проблеми психічного травмування дитини в зарубіжній і українській психологічній науці, зумовили вибір теми дисертаційного дослідження «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до планової науково-дослідної роботи ДЗВО «Університет менеджменту освіти» на тему: «Трансформація професійного розвитку педагогічних і науково-педагогічних працівників в умовах відкритого університету післядипломної освіти» (номер державної реєстрації 0120U104637, 2020-2025 рр.), напрям «Умови психологічного благополуччя учасників освітнього процесу у відкритому університеті післядипломної освіти».

Тема дисертаційного дослідження затверджена на засіданні вченої ради ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України (протокол № 11 від 30 листопада 2022 р.) і узгоджена в Міжвідомчій раді з координації

наукових досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології НАПН України (протокол № 6 від 27 грудня 2022 р.).

Об’єкт дослідження: переживання особистістю психічної травми.

Предмет дослідження: психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості травмівних переживань молодших школярів та їх трансформації засобами Хібукі-терапії.

Відповідно до проблеми, об’єкту, предмету та мети дослідження визначено **завдання дослідження:**

1. За результатами теоретичного аналізу літератури з проблеми психічної травми та її переживання особистістю виокремити основні підходи до її вивчення у психологічній науці.

2. Обґрунтувати структурно-функціональну модель конструктивної трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії.

3. Створити психодіагностичний інструментарій для вивчення травмівних переживань та емпірично дослідити психологічні особливості травмівних переживань молодших школярів.

4. Розробити та апробувати програму трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали класичні концепції стресу і хронічного стресу (Н. Selye, S. Folkman, G. Kristal, R. Lazarus та ін.), теорії психічної травми і посттравматичних реакцій особистості (С. Джозеф, А. Лінлі, А. Шевчук, А. Шварц, Дж. Ялом, L. Calhoun, R. Janoff-Bulman, H. Lewis, R. Scaer, K. Taku, R. Tedeschi), психоаналітичні теорії особистості (С. Jung, А. Freud, S. Freud, F. Rupert), теорія турботи (Д. Віннікот, Г. Салліванн, Е. Фромм), теорія об’єктних відносин (М. Балінт, Д. Віннікот, М. Кляйн, J. Bowlby), теоретичні положення

про особливості впливу психотравмуючих подій на дитячу психіку та практики відновлення психіки (З. Бебераджвілі, А. Бочкор, О. Бондарчук, В. Бучинська, М. Бригадир, С. Влад, Дж. Герман, Л. Карамушка, В. Климчук, С. Литвиненко, К. Мілютіна, Г. Растроста, О. Романчук, Т. Яценко та ін.).

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс загальнонаукових методів:

– *теоретичні*: аналіз теоретико-методологічної, науково-методичної літератури для зіставлення різних поглядів на проблему, індукція, узагальнення, систематизація, моделювання;

– *емпіричні*: спостереження за поведінкою та міжособистісною взаємодією; бесіда, що спрямована на виявлення особливостей травматичного досвіду, розуміння власних емоцій і почуттів; психодіагностичні методи: «Спогади про травматичну подію» (авторський опитувальник); опитувальник дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (авторська модифікація опитувальника Ш. Хен-Галя); методика діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор – З. Карпенко); проєктивна методика «Безпечне місце» (Л. Хей).

– *математико-статистичні*: описові статистики (показники середніх значень, стандартних відхилень, моди, медіани, відсотковий розподіл); U-критерій Манна-Уїтні; Критерій Крускала-Уолліса H; T-критерій Вілкоксона; факторний, кореляційний та кластерний аналізи.

Емпірична база дослідження. У дослідженні на констатувальному та формувальному етапах брало участь 1146 осіб, віком від 6 до 11 років.

У констатувальному етапі – 460 дітей молодшого шкільного віку, які проживали на момент дослідження у різних регіонах України та за її межами. З них – 254 хлопці та 206 дівчат.

На формувальному етапі було залучено 686 осіб. З них 347 дітей молодшого шкільного віку увійшли до експериментальної групи, що

складалась з 22 експериментальних підгруп (55,3 % хлопці та 44,7 % дівчата) та 339 дітей – до контрольної групи (54,5 % – хлопці та 45,5 % дівчата).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- розроблено структурно-функціональну модель конструктивної трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, що містить чотири основні сфери: когнітивно-рефлексивну, емоційно-афективну, мотиваційно-поведінкову та фізично-соматичну;

- розроблено та апробовано психодіагностичний інструментарій для вивчення травмівних переживань – авторський опитувальник «Спогади про травматичну подію» та опитувальник дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя (визначено валідність, надійність тощо);

- визначено особливості травмівних переживань молодших школярів залежно від статі, віку, статусу переміщення дитини, пов'язаного із війною (переміщення не було, повернулися додому, внутрішньо переміщена особа, зовнішньо переміщена особа); кількості дітей у сім'ї (одна, дві, три і більше); оцінки поточної ситуації;

- виокремлено три типи молодших школярів залежно від переживання травматичних подій, пов'язаних із війною: адаптивно-позитивний, сенситивний (чутливий) та помірно-рефлексивний;

- розкрито особливості застосування засобів Хібукі-терапії для трансформації травмівних переживань дітей;

- розроблено та апробовано програму Хібукі-терапії для трансформації травмівних переживань молодших школярів;

- *поглиблено та доповнено* наукові уявлення щодо поняття «переживання і трансформація психічної травми» дітьми молодшого шкільного віку.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечувалися методологічною основою і теоретичною обґрунтованістю вихідних положень,

вибором відповідних методів дослідження; репрезентативністю вибірки, використанням комплексу методів кількісної та якісної обробки отриманих даних, застосуванням сучасного апарату методів математичної статистики.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що запропоновані в дисертації уявлення про переживання й трансформації травмивних переживань молодшими школярами можуть стати основою для теоретичного осмислення закономірностей процесів переживання різних типів подій у житті дітей. Основні положення та висновки роботи дозволяють розширити знання про сутність психічної травми, її переживань, механізмів і чинників, що впливають на перебіг цього процесу. Особливості процесу переживання психічної травми як частини життя особистості дитини можуть бути враховані у розробці теорій особистості.

Практичне значення дослідження визначається тим, що фактичні матеріали, теоретичні положення та висновки дисертаційного дослідження можуть бути використані у практичній роботі з дітьми, що постраждали через різні екстремальні ситуації, зокрема, в результаті побутової психологічної травми, від терактів, у військових конфліктах, технологічних катастрофах, від природних катаклізмів; у підготовці фахівців до роботи з постраждалими в різних надзвичайних ситуаціях; для роботи в межах психологічного супроводу із внутрішньо та зовнішньо переміщеними особами, їхньою адаптацією до нового середовища; а також при розробці та викладанні курсів з психології особистості, вікової та педагогічної психології, психотерапії, психології травми тощо та на курсах підвищення кваліфікації у приватних та державних освітніх закладах.

Особистий внесок здобувача. Наукові положення та одержані емпіричні дані є самостійним внеском автора у розроблення проблеми психологічних особливостей трансформації травмивних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії. У чотирьох статтях, написаних у співавторстві, доробок здобувача становить 50 %. Розробки та ідеї, що належать співавтору, у дисертаційному дослідженні не використовуються.

Упровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджено у практичну діяльність спеціалістів Благодійного реабілітаційного центру Kinder Velt протягом 2022-2023 рр. (довідка про впровадження від 03.10.2023 р.), Громадської організації «Об'єднання багатодітних родин «Крила» (довідка № 3 від 11.11.2024 р.), Львівського освітнього волонтерського проекту «Сонцелеви» (довідка № 2709-вих-161482 від 11.11.2024 р.), Громадської організації «ЕдКемп Україна» (довідка № 42/11/2024 від 11.11.2024 р.); під час проведення курсів підвищення кваліфікації практичних психологів у Миколаївському обласному інституті післядипломної педагогічної освіти (довідка № 779/17-03 від 26.10.2023 р.), педагогічних працівників у КЗ «Житомирський ОППО» ЖОР (довідка № 01/656 від 30.10.2023 р.); у десяти шкільних містечках Hebrew Public Національної державної четвертої мережі шкіл у США зі штаб-квартирою в Нью-Йорку (довідка від 28.12.2023 р.); у навчальний процес Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка № 465/15.17 від 04.06.2024 р.), Центрального інституту післядипломної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» (довідка №19-03/03 від 10.09.2024 р.), в освітній простір та групову роботу Запорізької гімназії № 25 Запорізької міської ради (довідка № 02-08/224 від 11.11.2024 р.), Золотоніської спеціалізованої школи №2 інформаційних технологій (довідка № 369 від 13.11.2024 р.) тощо.

Апробація результатів дослідження. Основні положення результатів дисертаційного дослідження представлено на науково-практичних конференціях різного рівня, серед яких: XI Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану» (м. Київ, 20 травня 2022 р.); Polish Ukrainian Israeli technology summit (м. Варшава, 14 грудня 2022 р.); VI Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Харківський осінній марафон психотехнологій» (м. Харків, 27–29 жовтня 2022 р.); XVI Науково-практичний семінар «Актуальні проблеми практичної

психології у Волинському регіоні» (м. Луцьк, 3–4 листопада 2022 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання надання психологічної допомоги в системі освіти під час воєнного часу» (м. Київ, 24 листопада 2022 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція з нагоди 50-річчя від початку підготовки психологів у Харківському університеті (м. Харків, 08–09 грудня 2022 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання надання психологічної допомоги в системі освіти під час війни» (м. Київ, 18–19 лютого 2023 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Псіексперт» (м. Київ, 20–23 березня 2023 р.); IX International Scientific and practical conference «Basics of learning the latest theories and methods» (м. Бостон, 28–29 березня 2023 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція здобувачів вищої освіти і молодих учених «Наука і молодь – 2022: пріоритетні напрями глобалізаційних змін» (м. Київ, 14 квітня 2023 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології» (м. Київ, 20–21 квітня 2023 р.); Всеукраїнська науково-практична онлайн-конференція «Українська психологія XXI століття» (м. Київ, 27–28 квітня 2023 р.); XII Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану» (м. Київ, 19 травня 2023 р.); «Ukrainian Israeli rehabilitation summit 2023» (м. Львів, 30 травня 2023 р.); «The Platform for Ukraine 2023. Перша міжнародна конференція присвячена посттравматичній реабілітації в Україні» (м. Львів, 19–20 вересня 2023 р.); I Всеукраїнська науково-практична конференція «Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення» (м. Київ, 13 жовтня 2023 р.); VI Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Дитинство XXI століття: інноваційна освіта» (27 жовтня 2023 р.); VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Харківський освітній марафон психотехнологій» (м. Харків, 26–28 жовтня 2023 р.); I Міжнародний науково-практичний форум «Психологія і соціальна робота у XXI столітті» (м. Полтава, 1–3 листопада 2023 р.); Міжнародна

конференція «Війна. Психотерапія травми» (м. Львів, 10–11 листопада 2023 р.); IV Всеукраїнський конгрес з організаційної та економічної психології «Організаційна та економічна психологія в умовах війни: основні завдання та напрямки діяльності» (м. Київ, 23–24 листопада 2023 р.); II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології в умовах політичної та економічної нестабільності» (м. Дніпро, 22 грудня 2023 р.); Міжнародна конференція «Mediation Conference 2024 Riga» (м. Рига, 08 лютого 2024 р.); Міжнародна (заочна) науково-практична конференція «Впровадження сучасних технологій в процесі забезпечення якісної підготовки майбутніх фахівців дошкільної освіти» (м. Хмельницький, 21–22 лютого 2024 р.); Міжнародна конференція «Early Childhood in Times of War» (м. Мукачево, 8–9 квітня 2024 р.); Інтернаціональна конференція «Disleksia Konfransi» (м. Баку, 20–21 квітня 2024 р.); XIII Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану» (м. Київ, 22 травня 2024 р.); IX Міжнародна науково-практична конференція «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи» (м. Київ, 25–26 жовтня 2024 р.).

Публікації. Результати дисертаційного дослідження відображено у 17 публікаціях, з яких: 4 статті у фахових виданнях України, що входять до переліку, затвердженого МОН України, 1 стаття у наукометричній базі Scopus, 1 – у міжнародних наукових періодичних виданнях, 7 публікацій у збірниках матеріалів і тез науково-практичних конференцій та 4 публікації у інших типах видань.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (223 найменування, із них 151 українською мовою, 72 англійською мовою) та 17 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 276 сторінок, основний зміст роботи викладено на 183 сторінках, додатки – на 51 сторінці. Текст роботи містить 35 таблиць та 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ТА ЇХ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЗАСОБАМИ ХІБУКІ-ТЕРАПІЇ

У першому розділі представлено теоретико-методологічний аналіз проблеми психічної травми, травмівних переживань та основні підходи до їх вивчення у психологічній науці; презентовано результати теоретичного аналізу вікових особливостей травмівних переживань у дітей, подано теоретичну модель трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії.

1.1 Основні психологічні підходи до дослідження психічної травми та її переживання особистістю

Вивчення проблеми травмівних переживань, які може відчувати особистість в кризових умовах сьогодення, є надзвичайно актуальною темою загалом і, зокрема, в контексті покращення психологічного супроводу всіх постраждалих у російсько-українській війні.

Травмівні переживання може відчувати будь-яка людина, яка була учасницею травматичних подій, тобто екстремальних критичних ситуацій, що містять потужний негативний вплив, загрозу для життя чи здоров'я особистості, й вимагають екстраординарних зусиль з оволодіння наслідками цього впливу. У результаті сильного стресу, потрясіння, тривалого страждання, негативних емоцій, болю, які виникають часто під впливом зовнішнього середовища, відбувається нанесення шкоди психологічному або фізичному здоров'ю людини, що проявляється у психологічній травмі (від давньогрецького τραῦμα «рана») та характеризується нестерпними переживаннями, коли звичайних механізмів психіки для їх подолання виявляється недостатньо (Герман, 2010; Carlson, & Birkeet, 2022; Eth, &

Rynoos, 1985; Kaplan-Solms, & Solms, 2016; Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996).

Негативні переживання виражаються як емоції, що засновані на неприємних об'єктивних і суб'єктивних переживаннях, які стимулюють активацію механізмів адаптивної поведінки спрямованих на усунення фізичної чи психічної небезпеки (Гуд, 2021: 15).

Проживаючи своє життя, людина переживає все, що з нею відбувається, і через переживання виявляє своє ставлення до того, що її оточує, що вона робить і що відчуває. У переживаннях відображається оцінка людиною тих чи інших явищ, спонукання до дії, передбачення її наслідків. Переживання – це форма вияву ставлення до об'єкта, ситуації, іншої людини, самої себе, це форма емоційно-чуттєвого ставлення до дійсності, до того, що нас оточує (Харченко, 2018).

Травмівні переживання часто проявляються через емоції, які людина відчуває весь час, але вони є прихованими, витісненими. Хоча й емоція виявляється як відповідь на актуальну ситуацію, і в цьому сенсі в нормі вона завжди існує в актуальній формі, в ситуації ж травми такі приховані емоції готові актуалізуватися, що мають назву – фіксованими.

Незважаючи на значний теоретико-методологічний доробок фахівців у межах цієї тематики, можна відзначити, що роль травмівних переживань залишалась часто поза увагою науковців. Хоча вплив психічної травми на суб'єкта досліджували Г. Абаніна, Дж. Боулбі, О. Брюховецька, Д. Бурлінгем, М. Горовиць, Н. Гоцуляк, Л. Заграй, І. Кучманич, П. Левін, Р. Мороз, О. Ранк, Ф. Руперт, Т. Таран, К. Тейлор, Н. Улько, А. Фрейд, З. Фрейд та ін., але і досі залишається не достатньо розкритою роль травмівних переживань у формуванні травматичних тенденцій психіки, які можуть зумовлювати появу асоціальних форм поведінки (Абаніна, 2017; Брюховецька, 2024; Гоцуляк, 2015; Заграй, 2015; Левін, 2020; Мороз, & Кучманич, 2016; Таран, 2015; Улько, 2019; Basson, Guinn,

McElligott, Vitale, Brown, & Fielding, 1991; Bowlby, 1969; Cain, Fast, & Erickson, 1976; Freud, & Burlingham, 1973; Freud, 1977; Taylor, 1998 та ін.).

Наразі в сучасній психології існують різні підходи до вивчення травмівних переживань, а саме: психоаналітичний (Віннікот, 2019; Герман, 2010; Bowlby, 1969; Jung, 2022; Freud, 1977; Kalshed, 2015; Shwartz-Salant, 2001; Van der Kolk, 2015 та ін.); психодинамічний (Бондаревська, & Лещенко, 2020; Rupert, 2010; Яценко, 2004 та ін.); когнітивно-біхевіоральний (Герман, 2010; Резнікова, 2018; Selye, 1976 та ін.); клінічний (Харченко, 2018; Bryant, 2019; Hunt, 2010 та ін.); культурно-історичний (Папуча, 2020; Сандал, 2021 та ін.); діяльнісний (Vasilyuk, 1991 та ін.); наративний (Абаніна, 2017; Кресан, 2016 та ін.); генетичний (Максименко, 2009 та ін.); суб'єктивно-вчинковий (Роменець, 1995, Татенко, 2017 та ін.); комплексний (Булгакова, Савченкова, 2022; Титаренко, 2019 та ін.) тощо.

Особливе місце в науковому полі психології займають дослідження травми та травмівних переживань, представлені у наукових доробках *психоаналітичного підходу*. Дослідження впливу травми на особистість в межах цього підходу започаткував З. Фрейд (Freud, 1977), він відзначав, що травма – це досвід, що провокує різке збільшення психічного збудження, з яким не можуть впоратись звичайні засоби його переробки, і як наслідок – призводить до порушень енергетичної системи. Психіка суб'єкта, на його думку, інколи не спроможна подолати психологічне навантаження, в результаті кількість збуджень посилюється, що викликає дію захисних реакцій. З. Фрейд (Freud, 1977) вважав, що порушення психічної рівноваги особистості викликає не психічна травма, як така, а спогади про пережитий травматичний досвід, що лишаються неусвідомленими, залишають свій емотивний заряд та здатні впливати на психіку протягом всього життя. Отже, травмівні переживання особистості будуть залежати від сили впливу травматичної події, спогадів про неї та її раптовості. До речі, З. Фрейд часто

пов'язував значущі переживання людини з драматичними подіями раннього періоду розвитку (Freud, 1977).

Відомий швейцарський психоаналітик Н. Шварц-Саллант, був впевнений, що існує два види травматичного досвіду: колективний та індивідуальний (Shwartz-Salant, 2001). Колективний травматичний досвід – це особлива структура безсвідомого людини, в якій зберігаються спогади про значущі етапи розвитку народу або родини, у якій народилася дитина. Процес засвоєння дитиною колективного травматичного досвіду починається з моменту її народження та продовжується упродовж усього життя людини. Індивідуальний травматичний досвід – це усвідомлені людиною спогади про негативні події, які відбувалися з нею протягом її життя. Поєднання цих двох досвідів, як вважає Н. Шварц-Саллант, утворює в свідомості людини так званий «простір дозволених рішень» – це всі варіанти особистісного та професійного розвитку, які може допустити та усвідомлено обрати людина. Що більше у людини травматичного досвіду, тим менше варіантів свого особистісного та професійного розвитку вона усвідомлює (Shwartz-Salant, 2001).

Травматичні переживання можуть викликати соматизацію організму, що проявляється порушеннями процесу саморегуляції та збором негативних зарядів, які знижують потенціал організму. Б. ван дер Колк назвав це «тілесними тригерами» (маючи на увазі емоції в тілі свідомості, які проявляються і в самій тілесності) (Van der Kolk, 2015). Під зарядами вчений розумів негативні емоції, почуття, афекти, які не реалізувалися повноцінно, тобто залишилися поза процесом повноцінного усвідомлення та проживання. Ці негативні заряди вчений вважав невідпрацьованими. Їх виникнення та психологічну природу можуть обумовлювати нереалізовані злість, образа, розчарування, ревності, занепокоєння, скорбота та ін. (Растроста, 2018).

У роботі з травматичними переживаннями засобами Хібукі-терапії було використано елементи психоаналітичного підходу. Зокрема, ми орієнтувалися на виявлення прихованих спогадів, усвідомлення їхнього впливу та інтеграції

його у психіку дитини через аналіз, інтерпретацію та переосмислення в межах роботи із песиком Хібукі. Тут йдеться про трансформацію травматичного досвіду та спогадів про нього у напряду посттравматичного зростання дитини.

У межах *психодинамічного підходу* привертає увагу погляд на травму американського психолога Ф. Руперта (Rupert, 2010). На відміну від своїх колег (Н. Мак-Вільямс, В. Каст, К. Хорні та ін.), які вважали, що травмівні переживання стосуються лише суб'єкта, який пережив травматичну подію (McWilliams, 2003; Kast, 2000; Horni, 2009), Ф. Руперт був упевнений, що вони стосуються не лише людини, яка її пережила або стала свідком травматичної події, а і всіх членів її родини. Адже, як зазначає дослідник, перше, на що впливає переживання травмівного досвіду, – це спосіб комунікацій людини зі світом. Як правило, людина, яка пережила травматичний досвід, на деякий час втрачає здатність до конструювання адекватних та функціональних соціальних зв'язків, унаслідок чого в неї виникають проблеми в комунікації з її найближчим оточенням. Ф. Руперт вважає, що проблеми з соціальною комунікацією у людини, яка пережила травмівний досвід, пов'язана з тим, що вона несвідомо починає транслювати оточуючим свою надмірну емоційну напругу, яка виникла в результаті проживання травматичного досвіду. Внаслідок цього її комунікації з іншими людьми вирізняються великою кількістю дезадаптивних реакцій, які й можуть стати причиною часткової або повної руйнації соціальних зв'язків. Тому, на думку дослідника, якщо ми справді хочемо створити повноцінне наукове уявлення про феномен травмівних переживань, ми мусимо вивчати їхній вплив не лише на особистість, яка пережила або стала свідком травматичного досвіду, а і приділити увагу вивченню їхнього впливу на соціальне оточення людини (Rupert, 2010).

Сучасна українська дослідниця Т. Яценко (2004), вивчаючи вплив травми в рамках психодинамічного підходу, додала, що переживання набуває травмівний характер не через кількісний показник, а через суб'єктивну значущість події (Яценко, 2004).

Отже, відповідно до даного підходу, травматичні переживання виникають через подію в житті людини, яка викликає особливо сильні відчуття в умовах нездатності особистості до адекватної реакції, спричиняє стійкі зміни і деструктивні наслідки в душевному житті та поведінці й визначає наявність тенденції «до минулого», що потребує глибинної психологічної корекції (Бондаревська, & Лещенко, 2020).

Українські дослідники О. Доценко, О. Кочарян, Н. Терещенко (2014), проаналізувавши погляди представників психодинамічного підходу, наголошують на декількох дослідницьких контекстах у вивченні травматичних емоцій:

- 1) як інфантильні емоції клієнта, які представляють собою вторинні «заторні» переживання, що ускладнюють перебіг організмичного потоку;
- 2) як емоції, «деформовані» психосоматичною патологією;
- 3) як емоції, які є дефіцитарними (емоційна незрілість особистості);
- 4) як емоції (синдром «емоційного холоду»), які були «порушені» в певний онтогенетичний період, і які в подальшому розвитку не можуть бути відновлені (Доценко, Кочарян, & Терещенко, 2014; Харченко, 2018).

Представники *когнітивно-біхевіорального підходу*, вивчаючи поведінку людини в умовах суспільних криз, орієнтувалися на поняття «стрес» (Selye, 1976) як неспецифічну реакцію організму в умовах утруднення адаптації до зовнішніх умов. Причому ключове слово «реакція» апелює до базової «стимул – реактивної схеми» класичного біхевіоризму Дж. Уотсона, вчення, яке вивчає психологічний світ людини через її поведінку (Герман, 2010).

А. Резнікова (2018) зазначала, що травматичний досвід ділить всі події життя людини на ті, що трапилися до його виникнення та після. Таким чином травматична подія впливає на сприйняття минулого, сьогодення та майбутнього. Травма обумовлює такі зміни в організмі людини, як: зміни роботи кори головного мозку та мовних центрів, що частково пояснює проблеми з артикуляцією травматичних переживань, пам'ять починає

працювати фрагментарно, що викликає втрату цілісності травматичного та загального досвіду. Сама травматична подія зберігається в пам'яті разом з неадаптивними когніціями та гострими переживаннями у вигляді картинок, відчуттів, почуттів, емоцій, травматичне переживання проявляється у м'язах (Резнікова, 2018).

Травмівні переживання розглядаються як умовні емоційні реакції, які виникають у відповідь на стимул зовнішнього середовища. Згідно з даними теорії біхевіоризму, симптоми, що спочатку були викликані травмою, на наступних етапах є наслідком спроб людини подолати її. Поступово ці спроби подолання починають проявлятися в обставинах, що не пов'язані з травмою і згодом стають функціонально автономними та зумовлюють появу неадаптивної поведінки. Таким чином, можемо підкреслити, що травмівні переживання внаслідок дії стресорів у межах когнітивно-біхевіорального підходу трактуються як хвороблива неефективна поведінка (Уварова, 2019).

У межах *клінічного підходу* А. Харченко (2018), досліджуючи психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, звернув увагу на зв'язок травматичних переживань та емоційного досвіду. Травматичні переживання можуть посилюватися через певний негативний заряд емоцій, які пронизують різні частини емоційного досвіду та пов'язані з ним спогади і об'єднуються в ланцюг, нарощуючи свій руйнівний потенціал. Учений підтримав переконання М. Массей, який в основі даного феномену визнавав процес емоційного зачеплення, що представляють собою негативний емоційний компонент, утворений шляхом реалізації здатності несвідомого об'єднувати однотипний досвід (Hunt, 2010).

Також А. Харченко (2018) проаналізував наукові доробки О. Кочаряна, в яких пояснив потенціювання негативних емоцій, що одного разу з'явившись в емоційному досвіді особистості в контексті певного змісту, можуть втрачати

зв'язок із ним та об'єднуватися з однотипними переживаннями з іншого змісту, створюючи нове та одночасно потенціюючи вже існуюче утворення емоцій. Такі емоційні утворення можуть дрейфувати по емоційному досвіду, підсилюючи його травматичний компонент, якщо в цих переживаннях є відповідна природа (Харченко, 2018).

Важливим, на думку вищезазначених учених, є саме потенціал травматичного емоційного досвіду людини, який, маючи негативний характер впливу, може ініціювати виникнення тих чи інших захворювань, самі емоції при цьому мають певну здатність «заморожуватися» в пам'яті та зберігатися в тілесності (Харченко, 2018).

Емоції мають визначальну роль у формуванні травматичного досвіду, який наповнюють амбівалентні переживання, і як наслідок розщеплення в роботі певних структур мозку, що, в свою чергу утворюються за неоднорідності психологічної атмосфери в спілкуванні з батьками. Прикладом може бути хронічна ситуація одночасного бажання отримати любов, підтримку від батьків та усвідомлення залежності від них, а з іншого боку – відчуття небезпеки та загрози здоров'ю, що можуть надходити від агресивних батьків. Однією з варіацій вказаних змін, на думку того ж А. Харченко (2018), є виникнення певного «замороженого стану» емоційної сфери особистості як способу вижити для травмованої дитини, тобто максимальна відмова від емоцій. Як наслідок, виникаюча, наприклад, невпевненість у собі, зберігатиметься впродовж всього життя, що постійно ускладнюватиме комунікацію з оточенням.

Подолання впливу кризових та травматичних подій у людини відбувається саме через переживання, яке спрямоване на пошук усвідомленості життя, завдяки чому людина постійно звертається до свого ціннісно-смислового ядра з метою його зміни. Процес подолання кризи дуже тісно пов'язаний з її переживанням. Наприклад, Ф. Василюк (Vasilyuk, 1991) розглядав переживання з позицій *діяльнісного підходу* як подолання кризи. Він

розумів цей процес як проживання за допомогою певних активних дій для створення нового сенсу події чи ситуації, що раніше викликали неприємності. Таким чином, людина не просто долає складні чи кризові події, а й переходить на новий рівень особистісного розвитку, збагачує свій внутрішній світ та змінює систему цінностей. Таке переживання автор назвав продуктивним (або успішним) через позитивний вплив на особистість (Vasilyuk, 1991). Тобто, Ф. Василюк визначав переживання як діяльність з перебудови внутрішнього світу особистості (цит. за Папуча, 2019).

Натомість М. Папуча (2020), який не погодився з діяльнісним підходом у розгляді процесу переживання, вказував, що існують інші підходи в тлумаченні даного феномену. Наприклад, у межах культурно-історичного підходу переживання вважаються одиницею психологічного аналізу, а процес переживання активною внутрішньою роботою, спрямованою на привласнення та переробку тих вражень, які виникли у людини під дією зовнішніх або внутрішніх чинників (Папуча, 2019). На цьому етапі, підкреслював М. Папуча (2020), вони чужі (навіть позитивні), тому бентежать і розхитують психіку. У процесі переживання вказані явища, які турбують людину, вбудовуються у її внутрішній світ (тобто, входять в існуючі міжфункціональні психологічні системи), набуваючи відповідних сенсів (та утворюючи нові системи). Саме в цьому і полягає сутність переживання. Якщо переживання, що турбують, не переосмислюються та не набувають нових сенсів, вони й надалі залишаються чужими і можуть бути витіснені чи перетворені на комплекс (Папуча, 2020).

Ідеї М. Папучі (2020) отримали розвиток у наукових доробках української дослідниці О. Сандак (2021), яка вважала, що витіснені людиною травмівні переживання мають значний вплив на процес подальшого розвитку людини, однак, на відміну від М. Папучі не стверджувала, що неусвідомлені людиною травмівні переживання мають виключно негативний вплив на процес формування особистості людини. Дослідниця зазначає, що витіснені людиною травмівні переживання можуть стати основою для формування в

психіці людини нових, більш досконалих способів, методів та інструментів адаптації до умов зовнішнього середовища. Тому, на її думку, наступним кроком у вивченні феномену травмівних переживань має стати вивчення впливу травматичного досвіду людини на формування патернів її поведінки, адже це, як вважає науковиця, допоможе вченим різних галузей знань, в тому числі вченим-психологам, більш чітко зрозуміти, як травматичні переживання впливають на подальше життя людини (Сандал, 2021).

Наразі переживання розглядають як «одиницю аналізу» особистості, яку трактують як складну міжфункціональну динамічну систему, що виражає в знаковій формі загальний стан особистості, який виникає під дією враження. Переживання виступають внутрішнім активним цілісним процесом, природа якого залишається невідомою, але реальність якого безсумнівна, отже, визначаються переживання лише гіпотетично. Переживання існує лише як вираження, конструюючи зовнішнє і внутрішнє смислове поле життя особистості – «зовнішній і внутрішній світ» (Папуча, 2019).

У межах *наративного підходу* (Абаніна, 2017; Чепелева, & Рудницька, 2022; Miller, 2003 та ін.) йдеться про те, що важливою є травматична пам'ять людини та те, на скільки вона ефективно може інтегрувати фрагменти травмівних спогадів у свою життєву історію для того, щоб впоратися з наслідками травми (Абаніна, 2017: 140). При цьому ефективними стратегіями у подоланні травмівного досвіду є наративні практики: автобіографування, травмофокусована наративна реконструкція, наратизація травматичних подій, відновлення лінії часу (оптимізація часової перспективи) тощо (там же, с. 143).

О. Кресан (2016) зазначає, що для подолання травмівних переживань необхідне вираження внутрішнього назовні. Вчена, спираючись на погляди Ф. Василюка про переживання як діяльності з перебудови внутрішнього світу особистості, та М. Папучі (2020) про переживання як прояв особистості, пояснила, що діяльність, що має змінити внутрішній світ особистості, передбачає вираження та конструювання зовнішнього й внутрішнього

сміслового поля. Вираження ж може відбуватись за допомогою мовленнєвої, предметної та творчої діяльності (Сандал, 2021).

О. Кресан (2016), аналізуючи переживання та усвідомлення кризових і травматичних подій, відзначила, що психотравмівний вплив на особистість можуть мати різні ситуації, але найчастіше до негативних наслідків приводять війна, військові дії. Вчена зробила висновок, що кризові та травматичні події характеризуються суб'єктивними труднощами, психологічним дискомфортом, напругою і потребують спеціальної роботи з їх подолання. Це відбувається тому, що з погляду психічного здоров'я травматичні події не передбачають наявності достатнього ресурсу для їх подолання (Бондаревська, & Лещенко, 2020).

Проаналізувавши погляди різних учених (Ж. Лакан, А. Міллер, П. Рікер, Н. Чепелєва та ін.) (Чепелєва, & Рудницька, 2022; Miller, 2003) на роль мовлення як засобу упорядкування власного досвіду і внутрішнього світу, О. Кресан (2016) відзначила, що мова тісно пов'язана зі свідомістю людини, тому всі мовленнєві засоби, що використовуються для подолання психотравми, усвідомлюються особистістю. Але існуючі механізми психологічного захисту призводять до того, що на свідомому рівні людина не визнає реального змісту травматичного впливу, тому усвідомлення через текст ускладнюється дією травми на психіку. Враховуючи вище зазначене, вона запропонувала використовувати метод розповіді травматичної історії, метою якого є інтеграція, а не просто вираження травматичних почуттів (Сандал, 2021; Чепелєва, & Рудницька, 2022). Застосовуючи даний метод у роботі з учасниками АТО, було виділено три групи досліджуваних, відповідно до усвідомлення і переживання ними життєвих подій в оповідях та історіях.

До першої групи вона віднесла досліджуваних, які використовували уникнення, як спосіб переживання травматичних подій. Вони уникали розмов про війну, свій досвід та участь у бойових діях, поводячись закрито чи обговорюючи інші теми. Причиною такої поведінки дослідниця визнала «травматичність» життєвої події та відсутність завершеного процесу

переживання. У досліджуваних цієї групи в процесі обговорення життєвих складних подій відбувалась повторна травматизація, і замість переживання – витіснення або уникнення. Також у цій групі найчастіше відзначались проблеми зі сном та здоров'ям у респондентів. Друга група переживання травматичних подій була найчисельнішою (близько половини всіх досліджуваних) та включала тих респондентів, у яких відбувається усвідомлення подій без їх переживань. Це проявлялось у розповідях сухими фактами, без подробиць та деталей, схожістю з інформаційними повідомленнями. Переживань складної життєвої події, інформації щодо своїх почуттів, внутрішнього ставлення до ситуації, рефлексії ситуації, – такі досліджувані не виявляли. О. Кресан (2016) пов'язала це з тим, що у військових виробляється звичка в зоні бойових дій «вимикати» свої почуття, не гарячкувати, тверезо реагувати і приймати рішення. Така звичка може зберігатися тривалий час та заважати повноцінному переживанню подій.

Ще одна група досліджуваних, третя, характеризувалася розповідями про свої почуття, побудовою історій – наративів або ментативів, про які хотіли й прагнули розповідати військові. У результаті дослідничею було виділено різні типи таких історій: «історія успіху» (досягнення та успіхи в результаті життєвої події; «історія поразки» (розповіді про помилки, труднощі, слабкодухість, страх зміни і гіршу сторону); «історія зради» (найбільш розповсюджена в розповідях ветеранів, що пов'язане з загостреним почуттям справедливості у них); «історія кохання» (про знаходження кохання або нового погляду на стосунки); «історія втрати» (основними почуттями тут виступали горе й печаль, які залишились не виплаканими й не пережитими); «історія мужності й сили духу» (наративи про випробування, з якими зіткнулись солдати та які було важко здолати) (Кривопишина, 2019).

Узагальнивши всі історії, О. Кресан (2016) співвіднесла травмівні переживання із фазами переживання травми (шоку, заціпеніння, гніву, депресії та оплакування, зцілення), на які вказували різні вчені (Блінов, 2016;

Дерев'янчук, 2022; Кривопишина, 2019; Туриніна, 2017; Оніщенко, 2015.). В її дослідженні брали участь бійці, які прожили вже деякий час після травматичних подій, тому фаза шоку як перша фаза проживання травми практично не зустрічалась через її недовгу тривалість. Ті респонденти, які не бажали спілкуватись та розповідати про свої переживання, знаходились на фазі заціпеніння. Вони демонстрували замкненість, ворожість, небажання йти на контакт, агресію. Фаза гніву проявлялась в історіях зради, в агресивних розповідях та висловлюваннях. Важливість цієї фази полягала у виведенні енергії, накопиченої через не завершення травматичної ситуації. Фаза депресії та оплакування виявлялась в історіях втрати, невдачі, поразки, оскільки багато з респондентів втратили друзів, на їхніх очах загинули люди. До цієї фази «доходили» не всі респонденти внаслідок дії механізмів психологічного захисту. Фаза зцілення у досліджуваних характеризувалась інтеграцією уявлень про себе, знайденням сенсу події та свого життя загалом, побудовою цілей на майбутнє та життєвих перспектив. Дослідниця відзначала, що на даній стадії досліджувані вже могли спрямовувати власний біль у корисне позитивне русло (Вінтоняк, Рибчук, & Невжига, 2022; Кресан, 2016).

Процеси переживання травматичних подій допомагають людині зменшити напругу та негативні емоції, змінити свій внутрішній світ, знайти нові смисли й інтегрувати ці події у свій життєвий досвід (Кривопишина, 2019).

В. Климчук (2015) теж звертає увагу на те, що лінгвістичні засоби є ефективним інструментом у терапевтичній діяльності. Він зауважує, що при депресивному розладі в результаті травмування страждає мотиваційна сфера людини, що «проявляється у зниженні професійної, соціальної мотивації тощо та у зневірі й амотивації щодо можливостей подолати саму депресію і ПТСР» (Климчук, 2015: 23). Ученим запропоновано авторську методику дискурсивної фасилітації, в контексті застосування якої створюється особливий простір стосунків між клієнтами (за рахунок безоцінкового, безумовного прийняття, емпатії, конгруентності) та поява нового субдискурсу

(а не зміна дискурсів), в якому з'являється можливість «бачення ситуації, себе, своєї проблеми, сприяє появі надії та спонукає до виходу зі стану амотивації» (Климчук, 2015: 23).

У межах генетичної психології особливе значення для нашого дослідження має тлумачення психологічного механізму як знаряддя, що забезпечує функціонування і розвиток психіки як такої. Так, автор *генетичного підходу* С. Максименко (Максименко, 2019) зазначає «механізм – це знаряддя, пристрій у людини, завдяки якому поєднуються у цілісність її органи і системи для передачі і перетворення енергії та інформації в процесах її діяльності». Він визначає склад механізмів психіки людини, серед яких: відображення, проєктування і опредметнення. Психічне відображення характеризується системою функцій (активність, випереджувальний характер, суб'єктивність, розвиток) як регулятора діяльності людини. Основною функцією проєктування як психологічного механізму науковець вважає впорядкування і гармонізацію змістів відображення відповідно до мети дій чи діяльності людини. Надзвичайно важливе значення набуває механізм опредметнення, який, як складова свідомої й доцільної діяльності людини, проявляється у таких основних формах: матеріальній, психічній та творіння себе самої (Максименко, 2019: 19).

У межах *суб'єктно-вчинкового підходу* В. Роменець (Роменець, 1995) виокремив наступні напрямки розуміння феномену переживання:

- переживання як емоційно забарвлений стан і явище дійсності, що безпосередньо представлені у свідомості та зводиться до явища інтроспекції;
- переживання як внутрішні сигнали, за допомогою яких усвідомлюється смисл та значення подій, відбувається усвідомлений вибір можливих мотивів та регуляція поведінкових проявів;
- переживання як особлива форму активності, що дозволяє у важких життєвих ситуаціях пережити події, завдяки переоцінці цінностей знайти осмисленість існування (Роменець, 1995).

Серед форм прояву та різновидах такої активності Т. Татенко (Татенко, 2017) акцентує увагу на вчинках самовивільнення, самовизначення, самоствердження, самозвітування тощо.

У межах *комплексного підходу* до збереження і відновлення психічного здоров'я особистості Т. Титаренко (2019) зазначає про важливість роботи у трьох напрямках: дослідження особливостей психологічного здоров'я особистості; розробка технологій допомоги постраждалим та визначення способів мобілізації ресурсів для подолання травмівного досвіду.

Комплексний підхід до зниження/подолання травматичних переживань дітей та підлітків ґрунтується на системному розумінні процесів, які переживає дитина, що перенесла травму і на підборі комплексу екологічних методів, застосування яких послідовно буде сприяти подоланню деструктивних психоемоційних станів дітей (Булгакова, Савченкова, 2022: 25).

На нашу думку, комплексний підхід є досить важливим, зокрема через діагностичний етап стану дитини та допомогу їй засобами Хібукі-терапії для трансформації травмівних переживань, стабілізації психоемоційних станів особистості й психотравматичне зростання особистості.

Саме тому в межах нашого дисертаційного дослідження ми будемо спиратися на комплексний та психоаналітичний підходи до травмівного досвіду й травмівних переживань, адже, на наш погляд, саме поєднання теоретико-методологічної бази цих двох підходів допоможе якомога ширше розкрити тему роботи та більш глибоко вивчити сутність цих феноменів у контексті набуття особистістю ресурсів психотравматичного зростання.

Відповідно цих підходів ми вважаємо, що психічна травма є наслідком події чи її інтерпретації суб'єктом, що не належить до сфери типового досвіду індивіда і за рахунок цього сприймається як непереборна, незвичайна та викликає глибокі негативні емоційні, болісні переживання, страждання, тривожність, жах, безпорадність тощо. Травмівний досвід, на наш погляд, спричинюється подією, що руйнує звичне уявлення людини про світ, в якому

вона живе, та сприяє запуску у неї процесу переоцінки цінностей, в результаті якої формується нова система координат у світі стосунків і людського буття. Травмівні переживання у цьому контексті являють собою процес усвідомлення й поступового прийняття людиною травматичного досвіду та інтеграції його в структуру особистості.

1.2 Вікові особливості травмівних переживань молодших школярів

Переживання людиною травмівних подій має свої вікові особливості. Діти дошкільного віку найчастіше травмівні переживання проявляють у вигляді безсилля, генералізованого страху, підвищеної збудливості, порушеннях сну та нічних кошмарах, їм складно визначати почуття та говорити про подію, що їх викликала. Часто травмівні переживання в них супроводжуються регресивними та соматичними симптомами.

У дітей молодшого шкільного віку, поряд з переліченими проявами, можуть додаватися агресивна поведінка, відсутність інтересу до звичайної діяльності та пильна увага до реакцій батьків в ситуації травми. У них може з'являтися «дивна» поведінка, та погіршуватися когнітивні вміння. Підлітки можуть реагувати депресією, уникненням спілкування, спробами віддалитися від референтного кола спілкування з метою справитись самотійно з внутрішніми переживаннями. Для них також характерні порушення сну і харчової поведінки (Лукомська, 2022; Растроста, 2018; Романчук, 2008, 2012; Герман, 2010).

Як відзначають різні дослідники, психотравмівна ситуація несе в собі як приховані можливості, так і небезпеку. Вона може стимулювати оволодіння новими стратегіями вирішення ситуацій, розвивати впевненість завдяки новим установкам, новим способам поведінки і стратегіями рішення, забезпечувати особистісне зростання і розвиток самості, посилення ідентичності. Наприклад, у підлітковому віці нормою є емоційне реагування на події, і пріоритетні способи проживання травми можуть включати як агресивну поведінку, так і

пошук соціальної підтримки. Травмівні переживання проявляються в цьому віці відчуттям великого горя, свідомим почуттям сорому чи провини за те, що не вдалося допомогти постраждалим; вони можуть заглибитися в себе та жаліти себе. Оскільки в цьому віці активно розвивається рефлексія та самосвідомість (як вікові новоутворення), діти можуть переживати зміни у світогляді, що супроводжуються відчуттям безпорадності та безнадії щодо сьогодення і майбутнього. Реальними небезпеками для підлітків стають: агресивні, непродумані дії, психічні захворювання, соматизація, відчай і замкнутість (Бояршинова, Белінська, Калиниченко, Лаптева, Марценковська, & Парфенюк, 2022; Зликов, Лукомська, Євдокимова, & Ліпінська, 2023; Лупко, 2004; Растроста, 2018; Герман, 2010).

Варто зазначити, що компенсаторні механізми психіки дитини достатньо гнучкі, і у значній кількості випадків наслідки стресових обставин долаються нею природнім чином. Діти схильні «лікувати» себе за допомогою гри з однолітками, фантазування, малювання, емоційного відреагування ситуації тощо. Нерідко дорослі своїми проявами блокують доступ дитини до її природніх механізмів саморегуляції. У випадку, коли до дітей, які пережили травму, виявляти гіперопіку, надмірну увагу, жалісливість, тривожність, вони швидше формують образ жертви, яка пасивно очікує допомоги, а не прагне до активного виходу з ситуації. Крім того, у свідомості дітей може закріпитися уявлення про те, що увагу легко отримати через перебування у несприятливих обставинах, і це, в свою чергу, може стати основою несприятливого життєвого сценарію (Губеладзе, 2022; Журавльова, 2015; Зликов, Лукомська, Євдокимова, & Ліпінська, 2023; Растроста, 2018).

Досліджуючи вікові особливості переживання травм війни, С. Кузікова, В. Зликов, С. Лукомська (2022) дійшли висновку, що незалежно від віку, найчастіше травмівні переживання виникають у людей в ситуаціях відокремленості від членів сім'ї, численних смертей членів родини, друзів,

домашніх тварин та зруйнованих будинків. Найсильніше в результаті травм війни змінюються цінності та переконання у підлітків та молоді.

У емпіричному дослідженні Д. Александрова, І. Охріменка, Р. Сербина (2017) показано, що у дітей, батьки яких або загинули, або зникли безвісті, або зазнали поранень під час бойових дій на сході України, суттєво вищим є рівень як загального показника постстресових психотравматичних переживань, так і проявів їхньої частоти та інтенсивності (у порівнянні з дітьми із благополучних сімей) (Александров, Охріменко, & Сербина, 2017).

Українські дослідники А. Бучинський, М. Бригадир (2022), досліджуючи особливості проживання травмівного досвіду у дітей різного віку дійшли висновку, що найяскравіший відбиток травмівної події залишають на психіці дітей молодшого шкільного віку. Як зазначають науковці, такий глибокий вплив пояснюється тим, що психіка дитини в молодшому шкільному віці знаходиться в процесі розвитку і немає достатньої кількості ресурсу для того, щоб «перепрацювати» травмівний досвід та екологічно інтегрувати його в структуру особистості дитини, внаслідок чого травмівний досвід капсулюється та стає частиною глибинних структур несвідомого дитини, що в подальшому впливатиме на розвиток її емоційно-вольової та когнітивної сфери.

Відомою в цьому сенсі є робота захисних механізмів психіки дитини, що допомагають впоратися із кризовою ситуацією. Найбільш типовими механізмами психологічного захисту у дітей і підлітків є наступні (Зликов, Лукомська, Євдокимова, & Ліпінська, 2023; Шевчук, 2011; Freud, 1966):

– *регрес* до дитячої поведінки, який виявляється у поверненні дитини до ранішніх способів реагування – вередування, несамостійність, капризування, збудженість, також енурез, кусання нігтів, смоктання пальців тощо. Для дітей 5–11 років характерною є надмірна потреба уваги з боку дорослих і слабкий контроль над імпульсами та потягами. У підлітків, у яких тенденція до регресу проявляється швидше як норма вікової підліткової кризи з її перепадами між високими енергійністю і пасивністю, активністю і втомою, регрес в ситуації

травматизації виявляється у мрійництві і фантазуванні, тобто заміщенням дій очікуванням магічного вирішення реальності;

– *заперечення* – захист від неприємної дійсності за рахунок відмови дитини від її реалістичного і адекватного сприйняття. Заперечення у підлітків слугує кардинальним психологічним захистом при зовнішніх травмах, так само і у випадку травматизації сексуального характеру;

– *ідентифікація з агресором*, що виявляється у демонстрації тих якостей, почуттів, які притаманні людині, яка здійснила проти дитини агресію чи зловживання, особливо характерним є для інфантильних підлітків або з низьким рівнем самооцінки;

– *проекціювання* – приписування іншим людям власних почуттів і переживань, які часто заперечуються у себе. У дітей, які пережили травму, проєкції можна спостерігати у створених ними малюнках, іграх, казках, історіях, водночас під впливом цього механізму захисту діти схильні звинувачувати інших дітей в тому, що відчують самі, але не хочуть цього визнавати;

– *подавлене Я* – спосіб захисту, який частіше виявляється у дітей 5–11 років, часто об'єднаний із пасивністю дитини. Дитина уникає нового життєвого досвіду, який часто сприймається нею як виклик і ризик, намагається обрати вузьку, але безпечну для себе царину активності із мінімальною кількістю інтересів. Загальний песимістичний настрій перешкоджає навчальній діяльності, часто критика або іронія з боку дорослих чи друзів сприймається вкрай негативно і буквально виснажує її;

– *ізоляція почуттів* – неможливість усвідомлювати свої почуття в повній мірі, тобто нездатність відчувати повноту свого гніву чи страждань, що призводить до «заморожування» почуттів і породжує явище емоційної глухоти;

– *дисоціативні захисти* проявляються у вигляді короточасних або довготривалих станів зміненої свідомості із запереченням дійсності, уходом у фантазії, відсутність участі. Дитина може вважати, що травмівна подія трапилась не з нею, що вона не брала в ній участі (деперсоналізація і дереалізація):

первинна дисоціація (фрагментація травматичного досвіду) – дитина не здатна сприйняти цілісну картину того, що відбувається навколо, частина сенсорних і емоційних елементів травматичної події стають ізольованими від буденної свідомості;

вторинна дисоціація – обмежена можливість когнітивної переробки травматичного досвіду, проявляється в ситуації, що виходить за рамки буденного досвіду дитини; дитина витісняє деякі аспекти психотравмівної ситуації або її в цілому;

третинна дисоціація – прояв «множинності особистості», поведінка дитини виглядає як дії двох і більше людей, кожна з яких не знає про існування іншої. Цей вид дисоціації зустрічається рідко і, зазвичай, пов'язаний з тривалим по часу сексуальним насиллям і одночасно фізичною травматизацією дитини (Зликов, Лукомська, Євдокимова, & Ліпінська, 2023; Скулер, Смоли, Каллаган, 2011; Шевчук, 2011; Freud, 1966).

У тому ж напрямку як і А. Бучинська, М. Бригадир (2022) здійснювали дослідження українські науковці І. Григорова, Л. Соколова (2020), які створили модель впливу травматичного досвіду на розвиток психіки дитини. Дослідники вважають, що травматичний досвід негативно впливає на процес формування та розвитку майже всіх компонентів психіки дитини, а саме: когнітивного; афективного (емоційного) та вольового. Негативний вплив травматичного досвіду на процес формування та розвитку емоційного компоненту психіки дитини призводить до того, що у дитини не формуються здібності до усвідомлення, розпізнавання та самовираження своїх емоцій, що в майбутньому може призвести до втрати дитиною власної індивідуальності. Вплив травмівного досвіду на розвиток когнітивного компоненту психіки дитини може проявлятися уповільненням темпу розвитку вищих психічних функцій. Найбільший вплив травматичний досвід здійснює на розвиток таких вищих психічних функцій, як пам'ять та мислення, що може спровокувати незначну затримку психічного розвитку. Негативний вплив травматичного досвіду на вольовий компонент

дитячої психіки проявляється у своєрідному «замороженні» процесу формування у дитини власної Я-концепції, що в майбутньому проявляється як невпевненість у собі, нездатність формувати цілі та досягати їх (Бучинська, & Бригадир, 2022; Григорова, Соколова, & Герасимчук, 2020).

Особливе місце у дослідженнях вікових особливостей проживання травмивного досвіду займають роботи американських науковців А. Біркет, Н. Карлсон (Carlson, & Birkeet, 2022); С. Ет, Р. Пінус (Eth, & Pynoos, 1985); Б. Гейдж, Б. Барс (Geydg, Bars, 2019). Вони не лише описали, як травмивний досвід впливає на розвиток кожного з компонентів психіки дитини, а й створили поетапну модель процесу проживання травмивного досвіду дитиною. На їх думку цей процес має 3 етапи:

Перший етап – емоційний. На ньому завдяки надмірній активності лімбічної системи дитина проживає всі емоції, які вона відчувала під час травмивної ситуації. На основі прожитих емоцій дитина формує своє перше усвідомлене уявлення про травмивну подію (Carlson, & Birkeet, 2022).

Другий етап – когнітивний. На ньому дитина намагається відтворити послідовність подій, які відбувалися до травмивної ситуації та після. Така структуризація допомагає психіці дитини визначити до якого з кластерів життєвого досвіду, які є наявними у дитини, можна віднести травмивну подію. За процес структуризації «відповідає» гіпокамп. На основі емоцій, які відчула та пережила дитина під час травмивної ситуації, гіпокамп створює енграмми – специфічні структури пам'яті, які об'єднують між собою схожі за емоційним наповненням спогади людини. На основі енграмм утворюється когніція – усвідомлене людиною судження про якийсь феномен або подію. Тому дуже важливим є те, які емоції відчувала людина під час травмивної ситуації та наскільки вона мала змогу їх прожити, адже від цього залежить наскільки реальним буде її уявлення про ситуацію, яка відбувається з нею.

Третій етап – поведінковий. На основі когніцій, мозок формує реакції дитини на різні подразники зовнішнього середовища. Від того, наскільки

негативними були емоції, які відчула дитина під час травмивної ситуації та те наскільки її уявлення співпадає з реальністю залежить ступінь адаптивності поведінки. Як зазначають науковці, травмивний досвід впливає не лише на формування ситуативних патернів поведінки дитини, а і на сталі патерни поведінки, які пізніше перетворюються в навички.

Запропонована поетапна модель демонструє вплив травмивного досвіду на подальший розвиток особистості дитини, на формування навичок, звичок та здібностей. Дослідники вважають, що для фахівців різних галузей знань (зокрема для професійних психологів та психотерапевтів), вагомої актуальності набуває вивчення особливостей взаємозв'язку між віком дитини та впливом травмивного досвіду на її подальший розвиток, адже це допоможе фахівцям, які працюють у сфері надання соціальної або психологічної допомоги дітям винайти нові способи роботи з психологічною травмою та створити нові більш ефективні інструменти для корекцій її наслідків.

Тому наступним кроком в дослідженнях А. Біркет, Н. Карлсон (2022) стало вивчення впливу травмивного досвіду на дітей різного віку. Результати досліджень виявили, що найбільший вплив травмивний досвід має на дітей молодшого шкільного віку (від 6 до 9 років). У цих дітей спостерігалися значні порушення мислення, пам'яті та загальне зниження пізнавальної активності. Дослідники припустили, що поява такої тенденції може бути пов'язана з тим, що травмивний досвід «блокує» можливість розвитку анатомічних структур головного мозку дитини, які відповідають за роботу вищих психічних функцій (Carlson, & Birkeet, 2022).

Ч. Ньюкіктєн (2007), сконцентрував свою увагу на вивченні впливу травмивного досвіду на розвиток різних анатомічних структур головного мозку дитини. Так, було виявлено, що у дітей у віці від 1 до 4 років найбільший вплив здійснюється на мигдалевидне тіло та всі анатомічні структури головного мозку дитини, що відповідають за функціонування лімбічної системи. У результаті у дитини формуються патологічні емоційні реакції на

різні подразники зовнішнього середовища, які можуть виявлятися у вигляді підвищеної тривожності, істеричних проявів, недовірою до оточуючих та відмовою від спілкування з однолітками, що в майбутньому може призвести до формування істероїдного типу особистості (Njiokiktjien, 2007).

Якщо дитина пережила травмівний досвід у період з 5 до 10 років, то вплив здебільшого буде розповсюджуватися на розвиток лобних часток та префронтальної кори головного мозку дитини. Ці анатомічні структури головного мозку відповідають за формування та розвиток у дитини навичок до самоконтролю, а також за розвиток та адекватну роботу вищих психічних функцій. У результаті у дитини не формується та не розвивається цілий комплекс важливих здібностей: здатність до саморегуляцій та контролю поведінки, до швидкого аналізу ситуацій та прийняття рішень, прогностичності та креативні здібності. Зазвичай, ця категорія дітей має дуже низьку варіативність емоційних реакцій та поведінкових патернів, що може призвести до формування патологічних або навіть девіантних форм поведінки дитини в різних життєвих ситуаціях. Тому, на думку Ч. Ньокітьєна, психотерапевтична та корекційна робота з дитиною, яка пережила травмівну подію, має бути спрямована на руйнацію у неї дезадаптивних форм поведінки, які виникли після травмівної ситуації та заміну їх на нові ефективні моделі поведінки.

Переживання травмівного досвіду на етапі з 11 до 17 років впливає не на розвиток анатомічних структур головного мозку, а на процес формування характерологічних рис (Найдьонова, 2021).

Цікавий погляд на вікові особливості проживання травмівного досвіду запропонував А. Шварц (2020). На відміну від своїх колег (Brandshaft, Atwood, & Stolorow, 2021; Gabbard, & Lester, 2018; Thomas, & Hetuey, 2019; Shpits, 2019 та ін.), які розглядали процес проживання травмівного досвіду виключно з негативної точки зору, він вважає, що ситуація проживання травмівного досвіду, навпаки, запускає в особистості дитини специфічні трансформаційні процеси, які сприяють формуванню у неї корисних здібностей: емпатійність,

стресостійкість та прогностичність. Науковець виявив, що діти, які пережили травмівний досвід, більш усвідомлено та цілеспрямовано використовують наявні у них ресурси, аніж діти, які не мають досвіду проживання травми. А також, чим більше травмівного досвіду має дитина, тим успішнішою вона буде у соціальному житті, адже травмівний досвід змушує психіку дитини постійно віднаходити нові, більш досконалі способи адаптації до зовнішнього середовища, внаслідок чого дитина навчається швидко аналізувати ситуацію та знаходити ефективний спосіб для досягнення успіху (Шварц, 2020).

А. Шварц (2020) вважав, що у дитини з 0 міс. до 6 років травмівний досвід стає тіньовою частиною її особистості, в якій акумулюється весь природний потенціал дитини. Саме цей потенціал дитина у майбутньому буде використовувати для побудови свого життя, здійснення своїх мрій та досягнення успіху.

Коли дитина пережила травмівний досвід у віці від 7 до 13 років, то він стає частиною її «Самості» – частиною особистості людини, в якій зберігаються її мотиви, переконання та уявлення про світ. Травмівний досвід допомагає зруйнувати ілюзії та фантазії стосовно світу і сприяє формуванню реалістичного уявлення про навколишній світ.

У 13 років травмівний досвід стає частиною «Персони» особистості людини, яка відповідає за її поведінку та успішність в соціумі.

Ідея «позитивного» впливу травмівної події на психіку людини сьогодні активно досліджується українськими вченими в контексті сучасної парадигми «посттравматичного зростання». Т. Титаренко (1989) зауважує, що воно проявляється у 4-х аспектах: у глибоких і щирих стосунках, у кращому розумінні себе, у вмінні цінувати миттєвості життя, у вмінні розвивати здібності. Окрім того, дослідниця виділяє практики активізації посттравматичного зростання, які, на нашу думку, є валідними і перспективними для дитячого віку. Серед них:

- зміна ставлення до воєнної травматизації;
- пошук більш ефективних форм і способів комунікації із оточенням;
- відновлення здатності до пошуку власного сенсу буття, сенсотворення;

– посилення уваги до власної ролі у своєму житті, зміна ставлення до причин і наслідків (Титаренко, 1989).

Зовсім іншу позицію щодо вікових особливостей проживання травмівного досвіду запропонував український психоаналітик О. Лящ (2018). Науковиця вважає, що виділити та описати вікові особливості проживання травмівного досвіду дитиною неможливо, оскільки вони не мають жорсткої вікової прив'язаності.

Таким чином, проаналізувавши існуючі напрацювання науковців, можна виокремити два напрями вивчення вікових особливостей проживання травмівного досвіду дитиною: представниками першого є Я. Омельченко (2006), А. Шварц (2020) та другого (Carlson, & Birkeet, 2022; Njiokiktjien, 2007), які вважають, що травмівний досвід має значний вплив на процес формування та розвитку анатомічних структур головного мозку дитини, а представники першого впевнені, що він впливає на формування особистісних структур психіки. Ми вважаємо, що травмівний досвід має комплексний вплив на процес розвитку дитини.

Окрім цього, в результаті теоретичного аналізу концепцій, присвячених віковим особливостям проживання травмівного досвіду дитиною та його впливу на розвиток її особистості, нами було виявлено, що більшість науковців (Л. Біловол, А. Біркет, Н. Карлсон, Н. Кулик, Ч. Ньокіктъєн, Г. Растрост) вважають найбільш чутливим до впливу травмівних подій період молодшого шкільного віку. Водночас, чітко сформульовані уявлення і ґрунтова доказова база щодо цього відсутні (Растроста, 2018; Carlson, & Birkeet, 2022; Njiokiktjien, 2007).

Таким чином, у результаті аналізу напрацювань науковців, виявлено певні вікові особливості травмівного досвіду і його впливу на особистість дитини. Зокрема, у період раннього дитячого та переддошкільного віку (1-5 років) можуть формуватися негативні емоційні реакції на подразники, які проявляються у недовірі до оточуючого середовища, підвищеній тривожності, проявах істерії, відмовою від спілкування з однолітками тощо. У молодшому

дошкільному віці пережитий травмівний досвід може негативно впливати на саморегуляцію дитини, контроль поведінки, прогнозування, креативні рішення, прийняття швидких рішень і правильну оцінку поточної ситуації тощо. На етапі підліткового віку пережитий травмівний досвід впливає на формування характерологічних рис особистості дитини.

1.3 Теоретичне обґрунтування моделі трансформації травмівних переживань дитини засобами Хібукі-терапії

Ретроспективний аналіз вивчення моделей роботи з дитячою травмою вказує на те, що серед різноманіття методів і способів «першу стрічку» займають ігрові методи, початок яких було покладено у 20-ті роки XX сторіччя в роботах М. Кляйн (Klein, 1975), А. Фройд (Freud, 1966) та ін.

М. Кляйн – авторка терміну «ігрова терапія», вперше почала використовувати іграшки у психоаналізі дітей. Вона вважала ігри дітей аналогом вільних асоціацій, які відкривають доступ до несвідомого матеріалу (Klein, 1975). Гра є єдиним видом діяльності, де дитина виявляється вільною від примусу та тиску з боку ворожого до неї середовища, а, отже, в ній розкриваються широкі можливості вираження несвідомих потягів, почуттів та переживань, які не можуть бути прийняті та зрозумілі у реальних відносинах дитини зі світом. М. Кляйн вважала, що практично будь-яка ігрова дія дитини має певний символічний зміст, виражає конфлікти та пригнічені потяги дитини (Alford, 1990).

А. Фройд (Freud, 1966), основоположниця дитячого психоаналізу, широко використовувала ігротерапію у роботі з дітьми, які переживали травмівний досвід бомбардувань Лондону під час Другої світової війни. Саме у грі, за її спостереженнями, дитина могла виразити свої переживання і звільнитися від страхів. А. Фройд виявила, що гра є важливим чинником становлення емоційного контакту з дитиною і є тим засобом, який робить самовираження дитини вільним. Якщо дитина мала можливість висловити у

грі свої переживання, вона звільнялася від страху і пережите не розвивалося у психологічну травму (Freud, 1966).

За визначенням С. Литвиненко (2008) «ігрова терапія» є методом психотерапевтичного впливу на дітей і дорослих із використанням гри. Мета використання ігрової терапії полягає в тому, щоб не змінювати і переробляти дитину, не вчити якихось спеціальним поведінковим навичкам, а дати можливість «прожити» в грі хвилюючі її ситуації за умови повної уваги й співпереживання дорослого.

У рамках ігрового методу психотерапії можна розглядати лялькотерапію. Цей метод заснований на процесах ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки або з улюбленою іграшкою. Лялька використовується як проміжний об'єкт, посередник у взаєминах дитини та дорослого (психолога, педагога, лікаря) (Беленька, 2019).

Показаннями для лялькотерапії є: розв'язання інтра- та інтерперсональних (внутрішніх та зовнішніх) конфліктів; проблема покращення соціальної адаптації; корекційна робота зі страхами, заїканням, порушеннями поведінки; корекція дітей з емоційними травмами; профілактика дезадаптивної поведінки дітей та підлітків (корекція протестної, опозиційної, демонстративної поведінки – через розігрування на ляльках у парі з батьками або однолітками типових конфліктних ситуацій із життя дитини) (Байдик, Бондарчук, Гопкало, Гніда, Корнієнко, Лунченко, & Луценко та ін., 2020; Бондарчук, 2024; Бочкор, Дубровська, & Залеська, 2014; Бучинська, & Бригадир, 2022).

Лялька бере участь у спектаклі, який створює дитина і сюжет якої є травмічним для дитини. У ході розгортання сюжету емоційна напруга зростає і, досягнувши максимальної вираженості, замінюється бурхливими поведінковими емоційними реакціями (плач, сміх, тощо) і зняттям нервово-психічної напруги (Романчук, 2012).

На думку Г. Беленької (2019), лялька має особливе значення для емоційного і морального розвитку дитини. Дитина переживає зі своєю

лялькою усі події власного і чужого життя у всіх емоційних і моральних проявах, доступних їй розумінню. Лялька – замітник ідеального друга, який все розуміє і не пам'ятає зла. Лялька – партнер по спілкуванню в грі дитини (Беленька, 2019: 119–120).

Фактично лялька є відображенням образу людини, а значить і її власної сутності. У грі з лялькою відбувається два взаємоспрямованих процеси: з одного боку, дитина виражає себе (свій досвід, переживання, емоції, стосунки), а з іншого – дитина будує саму себе, водночас освоюючи світ людських стосунків і уявлень. У центрі цих процесів знаходиться лялька.

Психокорекційний ефект ігрових занять у дітей досягається завдяки встановленню позитивного емоційного контакту між дітьми та дорослими. Гра коригує негативні емоції, страхи, невпевненість у собі, розширює здібності дітей до спілкування, збільшує діапазон доступних дитині дій з предметами.

У лялькотерапії використовуються такі варіанти ляльок, як ляльки-маріонетки, пальчикові ляльки, тіньові ляльки, мотузкові ляльки, плоскі ляльки, об'ємні ляльки та ін.

Важливо зауважити, що посилений інтерес до проблем терапії травмівних переживань дитини в Україні, почався після початку російсько-української війни у 2014 році. У наукових публікаціях з'являються роботи, присвячені дослідженню різноманітних аспектів психотравматизації дітей і роботи з травмівними переживаннями: зарубіжні моделі роботи з травмами війни у дітей (Чуйко, 2017), етапи надання психологічної допомоги травмованим дітям (Краснокутський, & Овсяннікова, 2018), напрями психологічної підтримки дітей в освітньому закладі (Бондарук, 2018), у діяльності працівників психологічних служб (Музиченко, & Ткачук, 2017), групові форми роботи з травмами дітей (Байдик, Бондарчук, Гопкало, Гніда, Корнієнко, Лунченко, Луценко, Мороз, & Ткачук, 2020), навчання груповим навичкам з першої психологічної допомоги (ППД) та розвиток психосоціальної стійкості до стресу (Каменщук, 2022; Кондратюк, 2022; Медведєва, 2022).

Водночас, у публікаціях звертається увага на необхідність розгляду війни як певного соціально-психологічного феномену зі своїм культурно-психологічним контекстом, а значить і необхідності передбачувати та вивчати специфічні наслідки травмування. Відомі методики й технології практичної психологічної допомоги постраждалим, – на думку українського вченого В. Панка, – можуть вважатися обмежено придатними й потребують прилаштування (оптимізації) до нових (інших) культурно-історичних і соціальних реалій (Панок, 2023).

Після початку війни у 2022 році в Україні розпочалось упровадження Хібукі-терапії в практику психологічної підтримки і допомоги дітям.

Центральною фігурою Хібукі-терапії є лялька Хібукі, що на івриті означає «обіймашка». Це м'який плюшевий песик із сумною мордочкою і довгими лапками – «іграшка, що ожила», яка обіймає дітей і завдяки спеціальним наліпкам на лапах може фізично бути присутньою з дитиною у повсякденному житті. Контакткування дитини з іграшкою створює ефект «перенесення» емоційних станів на об'єкт з можливістю виплеску нею своїх емоцій різної модальності, каналізувати негативні емоції, реконструювати почуття довіри, близькості, безпеки, плекати почуття турботи, що характеризує динаміку перебігу процесу трансформації травматичних переживань і дозволяє повністю анігілювати негативний вплив травматичного досвіду на подальше життя дитини.

Історія методу Хібукі-терапії сягає у 2006 рік до подій другої Ліванської війни, коли виникла необхідність допомоги великій кількості дітей, які опинилися в тяжкому психоемоційному стані. Ізраїльський вчений-психолог Шай Хен-Галь запропонував використовувати м'яку іграшку як інструмент психотерапії для корегування наслідків психологічної травми у дітей. Ідея полягала у тому, що при наданні дитині активної ролі у лікуванні ляльки – песика, її страхів та страждань, відбувається проєкція страждань і хвилювань на ляльку, і завдяки турботі про песика забезпечується власне самопіклування.

Передача відповідальності в руки дитині впливає на її самооцінку: від «нещасної» дитини – до дитини, відповідальної за догляд за лялькою. Втручання змінює фокус дитини з її страждань на страждання «обіймання», в яких вона лікується і з якими може ідентифікувати себе. При цьому втручання опосередковано допомагає дитині подбати про себе.

Водночас, широке упровадження методу в практику дало розуміння трьох важливих елементів, які доцільно використовувати в роботі з дітьми, що знаходяться у стресових станах і травмі:

1. Важливою є природня присутність дорослих, які виховують дитину і є доступними у природньому середовищі дитини. Діти потребують допомоги у розумінні травмивного досвіду і створенні інтеграції досвіду у своїй картині світу. Розширення здатності дорослого впоратися із травмами і втратами пов'язано із його готовністю збільшувати свій внутрішній простір і бути в контакті з хворобливими місцями.

2. Важливим є розвиток здатності у дорослих спонукати дитину до активності і брати на себе відповідальність: втручання в «обійми» дозволяє дитині привертати увагу до своєї вразливості у лікуванні ляльки. Роль дитини у догляді за ляльками і відповідальність, яку вона бере на себе, перекриває безпомічність і пасивність. Здатність дитини ототожнювати себе з ігровими персонажами і переносити на них свої почуття дозволяють їй виражати свої страхи і побоювання, водночас не залишаючись поміченим як «боягуз» чи «проблемний».

3. Важливість заохочення дитячої спонтанної гри. Допомога в усуненні загроз реальності і визнання внеску гри в розвиток і навчання психічному здоров'ю дитини.

Шай Хен-Галь пропонував дитині іграшку та застосовував різноманітні ігрові активності, які були спрямовані на подолання наслідків психологічної травми.

Понад 100 тисяч дітей пройшли лікування за допомогою терапевтичної іграшки. У Тель-Авівському університеті було проведено два дослідження, в яких брали участь 74 та 35 дітей відповідно. Дослідження показали, що короткочасна

інтервенція за допомогою песика Хібукі призводить до зниження посттравматичних реакцій та стресу серед дітей (Avi, Shai, & Liat, 2008).

Водночас, практика роботи за методом Хібукі в Україні показала, що метод потребує вдосконалення. Найперше, це стосувалось збільшення тривалості процесу терапії. За методом Шай Хен-Галя відбувалась одна, максимум дві психотерапевтичні зустрічі з дитиною, натомість було виявлено, що терапевтичний ефект можна отримати лише за умов повноцінної (тривалої) терапії. При цьому лялька Хібукі розглядається як своєрідний «перехідний об'єкт», що сприяє створенню відчуття психологічного комфорту в стресовій ситуації (Winnicott, 1953; Gaddini, & Gaddini, 1970; Grohol, 2010 та ін.).

До того ж до процесу психотерапії було додано інші методи та прийоми психотерапевтичного характеру, зокрема: арт-терапії: інтуїтивне малювання (засновницею методу є Б. Едвардс, в основі методу – розвиток правої півкулі мозку) (Молчанова, 2021; Вознесенська, & Сидоркіна, 2015; Калька, & Ковальчук, 2020; Плетка, & Чаплинская, 2017; Тараріна, 2024); нейрографіка (автор методу П. Піскар'юв, розглядається як графічний метод організації мислення та трансформації стану) (Володарська, 2022), ліплення та терапія глиною, ізотерапія (напрям арт-терапії, що використовує методи образотворчого мистецтва для нормалізації психічного стану людини) (Вознесенська, & Сидоркіна, 2015); юнгіанська терапія піском (на думку К. Юнга, у процесі створення пісочної композиції відбувається вивільнення заблокованої енергії й активізація можливості самозцілення, закладеній в людській психіці) (Jung, 2022), танцювальна терапія (розвиток усвідомлення власного тіла через спонтанні рухи), техніки саморегуляції, зняття стресу тощо (Steinhardt, 2000).

Відповідно, багато «технічних» і «змістових» моментів в роботі з Хібукі в межах інтервенції запропонованої доктором Шай Хен-Галем та запатентованим нами було змінено. Ці відмінності, за різними характеристиками (особливості іграшки, що використовується у терапії, кількість занять у циклі терапії, мета роботи, додаткові інструменти, що

застосовуються у процесі терапії, підбір інструментів для терапії, особливості взаємодії дитини і Хібукі, відображено (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Відмінності методу Хібукі (Шай Хен-Галя) від Хібукі-терапії
(Дафна Шарон Максимов)**

Основні характеристики методу	Короткочасна інтервенція (HPI-Huggy-Puppy intervention). Автор: доктор Шай Хен-Галь, 2006 р.	Запатентований метод Хібукі-терапії. Автор: Дафна Шарон Максимов, 2022 р.
1	2	3
Іграшка, що використовується для терапії дітей	Цуценя із сумними очима Хібукі, яке застосовується з 2006 року і добре зарекомендувало себе для терапії дитячої психологічної травми	Цуценя Хібукі покращеної модифікації із запатентованими змінами. Оновлення зроблено відповідно до потреб дітей для кращого ефекту терапії
Кількість занять у циклі терапії	Короткочасна інтервенція: одна, максимум дві зустрічі з дитиною	Тривала психотерапевтична робота, розрахована на 8-9 зустрічей з дитиною та її батьками
Мета	Стабілізація емоційного стану дитини після перенесеної травми	Корекція та подолання наслідків травми. Зниження впливу психологічної травми на подальше життя дитини
Додаткові інструменти, що застосовуються у процесі терапії	У процесі терапії основним інструментом є сама іграшка	Прийоми арт-терапії: <ul style="list-style-type: none"> • інтуїтивне малювання; • нейрографіка; • ліплення; • ізотерапія; • пісочна юнгіанська терапія; • терапія глиною. Танцювальна терапія та інші методи, що допомагають підвищити стресостійкість
Підбір інструментів для терапії	Не передбачено	Інструменти обираються індивідуально для кожної дитини, відповідно до потреб. Ці потреби визначаються на підставі детального психодіагностичного аналізу

Продовження табл. 1.1

1	2	3
Взаємодія дитини та Хібукі-іграшки	Хібукі віддається дитині на першій же зустрічі. Передбачені ситуації, коли іграшка не віддається дитині, а терапевт проводить заняття зі своїм Хібукі, без передачі іграшки дитині	Хібукі віддається дитині в процесі терапії на тому етапі, коли вона вже готова буде взаємодіяти з іграшкою. Отримавши іграшку, дитина забирає її собі назавжди

Зазначимо, що під моделлю трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії ми будемо розуміти методологічно обґрунтовану систему, що відображає структурно-функціональні зв'язки процесу психологічного відновлення дітей молодшого шкільного впливу під впливом терапевтичних інтервенцій за допомогою ляльки (Хібукі), представленими в наочній формі, і здатні надавати нові знання про об'єкт дослідження.

У сучасній психологічній практиці існує велика кількість підходів, орієнтованих на терапію і попередження хворобливих психоемоційно-соматичних процесів у дітей і підлітків. Ми зупинили свій вибір на комплексному підході Т. Титаренко (2019) щодо вивчення впливу тривалої воєнної травматизації на процес життєтворення та визначення ефективних методів психологічної реабілітації постраждалих. При цьому було передбачено асиміляцію теоретичних конструктів, методичних прийомів, практичних технік у рамках одного підходу, яким є психоаналітичний підхід.

Психоаналітичний підхід є фактично першою терапевтичною теорією травми, в якій це явище розглядалось як глибоко вкорінений у несвідомому афект, що здійснює свій патогенний вплив на психіку людини і лежить в основі невротичних розладів. Людині не вдається самотійно «утилізувати» травмівні переживання, але які вона може здійснити за допомогою активації «свідомих рефлексів» та «поступового знищення» травмівних спогадів. Звідси – назва

відомого методу З. Фрейда – послідовне очищення (Freud, 1977). Процес психотерапії, заснований на моделі очищення, полягає в поверненні «забутого» в сферу свідомого з одночасною «розрядкою афекту» у формі катарсису (спеціального очищувального переживання патогенних афектів) або абреакції (спонтанного емоційного реагування).

Теоретичну основу Хібукі-терапії складають три психоаналітичні теорії:

1. *Теорія об'єктних стосунків* (М. Балінт, М. Кляйн, Х. Кохут, Р. Фейрбрейнер) фокусується на значущості тих об'єктів, що займали вагоме місце у світі дитини. Як дитина їх переживала, як ці об'єкти і їх емоційні аспекти були інтерналізовані дитиною, і як ці образи і репрезентації продовжували існувати в позасвідомому дорослого. В традиції об'єктних стосунків увага зміщена з теми едіпового комплексу на тему сепарації й індивідуації, яка стає центральною у цій теорії (Віннікот, 2019; Klein, 1975). М. Кляйн (британський психоаналітик) припускала, що стосунки з тими об'єктами, з якими пов'язані всі сторони нашого соціального життя, починаються відразу після народження дитини і з'являються з першим годуванням. Актуальність процесу поділу хороших і поганих іграшок, а також вплив таких процесів на розвиток «Я», М. Кляйн пояснює визнанням того, що у дитини свідомо мати спочатку постає як хороша і погана, груди, які між собою розділені, і що протягом кількох місяців ці протилежні характеристики починають з'єднуватися в єдність паралельно з більшою інтеграцією досвіду зовнішнього світу (Klein, 1975). І ці внутрішні та зовнішні ситуації завжди взаємопов'язані, оскільки інтродекції та проєкції діють паралельно з самого початку життя (Вознесенська, & Сидоркіна, 2015).

Теорія об'єктних стосунків робить акцент на важливості досвіду, пережитого дитиною (позитивного, негативного, травматичного тощо), його перенесення у доросле життя, важливих об'єктах для дитини, (Shpits, 2019). При цьому об'єктом може бути особа, або ж елемент (орган), який інтерналізується суб'єктом (абстрактний/конкретний, неживий/живий тощо);

подія або серія подій, стимульовані певним джерелом (дискретним, гострим, кумулятивним тощо) (Mills, 2010).

Техніка психоаналітичної роботи з дітьми (за М. Кляйн) ґрунтується на інтерпретації гри, яка відображає ставлення дитини до значущих для неї об'єктів. Промовляючи з дитиною сюжет гри, аналітик упорядковує дитячі захоплення, робить їх більш керованими для дитини, завдяки чому знижується його тривожність і агресивність (Klein, 1975).

М. Кляйн вважала, що спостереження за дитиною, за особливостями її поведінки, особливо під час гри є досить показовим для терапевта та дозволяє зрозуміти психодинамічні процеси її свідомості. На її думку, психоаналіз є необхідним для нормального розвитку особистості навіть у дуже ранньому віці (Klein, 1975).

2. *Теорія турботи* (Д. Віннікот, Г. Салліван, Е. Фромм та ін). Теорія виникла в рамках інтересу до питання ролі матері в психічному розвитку дитини. Д. Віннікот (2019) ввів поняття «первинної материнської турботи». На його думку, у матері впродовж перших місяців життя дитини формується здібність ідентифікувати себе з безпомічним малям, дякуючи актуалізації слідів її власного дитячого досвіду. У процесі розвитку дитини, роль матері постійно змінюється, її здатність до ідентифікації з потребами дитини редукується, і водночас починає формуватися так званий ігровий простір. Цим поняттям Д. Віннікот позначає ті форми «проміжного» психічного досвіду, які формуються у дитини внаслідок її відділення від матері, коли дитина не досягає ще достатньо чіткого відчуття об'єктивної реальності; вона змінюється ілюзійними феноменами, відображаючи первинні психічні процеси. Велика роль у цьому процесі належить «транзитним об'єктам» і «транзитним феноменам», так званим предметам, до яких у дитини є особлива прив'язаність через те, що вони нагадують її матір. Транзитні об'єкти, на переконання Д. Віннікота, є основою для розвитку символічного мислення. Досягаючи певного ступеня контролю над цими об'єктами, дитина розвиває в

себе здібність ними маніпулювати. Стосунки дитини з ними є афективно насиченими, використовуючи їх, вона отримує певне задоволення (Віннікот, 2019; Фромм, 2017).

На думку Г. Саллівана, потреба у турботі укорінюється в структурі інших компонентів психіки. За відсутності материнської турботи або її недостатності, у дитини виникає тривога, яка викликає у нього неприємні переживання, які впливають на поведінку, що може мати у подальшому серйозні наслідки, включаючи виникнення психічних розладів.

Е. Фромм (2017) висловив переконання, згідно з яким любов і турбота тісно пов'язані з іншим. У роботі «Мистецтво любити» він підтвердив, що любити, завжди означає турбуватися, і що любов – це «завжди турбота, яка найбільш очевидно проявляється в любові матері до дитини». Якщо мати не турбується про свою дитину, недбало ставиться до годування і купання, не прагне зробити так, щоб дитині було добре і зручно, то вона його не любить. Там, де немає «діяльної турбованості», там немає і любові. З турботою тісно пов'язані відповідальність, повага і знання. Це, на думку Е. Фромма, нерозривний комплекс установок, які повинні бути у зрілої людини (Фромм, 2017).

Зокрема, Д. Боулбі (1969); К. Роджерс; Е. Фромм (2017) наголошували на тому, що турбота є важливою для нормального розвитку дитини; для самоактуалізації, психологічного здоров'я, внутрішньої цілісності особистості, яка її проявляє. Дитина у процесі розвитку починає поступово відділятися від матері в наслідок чого утворюється «проміжний» психічний досвід, в якому важливу роль відіграє «транзитний об'єкт» (перехідний). Це об'єкт, що займає простір між дитиною і матір'ю, який обирає сама дитина. Найчастіше це якась матеріальна річ (наприклад, м'яка іграшка). Дитина вчиться контролювати обраний об'єкт, маніпулювати ним та в результаті ефективної взаємодії отримує задоволення використовуючи його (Віннікот, 2019).

Саме тому, на нашу думку, введення Хібуки з терапевтичною ціллю є досить ефективним методом, оскільки орієнтація на проміжні об'єкти є характерною для вікового періоду 4–12 років.

3. *Теорія прив'язаності.* Автор теорії Дж. Боулбі (Bowlby, 1969) зауважив, що з точки зору розвитку, внутрішній світ суб'єктивного досвіду особистості є структурованим, оформленим і організованим в репрезентативні моделі патернами прив'язаності і міжособистісної взаємодії. Досліджуючи травматичний досвід дітей, Дж. Боулбі виявив, що дитина, яку проти її волі розлучили з людиною, яка є для неї є фігурою прив'язаності, страждає. У тому випадку, коли розлука є тривалою і дитина перебуває у невідомому середовищі, страждання посилюються. Типовими реакціями страждаючої дитини, є послідовно виявлений протест, відчай та емоційне відчуження. Дж. Боулбі припустив, що ці стадії можуть бути пов'язані з трьома видами відповідної реакції: сепараційна тривога, печаль і переживання втрати, і захист. Далі він стверджує, що ці реакції є стадіями одного цілого процесу – туги від розлуки і втрати. Ідея травми, ховається в реакції горя дитини, на яку зауважує Дж. Боулбі, який зазначає, що втрата улюбленої людини – одне з найсильніших хворобливих переживань, від якого може страждати людська істота» (Bowlby, 1969). Дж. Боулбі підкреслює, що переживання втрати, як правило відбувається в контексті існуючих в сім'ї патернів прив'язаності. Він стверджує, що сім'я може сприяти прояву печалі, чуттєво реагуючи на страждання дитини, або ж перешкоджати цьому, що змусить дитину подавляти такі почуття, як страх бути покинутим, тугу і злість або уникати їх. Він наголошує на тому, що стосунки підтримки і співчуття у сім'ї здатні дозволити пережити втрату «здоровим чином» навіть дворічній дитині. Цей процес складається із нормальних поведінкових реакцій у відповідь на протест і тривогу, відчай і дезорганізацію, відчуження і перетворення. Завдяки цьому дитина поступово стає здатною прийняти втрату, і його можливості для формування нових сосунків прив'язаності відновлюються після періоду дезорганізації (Bowlby, 1969).

У дослідженні М. Мейн та ін. (Main, 1995) показано, що шаблони прив'язаності, які сформувались одного разу, зберігаються і мають властивість активного самовідтворення, оскільки контрольні механізми відновлення та поведінки здатні протистояти потенційно небезпечній інформації (Main, 1995). Робочі моделі, таким чином, сприяють переживанню реальних стосунків і подій і визначають напрям почуттів, уваги, пам'яті та пізнання. Ці відкриття підтверджують ідею Дж. Боулбі (1969) про те, що психічні моделі, які склалися в дитинстві під впливом патологічного переживання печалі, можуть активізуватися у дорослих у ситуаціях розлуки і втрати та супроводжуватися дисфункційними проявами злості, ненависті та агресії (Bowlby, 1969; Main, 1995).

Прив'язаність, на думку Дж. Боулбі, формується у дитини в перші 3-4 роки життя та для розвитку та функціонування людини. Належний емоційний зв'язок між дитиною і матір'ю допомагає дитині в подальшому справлятися зі страхом, стресом, тривожністю, розвивати гармонійні стосунки, логічне мислення, формувати навички саморегуляції і самозаспокоєння тощо. Прив'язаність формується із потреби у допомозі дитини, яка потребує захисту у ситуації загрози і підтримки (Bowlby, 1969).

Таким чином, теорія прив'язаності обґрунтовує існування біологічно обумовленої системи, яка відповідає за емоційні зв'язки між матір'ю і дитиною. Адекватна реакція та емпатія дорослого на протести немовляти спричиняє заспокійливий ефект, завдяки чому у дитини поступово формується так званий «безпечний базис», який з часом перетворюється в уміння самозаспокоєння і подальшого самоконтролю.

Зокрема, ми визначаємо, що процес трансформації травмівних переживань є складно організованим та комплексним, відображається на всіх рівнях функціонування особистості дитини.

Зважаючи на це, ми передбачаємо, що використання інтервенцій за методом Хібукі-терапії буде відбуватися у чотирьох основних аспектах життя, які є «мішенями» психологічного впливу (рис. 1.1).

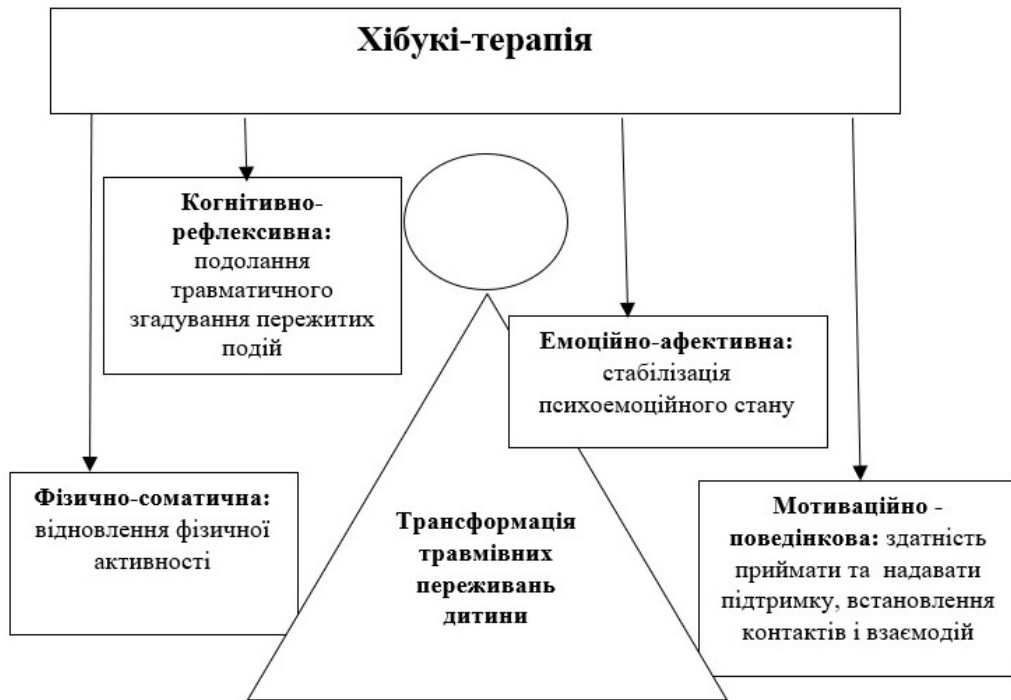


Рис. 1.1 Модель векторів трансформації травмівних переживань засобами Хібукі-терапії

Згідно представленої моделі, зміни в дитячій психіці відбудуться у:

- *когнітивно-рефлексивній сфері*, що виявляється у подоланні травматичного згадування пережитих подій («нав'язливі спогади»), побудові перспективи майбутнього, підвищенні самооцінки, вивільненні негативних думок, активізації процесів творчості, покращенні процесів уваги, пам'яті, налагодженні здатності вчитися;
- *емоційно-афективній сфері*, що виявляється у зниженні (нормалізації) стану тривоги, хвилювання та напруження, проявах спонтанності, розширенні репертуару позитивних емоцій, емоційному включенні в діяльність та спілкування, здатності приймати та надавати підтримку, здатності співпереживати, турбуватись;
- *мотиваційно-поведінковій сфері*, що виявляється у зменшенні рівня агресії, стабілізації психоемоційного стану, вільному висловлюванні почуттів, відходу від саморуйнівної поведінки, трансформації ігор (зникнення ігор з

постійним відтворенням пережитих травмівних подій), здатності до побудови (конструювання) ігрової діяльності;

– *фізично-соматичній сфері*, що виявляється у відновленні нормальної функції сну, «купіруванні» різноманітних соматичних симптомів, пов'язаних з травмою – головний біль, заїкання, гризіння нігтів тощо, відновленні функції харчування, повернення до занять, пов'язаних із фізичною активністю, спортивною діяльністю.

Передбачається, що комплексність психотерапевтичного впливу на різні сфери психіки дитини запускає процес дисоціацій її особистості, призводить до трансформації травмівних переживань, які поступово інтегруються в загальну картину життя.

Розгортання процесу Хібукі-терапії відбувається поетапно. Короткострокова Хібукі-терапія складається з восьми-дев'яти сеансів, які мають певну наступність та послідовність.

1. Перше знайомство з іграшкою Хібукі: представлення іграшки та гра з нею, створення плану турботи про іграшкового песика.

2. Поглиблення знайомства з Хібукі та дарування іграшки дитині: увага на терапевтичні характеристики Хібукі (сумні очі, довгі лапи, м'яка «шкіра», довгі вуха). Укладання договору про дружбу з Хібукі та турботу про нього.

3. Створення безпечного та позитивного простору. Малювання / написання оповідання, створення колажу, використання будівельних блоків для створення безпечного простору для Хібукі.

4. Робота зі страхами: психонавчання та виявлення травм, факторів ризику, фізичних реакцій, напруження емоцій. Малювання / розфарбовування / створення фігурок із пластиліну для візуалізації страхів дитини шляхом перенесення їх на іграшку Хібукі; символічне знищення їх чи перетворення на позитивні образи.

5. Історія Хібукі: визначення емоцій, словниковий запас на тему «емоції», навички подолання труднощів. Зцілення через написання листа чи розповідь історій. Побудова нарративу травми – Hibuki-book.

6. Емоційна карта: продовження науки розпізнавати емоції, розширення словникового запасу на тему «емоції», навички долати. Що відчуває Хібукі? Які емоції може розпізнати іграшка?

7. Ритуали та традиції Хібукі: оповідання про травму, розкриття суті травми / її процесу та індивідуальні стратегії її подолання. Стратегії подолання-Coping strategies.

8. Створення «Дошки мрії». Складання планів на майбутнє. Особистісна спрямованість, зростання від травми.

Передбачається, що процес трансформації травмівних переживань має динамічну структуру, пов'язану із змінами у кожній із чотирьох сфер (когнітивно-рефлексивній, емоційно-афективній, мотиваційно-поведінковій, фізично-соматичній). Водночас, проведення експериментального дослідження із застосуванням валідних психодіагностичних процедур, дозволить доповнити компоненти представленої моделі у частині її процесуальності, встановити, настільки Хібукі-терапія сприятиме особливостям трансформації переживань дитини у когнітивно-рефлексивній, емоційно-афективній, мотиваційно-поведінковій та фізично-соматичній сферах.

Висновки до розділу 1

У результаті проведеного теоретичного аналізу за темою дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Виокремлено основні психологічні підходи до дослідження травмівних переживань (психоаналітичний; психодинамічний; генетичний; суб'єктно-вчинковий; когнітивно-біхевіоральний; діяльнісний; комплексний). Узагальнення їх напрацювань дозволяють тлумачити травмівні переживання як наслідок перебування (знаходження) людини у якості учасника екстремальних

критичних ситуацій, що здійснюють потужний негативний вплив на психіку і спричиняють загрозу для життя чи здоров'я особистості. У результаті сильного стресу, потрясіння, тривалого страждання, негативних емоцій, болю відбувається нанесення шкоди психічному (та / чи) фізичному здоров'ю людини, що проявляється у психологічному травмуванні і характеризується нестерпними переживаннями (коли звичайних механізмів психіки для їх подолання виявляється недостатньо).

Показано, що переживання психічної травми – це процес, що має відповідну динаміку і відбувається за своїми закономірностями. Процес переживання психічної травми проходить певні етапи, які залежать від характеру події, що травмує, під впливом чинників біологічного, психологічного і соціального характеру, які діють до, під час і після травмуючої події. Визначальну роль у розвитку травматичного досвіду відіграють емоції, особливо для психіки дитини, викликаючи появу «замороженого стану» емоційної сфери особистості, як певного способу виживання.

2. Встановлено, що перебіг психічної травматизації має свої особливості у дитячому віці. Зокрема, у період раннього дитячого та переддошкільного віку можуть формуватися негативні емоційні реакції на подразники, які проявляються у недовірі до оточуючого середовища, підвищеній тривожності, проявах істерії, відмовою від спілкування з однолітками тощо. У молодшому дошкільному віці пережитий травмівний досвід може негативно впливати на саморегуляцію дитини, контроль поведінки, прогнозування, креативні рішення, прийняття швидких рішень і правильну оцінку поточної ситуації тощо. На етапі підліткового віку, пережитий травмівний досвід, впливає на формування характерологічних рис особистості дитини.

Показано, що травматичний досвід негативно впливає на процес формування та розвитку майже всіх компонентів психіки дитини, а саме: когнітивного (що може

провокувати уповільнення темпу розвитку вищих психічних функцій), афективного (що блокує здібності до усвідомлення, розпізнавання та самовираження своїх емоцій) та вольового (що виявляється у своєрідному «заморожуванні» формування Я-концепції з наступною появою негативних рис характеру: невпевненість, відсутність цілепокладання, слабкий вольовий контроль).

Вагомим чинником посиленої травматизації дітей є втрата зв'язку дитини з сім'єю, відокремленість від неї, наявність численних смертей членів родини (батьки у яких або загинули, або зникли безвісті), друзів, домашніх тварин та зруйнованих будинків.

Водночас, дослідження вказують на достатню гнучкість компенсаторних механізмів психіки дитини, що активно «використовується» психотерапевтами при застосуванні технік зцілення.

Сучасні дослідження доводять, що діти, які пережили травмівний досвід, здатні ефективно усвідомлено та цілеспрямовано використовувати наявні ресурси, використовувати більш досконалі способи адаптації до зовнішнього середовища, знаходити ефективні способи для досягнення успіху. Психотерапевтична та корекційна робота з дитиною, яка пережила травмівну подію, має бути спрямована на руйнацію у неї дезадаптивних форм поведінки, які виникли після травмівної ситуації та заміну їх на нові ефективні моделі поведінки.

3. На основі психоаналітичного та комплексного підходів до вивчення травмівних переживань, а також досвіду роботи ізраїльського вченого Шай Хен-Галь, нами розроблено модель травмівних переживань дитини за методом Хібукі-терапії. Процес трансформації розглядається нами у сукупності змін у когнітивно-рефлексивній, емоційно-афективній, мотиваційно-поведінковій та фізично-соматичній сферах. Було виокремлено когнітивно-рефлексивну сферу, оскільки подолання травматичного згадування пережитих подій («нав'язливі спогади»), вивільнення негативних думок, покращення пам'яті, мислення, здатність до побудови перспективи, цілепокладання тощо, є важливим компонентом здорової психіки, яка дозволяє дитині відчувати себе

автономною і самодостатньою. Емоційно-афективна сфера посттравмованої психіки дитини відображає якісні зміни в контексті ставлення до людей і навколишнього світу, вибудови стосунків, прийняття підтримки і вміння її надавати, проявів спонтанності і позбавлення, емоційного включення в діяльність та спілкування.

Зміни у мотиваційно-поведінковій сфері засвідчують зменшення рівня агресії, стабілізацію психоемоційного стану, вільне висловлювання почуттів, відхід від саморуйнівної поведінки, а також зміни в характері ігрової діяльності (зникнення ігор з постійним відтворенням пережитих травмівних подій) та здатність до побудови (конструювання) ігрової діяльності. Зміни у фізично-соматичній сфері будуть спрямовані на відновлення нормальної функції сну, «купірування» різноманітних соматичних симптомів, пов'язаних з травмою – головний біль, заїкання, гризіння нігтів тощо, відновлення функції харчування, заняття фізичною активністю, спортивною діяльністю.

Передбачається, що комплексність психотерапевтичного впливу на різні сфери психіки дитини запускає процес дисоціацій її особистості, призводить до трансформації травмівних переживань, які поступово інтегруються в загальну картину життя.

Результати дослідження за першим розділом подані в таких публікаціях [139; 140; 141; 201; 210; 212].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

У другому розділі представлено методичне забезпечення та організацію емпіричного дослідження психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів, презентовано методичну базу дослідження, наведено результати емпіричного дослідження травмівних переживань молодших школярів, а також соціально-демографічні та гендерні особливості травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку.

2.1 Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів

З метою дослідження психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів та впровадження і перевірки ефективності методу Хібукі-терапії з використанням іграшки (песика Хібукі) у трансформації травматичних переживань, що виникли в дитини внаслідок психологічної травми або посттравматичного стресового розладу, проведено емпіричне дослідження (2022–2025 рр.), яке мало у своїй структурі декілька послідовних етапів (рис. 2.1).

Перший етап (теоретичний), передбачав вивчення теоретико-методологічних основ дослідження травмівних переживань молодших школярів та їх трансформації засобами Хібукі-терапії. Він містив аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури за допомогою теоретичних методів дослідження (таких як: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація тощо) основних підходів до вивчення проблем психічної травми і її переживання особистістю; вікових особливостей травмівних переживань. На основі опрацьованого матеріалу розроблено теоретично обґрунтовану модель

трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії. На першому етапі сформовано наукове припущення роботи, завдання дослідження. На основі теоретичної моделі розроблено план дослідження та підібрано психодіагностичні методи вивчення проблематики. Результати теоретичного аналізу представлено у першому розділі роботи.

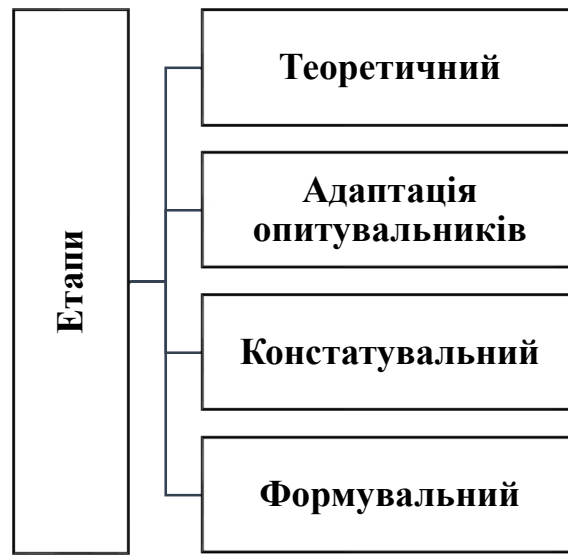


Рис. 2.1 Етапи дослідження психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів

Другий етап полягав у розробці та адаптації опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, що пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя) (Avi, Shai, & Liat, 2008) та авторського опитувальника «Спогади про травматичну подію». На цьому ж етапі підібрано загальний методичний інструментарій діагностики на основі розробленої емпіричної моделі вивчення психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів.

Третій етап (констатувальний) передбачав проведення дослідження та вивчення психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів. Результати дослідження на цьому етапі збиралися та узагальнювалися за допомогою Google-форми, після чого було здійснено

кількісний та якісний аналіз отриманих даних з використанням програм SPSS, for Windows 22 і Jamovi 2.3.28.

Четвертий етап (формувальний) полягав у розробці та впровадженні програми трансформації травмівних переживань молодших школярів. На основі отриманих результатів констатувального етапу дослідження розроблено програму тренінгу, проведено формувальний експеримент та здійснено аналіз його ефективності.

Для реалізації завдань дослідження було розроблено програму, що передбачала використання комплексу методів: теоретичних, емпіричних та математико-статистичних.

Серед теоретичних методів використано аналіз, синтез, узагальнення, систематизацію, порівняння, інтерпретацію наукової психологічної літератури присвяченої проблематиці психічної травми та її переживання особистістю, вікових особливостей, трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії тощо.

З метою проведення емпіричного дослідження розроблено та адаптовано опитувальник дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галья) (Avi, Shai, & Liat, 2008). Шай Хен-Галь під час дослідження орієнтувався на оцінку двох сфер: досвіду війни дитини та на контрольний список реакцій на стрес у зв'язку з війною (Avi, Shai, & Liat, 2008: 48). Батьки оцінювали, чи були такі випадки із дитиною та їхній ступінь впливу на неї за трибальною шкалою, де 1 бал – відсутність впливу; 2 бали – мінімальний вплив та 3 бали – інтенсивний вплив. Досвід війни містив шкали: життя в бомбосховищах, у рідному середовищі; чути сирени тривоги; вибухи; бачити поранених; бути свідком екологічної шкоди поблизу будинку (наприклад, зруйновані будинки); нещасний випадок у родині. Контрольний список реакцій на стрес включав п'ятнадцять пунктів: страх або сильну реакцію на шум; страх розлуки; пасивність та незацікавленість у іграх; тривога та страхи; кошмари та

тривожне збудження; надмірний плач; відтворення досвіду війни; нервозність, збудження та агресивність; страх і труднощі під час засинання; надмірний сон; ізоляція або заклопотаність собою; повторний енурез або енкопрез; розмови про смерть або заклопотаність нею; незрозумілі соматичні болі або симптоми; повторне або надмірне смоктання пальця чи соски (Avi, Shai, & Liat, 2008: 48).

У результаті було створено список індикаторів, що містив 79 тверджень (пунктів). Емпірична перевірка опитувальників проводилася на вибірці в 618 осіб, віком від 4 до 15 років. З них: хлопців – 54,4 % (336 осіб) та дівчат – 45,6 % (282 особи). З початку повномасштабного вторгнення не переміщувалися – 52,8 % (326 осіб); 22,8 % (141 осіб) – повернулися додому; статус внутрішньо переміщеної особи мають 22,5 % (139 осіб) та зовнішньо перемішених осіб – 1,9 % (12 осіб). Перебували в окупації 10,8 % осіб та 89,2 % не перебували в окупації. Дослідження проводилося в різних регіонах України та за кордоном (Європа, Ізраїль). Але вибірка не була врівноважена за критерієм локації досліджуваних (Додаток А).

Опитувальник проводився в індивідуальній формі та передбачав ознайомлення з різними твердженнями і варіантами відповідей, а також вибір варіанту, що є найбільш притаманним/властивим дитині.

Для визначення параметрів вимірювання за допомогою факторного аналізу було визначено структуру валідності моделі. В результаті цього та за допомогою аналізу внутрішньої узгодженості пунктів (Альфа Кронбаха) кількість тверджень було скорочено до 53. Загальний скорегований показник Альфа Кронбаха становить 0,950 (Додаток Б). Значущими вважалися ефекти, довірчі інтервали яких 95 %. Це свідчить про внутрішню узгодженість тверджень/запитань опитувальника відповідно до шкал та дозволяє дослідити за допомогою їх саме ті ознаки і характеристики, які було у нього закладено, оскільки показники взаємної кореляції між пунктами шкали дуже високі.

За результатами факторного аналізу методом головних компонентів (міра адекватності КМО = 0,964; критерій сферичності Бартлета = 0,001) було

виділено п'ять факторів, які пояснюють 62,14 % дисперсії (Додаток Б). Ці показники свідчать про доцільність застосованого методу для структурування та узагальнення шкал опитувальника. Оскільки кореляції між змінними підходять для побудови факторної моделі та модель є статистично значущою і відповідає умовам факторного аналізу.

Перший фактор (внесок в загальну дисперсію – 21,86 %) отримав назву «Тривожні/нав'язливі думки» (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Навантаження фактору «Тривожні/нав'язливі думки»

Змінна	Показник навантаження на змінну
Дитина боїться бути наодинці	0,767
Дитина боїться прощатися з батьками	0,766
Дитина боїться спати одна	0,709
Дитина боїться, що щось страшне станеться з її близькими	0,676
Дитина боїться, що з нею трапиться щось страшне	0,668
Дитині не подобається бути з незнайомими людьми	0,620
Дитина боїться гучних звуків	0,612
Дитина турбується, що все піде не так, як вона планує	0,594
Дитина боїться йти до школи	0,594
Дитині вночі сняться погані сни про те, що з нею чи її батьками щось станеться	0,591
Дитина турбується, що робить щось не так	0,583
Дитина багато плаче	0,550
Дитина менше грає, ніж до війни	0,539
Дитина боїться, що втратить дім	0,533
Дитина більше нервується і злиться	0,523
Дитину більше хвилює смерть	0,512

До цієї шкали увійшло 16 тверджень (змінних), які характеризують рівень тривоги та напруги дитини, пов'язаний із війною і травматичними подіями. Зокрема, це страх дитини гучних звуків; бути наодинці; прощатися з батьками; спати самій; втратити дім; йти до школи; що щось страшне станеться із її близькими, із нею; що все піде не так, як вона планувала; дитині не подобається бути із незнайомими людьми; багато плаче; менше грається, ніж до війни; більше нервується і злиться; її більше хвилює смерть;

турбується, що щось робить не так; вночі сняться погані сни про те, що з нею чи її батьками щось станеться.

Другий фактор (внесок в загальну дисперсію – 13,34 %) отримав назву «Агресивна поведінка» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Навантаження фактору «Агресивна поведінка»

Змінна	Показник навантаження на змінну
Дитині хочеться виплеснути свою злість на когось	0,785
Дитина злиться	0,782
Дитині важко контролювати свою агресію	0,779
Дитина стала грубити іншим людям	0,767
Дитині хочеться виплеснути свою злість на щось	0,756
Дитина стала битися з іншими дітьми	0,664
Коли дитині погано, вона хоче кричати	0,660
Дитину сварять за погану поведінку	0,610
Дитина хоче завдавати собі болю	0,606

До шкали увійшло дев'ять тверджень, які описують прояви агресії та агресивні поведінкові реакції на травматичну подію. Зокрема, це бажання дитини завдавати собі шкоду; виплеснути свою злість на щось; на когось; дитина злиться; важко контролює свою агресію; стала грубити іншим людям; битися з іншими дітьми; коли їй погано, вона хоче кричати; її сварять за погану поведінку.

У цьому контексті агресія може бути як реакція на психологічну травму, спосіб захисту, самовираження тощо.

Третій фактор (внесок в загальну дисперсію – 11,22 %) отримав назву «Самотність» (див. табл. 2.3).

До третьої шкали увійшло дев'ять тверджень, які характеризують рівень відчуття самотності дитини. Це відчуття покинутості та непотрібності; нерозуміння з боку оточуючих; самотності; відчуття дитини, що її не чують батьки; відсутність осіб/особи, з якою можна поговорити та поділитися думками, переживаннями; бажання бути на одинці; проведення на самоті часу у грі; відсутність друзів; дитина чує від оточуючих, що вона всім заважає.

Таблиця 2.3

Навантаження фактору «Самотність»

Змінна	Показник навантаження на змінну
Дитина відчувається всіма покинутою/нікому немає до неї справи	0,699
Дитині здається, що її ніхто не може зрозуміти	0,672
Дитина вважає, що батьки її не чують	0,657
Дитині немає з ким поговорити	0,656
Дитина хоче бути одна	0,641
Дитина часто грає одна	0,612
Дитина думає, що зовсім одна	0,528
У дитини немає друзів	0,527
Дитині кажуть, що вона всім заважає	0,509

Шкала «Самотність» спрямована на оцінку емоційного і соціального стану дитини, потреби у підтримці та розумінні з боку соціального середовища та найближчого оточення.

Четвертий фактор (внесок в загальну дисперсію – 9,18 %) отримав назву «Вплив життєвих подій» (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Навантаження фактору «Вплив життєвих подій»

Змінна	Показник навантаження на змінну
Дитина була у важкій подорожі до місця безпеки	0,874
Дитині довелося покинути свій будинок	0,871
Дитині довелося попрощатися із рідними/друзями	0,769
Протягом усього шляху у дитини були періоди без їжі та води та/або сильна фізична втома	0,711
Дитині не було де жити	0,618
Дитина чула вибухи чи постріли	0,556
Дитина бачила людей дуже наляканими та стурбованими	0,536
Дитина бачила солдатів або людей, що борються	0,521
Будинок дитини було пошкоджено або зруйновано під час війни	0,518
Дитина бачила поранених	0,515

До шкали впливу життєвих подій увійшло десять тверджень, які дозволяють виявити наявність/відсутність досвіду, пов'язаного з війною та

визначити рівень його впливу на дитину (на скільки складними для неї були ці події). Питання стосуються найбільш характерних подій та ситуацій, пов'язаних із війною: наявність досвіду важкої подорожі до безпечного місця; досвіду покинути свій будинок; прощання із рідними та друзями; періодів перебування без їжі, води та/або сильна фізична втома; відсутність житла; пошкодження або зруйнування під час війни будинку дитини; дитина бачила людей дуже наляканими та стурбованими; бачила солдатів або людей, що борються; поранених; чула вибухи чи постріли.

Таким чином, шкала «Вплив життєвих подій» спрямована на оцінку ступеня травматизації для дитини подій і пережитого досвіду, пов'язаних із війною.

П'ятий фактор (внесок в загальну дисперсію – 6,54 %) отримав назву «Фізичне самопочуття» (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Навантаження фактору «Фізичне самопочуття»

Змінна	Показник навантаження на змінну
Дитина відчуває підвищену втомлюваність	0,739
Дитина спить довше, ніж до війни	0,710
У дитини безперервний біль у тілі	0,693
Дитина погано спить, часто прокидається	0,671
У дитини відсутній апетит	0,654
Дитина не може заснути, коли вона одна	0,611
Дитині складно контролювати свої природні випорожнення	0,582
До дитини повертаються фізичні відчуття, що супроводжували травматичну подію	0,554
Дитина постійно хоче їсти	0,513

До шкали «Фізичне самопочуття» увійшло дев'ять тверджень, які характеризують особливості фізичного стану дитини пов'язаного із травматичною подією. Це твердження, що стосуються відчуття підвищеної втомлюваності; безперервного болю у тілі; проблем із харчуванням (відсутність апетиту; постійне бажання їсти); проблем зі сном (поганий сон, із частими пробудженнями; не можливість заснути на самоті); складність

контролю природніх випорожнень та повернення фізичного відчуття, що супроводжували травматичну подію.

Важливим показником надійності методики, також є ретестова надійність, яка визначалася за допомогою кореляційного аналізу між результатами першого та повторного дослідження і може підтвердити точність стандартизації і відсутність впливу різних чинників на отримані результати. Часовий проміжок між двома замірами був не тривалий (від 1,5 до 2 місяців). У результаті аналізу виявлено, що показники кореляції за шкалами авторського опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, що пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), знаходяться у діапазоні від 0,718 до 0,821. Отже, можна зробити висновок про ретестову надійність опитувальника.

Для визначення конкурентної валідності авторського опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, що пов'язаний із війною, проведено кореляційний аналіз з метою виявлення зв'язків між результатами опитувальника та експертною оцінкою і Методикою діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор З. Карпенко), спрямованої, зокрема, на діагностику тривожності та агресивності. У результаті встановлено позитивні значущі кореляційні зв'язки між шкалами «Агресивна поведінка», «Тривожні/нав'язливі думки» авторського опитувальника, що виявилися пов'язаними із шкалами «Агресивність» та «Тривожність» Методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) ($r = 0,719$; $p \leq 0,01$; $r = 0,647$; $p \leq 0,01$). Це свідчить про підтвердження конкурентної валідності авторського опитувальника.

На основі результатів пілотажного дослідження після проведення перевірки нормальності розподілу шкал за допомогою коефіцієнту Колмогорова-Смірнова (розподіл відповідає нормальному, оскільки рівень значущості $p \geq 0,05$) із застосуванням частотного аналізу було визначено числові навантаження вираженості шкал опитувальника за рівнями (низький, середній та високий). Встановлено, що навантаження відповідно рівнів за шкалами є різними. Це, зокрема, залежало від мінімальних та максимальних показників, які

зустрічалися у відповідях. Розподіл розраховувався за формулою: максимальний набраний бал за шкалою мінус мінімальний набраний бал за шкалою плюс один. Отриманий числовий результат ділиться на три (це, відповідно три рівні: низький, середній та високий). До мінімального набраного балу за шкалою додається отриманий числовий результат, що і є першим рівнем. Наступний рівень (середній) вираховується шляхом додавання фіксованого отриманого числа (Allen, Bennett, Heritage, 2014) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Особливості розподілу рівнів вираженості шкал опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, що пов'язаний із війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)

№ з/п	Шкала	Максимальна можлива кількість балів	Мінімальний набраний бал	Максимальний набраний бал	Рівень сформованості
1	Тривожні/нав'язливі думки	80	16	80	Низький ≤ 38 Середній 39-61 Високий 62-80
2	Агресивна поведінка	45	9	45	Низький ≤ 21 Середній 22-34 Високий 35-45
3	Самотність	45	9	45	Низький ≤ 21 Середній 22-34 Високий 35-45
4	Вплив життєвих подій	60	10	60	Низький ≤ 27 Середній 28-45 Високий 46-60
5	Фізичне самопочуття	45	9	45	Низький ≤ 21 Середній 22-34 Високий 35-45

Таким чином, кожна зі шкал опитувальника має відповідний їй діапазон трьох рівнів вираженості. Діапазони із рівнями у трьох шкалах (агресія; самотність та фізичне самопочуття) збігаються, оскільки максимально і мінімально набрані бали за шкалами є однаковими.

Усі питання опитувальника є прямими та не потребують перекодування під час підрахунку. Тому підрахунок здійснюється досить просто, шляхом додавання отриманої кількості балів за кожним питанням шкали. Отримана сума балів співвідноситься із визначеними рівнями за шкалами. Повний опис авторського опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), наведено у Додатку В.

З метою діагностики спогадів дітей молодшого шкільного віку про травмівну подію у контексті когнітивно-рефлексивної сфери трансформації переживань було розроблено опитувальник, що спрямовано на визначення критеріїв усвідомленості й розуміння травматичного значення пережитих подій. Опитувальник отримав назву «Спогади про травматичну подію» (Додаток Д, Додаток Е).

Спочатку досліджуваним було запропоновано дев'ятнадцять питань. За допомогою показника Альфа Кронбаха (0,693, при довірчому інтервалі 95 %) перевірено внутрішню узгодженість запитань опитувальника. Отриманий показник є високим та свідчить про взаємну кореляцію між пунктами опитувальника. Однак, у результаті перевірки для підвищення показника внутрішньої узгодженості, було видалено одне питання. У результаті чого показник Альфа Кронбаха збільшився (0,702). Тому в кінцевому варіанті опитувальника міститься вісімнадцять запитань.

З метою визначення факторної структури опитувальника використано факторний аналіз та метод головних компонентів з Varimax обертанням. Показник міри адекватності КМО дорівнює 0,874; критерій сферичності Бартлета – 0,001, що є адекватним для використання даного методу. У результаті виділено трьохфакторну модель, що пояснює 55,1 % загальної дисперсії (Додаток Д).

Перший фактор «Повернення до травматичного досвіду» пояснює 29,5 % загальної дисперсії та містить такі питання: «Чи сняться дитині сновидіння, сюжет яких побудовано навколо травматичної події?» (0,828); «Чи

часто дитина в своїх фантазіях повертається до травматичної події?» (0,814); «Чи часто дитина бачить травматичну подію у теперішньому?» (0,798); «Чи часто дитина бачить травматичну подію у минулому?» (0,767); «Чи часто дитина бачить травматичну подію у майбутньому?» (0,733); «Наскільки часто дитина згадує травматичні події?» (0,727).

Другий фактор «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» пояснює 18,2 % загальної дисперсії та містить такі питання: «Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які переживала в минулому у складній ситуації?» (0,736); «Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які переживає в даний момент?» (0,684); «Чи виокремлює дитина в собі особистісні якості, які допоможуть їй впоратись із складною ситуацією?» (0,660); «Чи замислюється дитина над тим, як можна вийти із складної ситуації (подолати дану ситуацію)?» (0,646); «Наскільки далеко в своє майбутнє заглядає дитина?» (0,625); «Як дитина уявляє себе в найближчому майбутньому?» (0,527); «Чи мріє дитина про щось?» (0,520); «Якою є забарвленість сюжету її мрії?» (0,512).

Третій фактор «Поведінкова реакція на травматичний досвід» пояснює 7,4 % загальної дисперсії та містить такі запитання: «Чи виявляє дитина готовність приймати емоційну підтримку у складних ситуаціях?» (0,813); «Чи виявляє дитина активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації?» (0,810); «Чи виявляє дитина готовність надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях?» (0,769); «Чи охоче дитина розповідає про травматичний досвід?» (0,551).

Після корегування показників внутрішньої узгодженості до вісімнадцяти запитань було перевірено крайній варіант опитувальника на ретестову надійність шляхом кореляційного аналізу між результатами першого та повторного дослідження (діапазон кореляцій від 0,621 до 0,792).

За допомогою частотного аналізу визначено розподіл рівнів вираженості за шкалами опитувальника «Спогади про травматичну подію» (табл. 2.7).

Таким чином, кожна шкала має свої навантаження за рівнями вираженості.

Таблиця 2.7

**Особливості розподілу рівнів вираженості шкал авторського
опитувальника «Спогади про травматичну подію»**

№ з/п	Шкала	Максимальна можлива кількість балів	Мінімальний набраний бал	Рівень сформованості
1	Повернення до травматичного досвіду	23	6	Низький ≤ 12 Середній 13-18 Високий 19-23
2	Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	20	8	Низький ≤ 12 Середній 13-17 Високий 18-20
3	Поведінкова реакція на травматичний досвід	12	4	Низький ≤ 6 Середній 7-10 Високий 11-12

Шкала «Повернення до травматичного досвіду» спрямована на діагностику рівня частоти повернення до нього у формі фантазій, у сновидіннях, у різних часових відрізках (минулому, теперішньому, майбутньому). Вона містить п'ять запитань, які мають по чотири варіанти відповіді («взагалі ні», «рідко», «інколи», «часто»). Максимальна кількість балів, яку можна набрати за шкалою – 23. Низькі показники свідчать про відсутність чи низьку вираженість фіксації дитини на подіях з травматичними характеристиками та про те, що вона не повертається до них, не переживає їх заново тощо. Високі показники характеризуються надмірно частим поверненням, згадуванням травматичних подій і фіксацією на них, проживанням дитиною травматичного досвіду у снах та фантазуванні про її імовірні сюжети тощо.

Шкала «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» спрямована на діагностику рівня розуміння та ідентифікації власних емоцій і почуттів, пов'язаних із ситуаціями травматичного досвіду, орієнтацією дитини на

майбутнє, схильністю до побудови планів, мрій, усвідомлення шляхів виходу із складних ситуацій тощо. Максимальна кількість балів, яку можна набрати за шкалою – 20. Низькі показники свідчать про розуміння і визначення дитиною тих емоцій і почуттів, які вона відчуває, орієнтацію на довгострокове планування майбутнього та позитивну його забарвленість, виокремлення особистісних якостей, які є ресурсними для подолання складних ситуацій. Високі показники характеризують дитину як песимістично, негативно налаштовану на майбутнє, із відсутністю планів та мрій, які б її стимулювали і давали ресурси для подолання складних ситуацій. Дитина із високим рівнем вираженості шкали не може ідентифікувати і визначити свої почуття та емоції, які вона переживала раніше і відчуває зараз та не бачить шляхів виходу із складних обставин, що склалися.

Шкала «Поведінкова реакція на травматичний досвід» спрямована на діагностику рівня готовності, активності дитини до взаємодії з метою подолання негативних наслідків травматичної ситуації. Вона містить чотири запитання, які мають по три варіанти відповіді («ні», «час від часу», «так»). Максимальна кількість балів, яку можна набрати за шкалою – 12. Низькі показники свідчать про орієнтацію дитини на подолання негативних наслідків травматичної ситуації, готовність працювати, розповідати про неї і самій надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях. Високі показники характеризують дитину як таку, що не зорієнтована на готовність приймати і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях, не налаштовану на подолання наслідків травматичної ситуації. На основі розробленого методичного інструментарію сформовано емпіричну модель дослідження, зорієнтовану на вектори конструктивної трансформації травматичних переживань молодших школярів. Вона спрямована на дослідження когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової, фізично-соматичної сфер трансформації переживань, пов'язаних із війною (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

**Модель особливостей травмівних переживань
та їх конструктивної трансформації**

Сфери трансформації переживань	Показники	Шкали опитувальника
1	2	3
Когнітивно-рефлексивна		
<p><i>Критерій: усвідомленість і розуміння.</i></p> <p><i>Очікуваний результат: подолання травматичного згадування пережитих подій</i></p>	<p>розуміння своїх емоцій і почуттів; осмислення як негативних, так і позитивних моментів поточної ситуації; усвідомлення себе в найближчому майбутньому і відтермінованому в часі; прийняття і інтеграція травматичного досвіду у своє життя; • усвідомлення й рефлексія власних дій і ресурсів у складній ситуації та оцінка спроможності подолати її конструктивно</p>	<p>авторський опитувальник «Спогади про травматичну подію»; бесіда, що спрямована на виявлення особливостей травматичного досвіду, розуміння власних емоцій та почуттів тощо; • шкала впливу життєвих подій опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)</p>
Емоційно-афективна		
<p><i>Критерій: емпатійність і оптимізм.</i></p> <p><i>Очікуваний результат: стабілізація психоемоційного стану</i></p>	<p>модальність почуттів щодо травматичної події; прояв як негативних, так і позитивних емоцій; емпатія, здатність до розпізнавання переживань інших; полівалентність ставлення до травматичного досвіду, здатність бачити позитивні аспекти поточної ситуації; • позитивне налаштування на майбутнє</p>	<p>шкала тривожних / нав'язливих думок опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя); шкала тривожності методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор З. Карпенко); • проєктивна методика «Безпечне місце» (Л. Хей)</p>

Продовження табл. 2.8

1	2	3
Мотиваційно-поведінкова		
<p><i>Критерій: налаштованість і дієвість.</i></p> <p><i>Очікуваний результат: здатність приймати та надавати підтримку, встановлення контактів і взаємодій</i></p>	<p>відкритість, готовність обговорити ситуацію і свої переживання;</p> <p>прагнення стабілізувати емоційний стан через обрання опорного об'єкту та взаємодію з ним;</p> <p>прагнення поділитися своїми емоційними переживаннями під час міжособистісної взаємодії;</p> <p>готовність приймати та надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях;</p> <ul style="list-style-type: none"> • активність у виробленні власних стратегій виходу із травматичних ситуацій 	<p>шкала агресивної поведінки опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя);</p> <p>шкала агресивності методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор З. Карпенко);</p> <p>спостереження за поведінкою та міжособистісною взаємодією молодшого школяра;</p> <ul style="list-style-type: none"> • шкала самотності опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)
Фізично-соматична		
<p><i>Критерій: відновлення функціональних можливостей організму.</i></p> <p><i>Очікуваний результат: відновлення фізичної активності</i></p>	<p>відновлення нормальної функції сну;</p> <p>«купірування» різноманітних соматичних симптомів пов'язаних з травмою – головний біль, заїкання, гризіння нігтів тощо;</p> <p>відновлення функції харчування;</p> <ul style="list-style-type: none"> • посилення фізичної активності 	<ul style="list-style-type: none"> • Шкала фізичного самопочуття опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)

Таким чином, емпірична модель дослідження містить аналіз і роботу в межах чотирьох сфер трансформації переживань, пов'язаних із війною: когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової, фізично-соматичної.

Когнітивно-рефлексивна сфера трансформації переживань вивчалася за допомогою таких методів та методик, як: авторський опитувальник

«Спогади про травматичну подію»; бесіда, спрямована на виявлення особливостей травматичного досвіду, розуміння власних емоцій і почуттів та шкали «Вплив життєвих подій» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя).

Бесіда містила оцінку відповіді (ні, важко сказати, так) за п'ятьма твердженнями анкети: нездатність чітко визначити свої емоції і почуття; фіксація на негативних моментах поточної ситуації; труднощі у визначенні власного найближчого майбутнього і відтермінованого в часі, негативна забарвленість сюжету мрій дитини; часте згадування травматичної події без її належного осмислення та інтеграції травматичного досвіду у своє життя; нерозуміння власних дій і ресурсів у складній ситуації та неспроможність подолати її конструктивно. Кожна із запропонованих відповідей в подальшому була переведена у числовий показник, з метою більш якісного узагальненого аналізу та виділення рівнів вираженості вимірюваних показників. У межах бесіди виділено три рівні вираженості впливу травматичного досвіду на розуміння власних емоцій і почуттів: низький, якому відповідає розподіл у балах до 8; середній – від 9 до 12 балів та високий – від 13 до 15 балів (Додаток Ж).

На основі узагальнення результатів за зазначеним діагностичним інструментарієм визначено три рівні (низький, середній та високий) в межах когнітивно-рефлексивної сфери трансформації травматичних переживань. Мінімальний показник – 33, максимальний – 130.

Для низького рівня (до 65 балів) характерне не часте повернення до травматичного досвіду у снах, фантазіях тощо; схильність до мрій, позитивне їх забарвлення; орієнтація на майбутнє та планування його; розуміння власних емоцій і почуттів; позитивна оцінка спроможності і ресурсів для подолання складної ситуації конструктивно; готовність отримувати і надавати емоційну підтримку іншим тощо.

Середньому рівню (66–98 балів) відповідають середні показники за означеними шкалами, які описані вище та свідчать про помірну вираженість

розуміння власних емоцій і почуттів, повернення до травматичної події є, воно відбувається у різних формах (фантазіях, снах, пригадуванні тощо), або ж у якійсь одній конкретній; дитина бачить своє майбутнє, але на довготривалу перспективу не планує його. При цьому, діти молодшого шкільного віку із вираженим середнім рівнем можуть проявляти активність з метою подолання наслідків травматичної ситуації та проявляти власні емоції і почуття у спробі зрозуміти їх, визначити всі можливі вектори ситуації, що склалася (як негативні, так і позитивні) тощо.

Високий рівень (99–130 балів) характеризується високою вираженістю показників шкал авторського опитувальника «Спогади про травматичну подію», шкали «Вплив життєвих подій» та результатів бесіди. Таким чином, діти молодшого шкільного віку, які мають виражений високий рівень когнітивно-рефлексивної сфери схильні повертатися до подій, які несуть травматичний характер, мало мріють, мають негативне уявлення про себе в найближчому майбутньому, не виокремлюють в собі особистісні якості, які можуть допомогти впоратися із складною ситуацією, погано розуміють свої емоції і почуття, схильні не проявляти, а радше, пригнічувати власні емоційні реакції, не схильні проявляти активність з метою подолання негативних наслідків травматичної ситуації та прийняття і інтеграції травматичного досвіду у своє життя.

Емоційно-афективна сфера трансформації переживань вивчалася за допомогою таких методик, як: шкала «Тривожні/нав'язливі думки» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя); шкала тривожності методики З. Карпенко діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (Червонна, 2008); проєктивна методика «Безпечне місце» (Хей, 2020).

Методика діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (Червонна, 2008) використовувалася з метою вивчення рівнів прояву вад за такими шкалами як: тривожність та агресивність. Методика, в цілому, містить дев'ять шкал

(тривожність, імпульсивність, агресивність, схильність до нечесної поведінки; асоціальність; замкнутість; невпевненість; екстернальність; естетична нечутливість) та дев'яносто питань. Кожній із шкал відповідає по дев'ять запитань. Згідно із авторською інтерпретацією за кожною шкалою можна набрати максимум десять балів, які поділяються на три рівні прояву вад особистого розвитку: низький (1-3 бали); середній (4-7 балів); високий (8-10 балів).

Проективна методика «Безпечне місце» (Хей, 2020) застосована для вивчення емоційно-афективної сфери переживання травматичної події через діагностику модальності емоцій та почуттів. Після застосування методики здійснювалася оцінка (ні, важко сказати, так) за такими питаннями: переживання негативних почуттів щодо травматичної події; частий прояв негативних емоцій, як при згадуванні емоційної події, так і в цілому; зосередженість на власних переживаннях, нездатність розпізнавати відмінні від них почуття інших людей; однобічне негативне ставлення до травматичного досвіду, нездатність бачити позитивні аспекти поточної ситуації; негативне налаштування на майбутнє (Додаток II).

Для формування числового показника відповіді досліджуваних було закодовано у шкалу від 1 до 3. У межах проективної методики виділено три рівні: низький, якому відповідає розподіл у балах до 8; середній – від 9 до 12 балів та високий – від 13 до 15 балів.

З метою визначення загального показника емоційно-афективної сфери трансформації травмівних переживань молодших школярів на основі результатів за шкалами методик виділено три рівні її сформованості. Мінімальний показник – 21, максимальний – 105. З огляду на це, низькому рівню відповідає діапазон – до 49 балів. Він характеризується відсутністю або ж низькими проявами тривожних/нав'язливих думок, що пов'язані із боязню через пережитий травматичного досвід дитини втратити дім, гучних звуків, бути на одинці, що щось страшне трапиться у майбутньому із нею або ж з

близькими тощо. Дитина має позитивну орієнтацію на майбутнє та не «чіпляється» за травматичну подію.

Середній рівень емоційно-афективної сфери (50–78 балів), свідчить про помірну емпатійність, тривожність та оптимістичне бачення майбутнього.

Високий рівень (79–105 балів) характеризується параметрами, зворотними до низького рівня. Для нього властиві високі показники вираженості тривожних/нав'язливих думок, пов'язаних зі страхом дитини зробити щось не так, що щось піде не по запланованому вектору руху, страхом втрати (домівки, близьких, батьків) тощо.

Мотиваційно-поведінкова сфера трансформації переживань вивчалася за допомогою таких методик та методу, як: шкала агресивної поведінки та самотності опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя); шкала агресивності методики З. Карпенко діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (Червонна, 2008); спостереження за поведінкою та міжособистісною взаємодією молодшого школяра.

Спостереження за поведінкою дитини та за міжособистісною взаємодією було спрямоване на вивчення готовності дитини працювати, обговорювати свої переживання та свій емоційний стан, приймати та надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях тощо. Спостереження регламентувалося формалізованою анкетною, яка передбачала оцінку поведінки дітей згідно із трьома можливими варіантами відповіді (ні; важко сказати; так).

Спостереження за поведінкою дитини містило такі елементи: нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію «по колу» без її належного осмислення або замкненість, уникнення обговорення переживань у травматичній ситуації та їх перетворення у позитивний бік; не здатність стабілізувати власний емоційний стан, що може спричинити девіації у поведінці; неконтрольовані прояви агресії; сюжетні ігри, малюнки, ліплення, пов'язані із травматичною подією; пасивність у виробленні власних стратегій

виходу із травматичної ситуації; нездатність приймати та надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях (Додаток К).

Усі зазначені елементи передбачали оцінку наявності кожного із них, що дозволило також переформатувати отримані результати у числові показники та виділити рівні і характерні для них особистісні поведінкові прояви. Зокрема, виявлено, що низький рівень (розмах балів до 10) характеризується відсутністю або ж низькою вираженістю нав'язливих думок і переживань пов'язаних із травматичною ситуацією, здатністю до стабілізації і саморегуляції власного емоційного стану і поведінки тощо. Середньому рівню відповідають показники – від 11 до 15 балів. Він характеризує поведінку молодшого школяра як таку, якій не притаманні девіації, дитина може контролювати прояви агресії та проявляти помірну активність на шляху пошуку стратегій виходу із травматичних ситуацій тощо. Високому рівню відповідають показники – від 16 до 18 балів, для нього характерна поведінка, яка повністю контролюється травматичною ситуацією та зумовлюється нею. Дитина переносить елементи ситуації у більшість сюжетів повсякденного життя (ігрову діяльність, творчість тощо), вона не може сама стабілізувати свій емоційний стан, а також, приймати і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях іншим, адже власний психоемоційний стан і стан іншого не усвідомлюється і не розпізнається.

Спостереження за міжособистісною взаємодією містило оцінку п'яти елементів: переживання самотності, ізолюваності від оточуючих; відсутність друзів, екологічного кола спілкування в цілому; скарги на нерозуміння батьків та інших значущих дорослих; бажання усамітнитися, перебувати і грати наодинці; відчуття непотрібності іншим людям (Додаток К.1).

Означені елементи оцінювалися за трибальною шкалою (ні, важко сказати, так) та кожна відповідь була переведена у бали. За допомогою описових статистик математичного аналізу визначено загальні показник та їхні рівні і особливості. Низькому рівню відповідає розподіл у балах до 8;

середньому – від 9 до 12 балів та високому – від 13 до 15 балів. Високий рівень характеризується низькою вираженістю міжособистісної взаємодії, якій притаманне переживання самотності, відсутність екологічного кола спілкування, відчуття непотрібності і байдужості з боку оточуючих і найближчого соціального оточення (батьків, рідних) тощо. Діти з низьким рівнем прагнуть до взаємодії з оточуючими (з однолітками та рідними), вони відчують включеність у процес спілкування та особисту потрібність і важливість для оточуючих осіб.

Отримані результати в межах мотиваційно-поведінкової сфери було узагальнено та визначено рівні трансформації переживань (мінімальний показник – 29, максимальний – 133).

Низький рівень мотиваційно-поведінкової сфери трансформації переживань (до 64 балів) характеризується здатністю дитини контролювати себе, свою поведінку та агресивні прояви, здатністю до саморегуляції і стабілізації власного емоційного стану, оптимістичним налаштуванням на майбутнє і орієнтацією на позитивні аспекти поточної ситуації тощо.

Середній рівень мотиваційно-поведінкової сфери трансформації переживань (65–99 балів) свідчить про помірний контроль над своїми поведінковими реакціями, зокрема, деструктивними, наявність соціальних зв'язків, але не надмірна орієнтація на взаємодію з оточуючими тощо.

Високий рівень мотиваційно-поведінкової сфери трансформації переживань (100–133 балів) характеризується частими агресивними сплесками, проявами злості, фізичної та вербальної агресії по відношенню до інших, що стимулює нездатність розуміння та стабілізації власного емоційного стану, пасивністю у пошуку шляхів виходу із травматичних ситуацій тощо.

Фізично-соматична сфера трансформації переживань вивчалася за допомогою шкали фізичного самопочуття опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя).

Оскільки для вивчення цієї сфери було обрано одну шкалу, то її рівні трансформації відповідають виокремленим раніше у роботі рівням фізичного самопочуття.

Низький рівень фізично-соматичної сфери трансформації переживань (до 21 балу) характеризується відсутністю або ж мінімальним вираженням впливу травматичної події на особистість дитини в межах її фізичного стану.

Середній рівень (22–34 бали) свідчить про те, що вплив травматичної події на фізичний стан і самопочуття дитини є, він не є максимальний, однак, може проявлятися вираженістю в межах конкретної локалізації (більш частини тіла, проблеми зі сном, проблеми із харчуванням тощо), або ж, проявлятися з меншою вираженістю у всіх можливих напрямках.

Високий рівень (35–45 балів) фізично-соматичної сфери виражається у зниженні якості сну (переривання сну через часте пробудження, надмірно довгий сон, неможливість/боязнь заснути на одинці тощо), проявах енурезу або енкопрезу, відчутті фізичного болю із локалізацією в тілі, втомлюваності та відчутті голоду.

Також у роботі використано метод анкетування з метою вивчення соціально-демографічних характеристик досліджуваних та для можливості здійснення більш поглибленого подальшого статистичного аналізу. Зокрема, в анкетному дослідженні увага приділялася питанням статі, віку, статусу дитини, пов'язаного із переміщенням її у зв'язку із війною (переміщення не було; повернулися додому; внутрішньо переміщена особа; зовнішньо переміщена особа), перебуванню або ж не перебуванню в окупації, формі здобуття освіти (звичайна, спеціальна (інклюзивно-ресурсні центри)), складу сім'ї (повна сім'я (мати та батько); неповна або «соло» (лише мати або батько); прийомна (опікуни займаються вихованням дітей); дитина-сирота), кількості дітей у сім'ї, області проживання та з ким дитина проживала до війни і з ким проживає зараз.

На констатувальному етапі емпіричного дослідження вибірка була врівноважена за основними характеристиками, які визначені завданнями і

метою роботи та достатня для обраних методів статистичного аналізу і формування надійних висновків (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Характеристики вибірки констатувального етапу дослідження

Характеристика	Критерії поділу	Кількість досліджуваних	Відсоток
Стать	Хлопці	254	55,2
	Дівчата	206	44,8
Вік	6 років	107	23,2
	7 років	131	28,5
	8 років	72	15,7
	9 років	91	19,8
	10 років	36	7,8
	11 років	23	5,0
Статус	Переміщення не було	246	53,5
	Повернулися додому	111	24,1
	ВПО	92	20,0
	ЗНО	11	2,4
Заклад отримання освіти	Звичайна	424	92,2
	Спеціальна (ІРЦ)	36	7,8
Кількість дітей у сім'ї	1	166	36,1
	2	211	45,9
	3 і більше	83	18

На констатувальному етапі дослідження взяло участь 460 осіб (Додаток Л), з них 254 хлопці та 206 дівчат, віком від 6 до 11 років. Цей віковий діапазон згідно із віковою періодизацією належить до молодшого шкільного віку, що пов'язаний із початком навчання у школі та набуттям дитиною особистої ідентифікації школяра. Він є дуже важливим, адже саме в цей період закладаються основи особистості; базові «щаблі» для успішного проходження подальших кризових періодів становлення особистості дитини, зокрема, пубертатного періоду (підлітковий вік), водночас дитина більш відкрита до виховних впливів (Енциклопедія сучасної України, Т. 21; Шевцова, 2015). Разом із цим, молодший шкільний вік є насиченим, зокрема, емоційно. Оскільки вступ дитини до школи, входження її до нового раніше невідомого соціального середовища тим самим збільшує коло умов, що можуть стимулювати її тривожність, через оцінку їх як нових, а тому небезпечних. У цьому

віковому діапазоні закладаються базові поняття й уявлення про норми (групові, соціальні тощо), етику та мораль. Тому цей вік є дуже важливим для становлення особистості дитини, а оптимізація, покращення стану дитини, за необхідності, може бути умовою успішного кінцевого результату (Матвієнко, 1999; Сергєєнкова, Столярчук, Коханова, & Пасєка, 2012; Халько, 2018: 176).

Розподіл окремо за роками є нерівномірним, але діапазон розриву між окремими групами не є статистично значущим. Зокрема, 23,2 % – це досліджувані 6 років, 28,5 % – 7 років, 15,7 % – 8 років, 19,8 % – 9 років, 7,8 % – 10 років та найменш представленим є вік 11 років – 5 % досліджуваних.

До загальної вибірки увійшло 53,5 % осіб, які не переміщувалися із початку повномасштабного вторгнення, 24,1 % осіб – повернулися додому після переміщення, 20 % осіб – мають статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та 2,4 % є зовнішньо переміщеними особами (ЗПО).

Більшість досліджуваних (92,2 %) навчаються у звичайному закладі отримання освіти (загальноосвітня школа, навчально-виховний комплекс) та 7,8 % досліджуваних навчаються у спеціальному закладі (інклюзивно-ресурсному центрі).

Досліджувані молодші школярі проживають у сім'ях з різною кількістю дітей. Зокрема, 36,1 % сімей виховують одну дитину; 45,9 % – дві дитини, а 18 % з досліджуваної вибірки є багатодітними (три і більше дітей).

Діти молодшого шкільного віку на час проведення дослідження проживали у різних макрорегіонах України та за кордоном (Європа, Ізраїль). Але вибірка за цим критерієм була нерівномірною, тому під час аналізу його не було враховано.

Щодо складу сім'ї, то 79,6 % дітей мають повну сім'ю (мати та батько); 16,3 % неповну або «соло» сім'ю; 2,5 % проживають у прийомній сім'ї (опікуни займаються вихованням дітей) та 1,6 % – діти-сироти.

Також у межах збору загальної інформації про досліджуваних ставилося запитання про те, як діти оцінюють поточну ситуацію із трьома можливими

варіантами відповідей: зосереджені виключно на негативних моментах; бачать як негативні, так і позитивні аспекти; схильні бачити позитивні аспекти. У результаті виявлено, що більшість молодших школярів (67,8 %) бачать у поточній ситуації під час її оцінки як негативні, так і позитивні аспекти. Здатні бачити позитивні аспекти – 16,3 % досліджуваних та 15,9 % – зосереджені виключно на негативних моментах.

Дослідження проводилось на базі Арт-центру «Печерськ», Центру АРТ-терапії Шевченківського району, Інклюзивно-ресурсного центру Подільського району (м. Київ); Уманської центральної міської лікарні, Чернігівської дитячої обласної лікарні; гімназії № 7 (м. Новоград-Волинський), Львівського волонтерського центру допомоги «СонцелевиАРТ», Початкової школи № 9 (м. Івано-Франківськ), Центру арт-терапії для вимушено переселених людей (м. Тернопіль), Арт-терапевтичного центру «ART-Mozaik» (м. Полтава), «АРТ-терапевтичної асоціації» (м. Харків), Арт-терапевтичного центру «Сова» (м. Черкаси).

Отримані в результаті емпіричного дослідження дані опрацьовувалися за допомогою комп'ютерної програми SPSS for Windows 22 і Jamovi 2.3.28 та були перевірені на відповідність нормального розподілу з метою визначення відповідних методів математичної статистики. У результаті перевірки за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова виявлено, що розподіл відрізняється від нормального оскільки значення $p < 0,05$ за всіма шкалами дослідження. Саме тому, для подальшого аналізу підбиралися непараметричні рангові методи математичної статистики, які характеризуються стійкістю результатів до викидів та аномалій; надійністю висновків навіть у випадку невеликого обсягу вибірки тощо.

У роботі було використано такі математико-статистичні методи:

- Описові статистики (знаходження середніх величин, показників стандартних відхилень, моди, медіани, розподіл частот).

- U-критерій Манна-Уїтні з метою порівняння двох незалежних вибірок (стать).
- T-критерій Вілкоксона для порівняння одних і тих же груп досліджуваних до та після впливу на етапі перевірки ефективності програми трансформації травмівних переживань молодших школярів за допомогою засобів Хібукі-терапії. Окрім, рівня значущості відмінностей (p), було проаналізовано показники розміру (сили) ефекту відмінностей для непараметричних методів – r -бісеріальний коефіцієнт.
- Критерій Крускала-Уолліса H для порівняння трьох і більше незалежних вибірок (вік, статус переміщення з моменту початку повномасштабного вторгнення, кількість дітей у сім'ї тощо).
- Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для встановлення взаємозв'язків між показниками дослідження, а також, коефіцієнт кореляції Пірсона на етапі визначення конкурентної валідності авторського опитувальника (оскільки на етапі перевірки модифікації авторських опитувальників розподіл відповідав нормальному).
- Коефіцієнт Альфа Кронбаха для перевірки надійності в контексті внутрішньої узгодженості запитань опитувальника.
- Факторний аналіз методом головних компонентів (principal component analysis) із Varimax обертанням для зведення оцінок у більш узагальнені показники та визначення шкал авторських опитувальників.
- Кластерний аналіз методом К-середніх для визначення груп молодших школярів зі схожими характеристиками за відстанню між об'єктами в багатомірному просторі (типологія) з метою глибшого розуміння та аналізу структури даних.

2.2 Аналіз результатів дослідження травмівних переживань молодших школярів

Для аналізу та опису дослідження особливостей травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку було використано розроблену на попередньому етапі модель трансформації переживань, пов'язаних із війною за чотири сфери: когнітивно-рефлексивною, емоційно-афективною, мотиваційно-поведінковою та фізично-соматичною.

У межах вивчення когнітивно-рефлексивної сфери переживань дітей молодшого шкільного віку за результатами опитувальника «Спогади про травматичну подію» було отримано наступні дані (рис. 2.2).

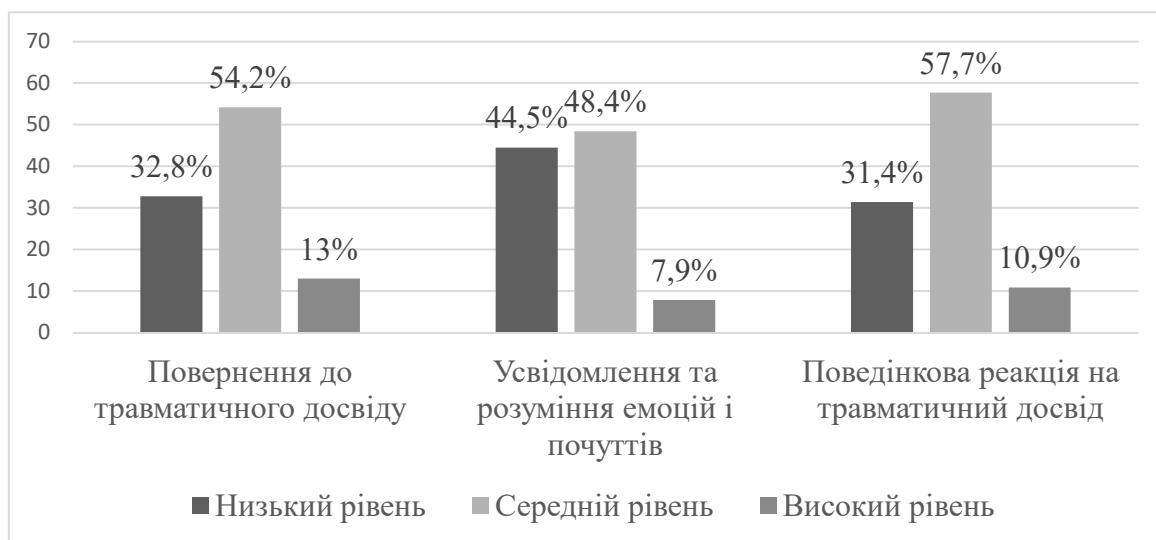


Рис. 2.2 Відсоткові показники вираженості рівнів за результатами опитувальника «Спогади про травматичну подію»

За шкалою «Повернення до травматичного досвіду» встановлено, що половина (54,2 %) молодших школярів мають середній рівень вираженості показника; і лише третина (32,8 %) мають низький рівень, що виражається у мінімальній фіксації, або ж взагалі її відсутності, на травматичній події і у тому, що дитина не повертається до неї у своїх фантазіях чи снах. Високий рівень повернення до переживання травматичного минулого досвіду було

діагностовано у 13 % молодших школярів. Це свідчить про те, що вони досить часто мають фантазії і сновидіння, пов'язані із ним у різних відрізках свого життя (в минулому, теперішньому та майбутньому).

За шкалою «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» виявлено також, що 48,4 % молодших школярів мають середній рівень вираженості цього показника. На другому місці за вираженістю знаходиться низький рівень (його діагностовано лише у 44,5 %), що свідчить про розуміння і виділення дитиною ресурсів, в тому числі й особистісних, для подолання наслідків травматичної події та оптимістична орієнтація на довгострокове майбутнє. Високий рівень мають 7,9 % досліджуваних, що характеризує когнітивно-рефлексивний фон дитини як несприятливий для подолання наслідків травматичних подій. Оскільки діти не бачать ресурсів, ні зовні, ні в собі, для їхнього подолання. Вони песимістично налаштовані на майбутнє, яке схильні планувати виключно на короткий проміжок часу, а забарвлення його сюжету здебільшого негативне. Молодші школярі цього рівня мають складнощі в ідентифікації власних емоцій і почуттів, які переживають по відношенню до минулого травматичного досвіду та не можуть визначити ті, які є на цей час щодо нього.

За шкалою «Поведінкова реакція на травматичний досвід» у 57,7 % досліджуваних виявлено середній рівень вираженості показника. Водночас, у кожної дев'ятої дитини (10,9 %) діагностовано високий рівень, який свідчить, що молодші школярі мають низьку орієнтацію на подолання наслідків травматичної ситуації, відповідно, і готовність надавати і приймати зворотно емоційну підтримку у складних життєвих обставинах. Решта досліджуваних (31,4 %) мають низький рівень поведінкової реакції, що свідчить про готовність дитини до взаємодії із оточуючими для отримання допомоги у подоланні наслідків травматичного досвіду, а також, готовність надавати, за потреби, емоційну підтримку у складних ситуаціях найближчому оточенню.

Аналізуючи результати бесіди, виявлено, що менше половини досліджуваних (42,2 % молодших школярів) мають низький рівень

травматичного досвіду, що виражається у відсутності повернення до його переживання та фіксації на позитивних аспектах сьогодення, а не на негативних. Середній рівень виявлено у 34,8 % молодших школярів, в яких переважає змішана динаміка переживання травматичних подій, вони їх можуть час від часу згадувати, але намагаються використовувати наявні ресурси для подолання негативних наслідків. Кожен п'ятий молодший школяр (23 %) має високий рівень, для якого характерна значна травматизація, фіксація на негативі поточного стану, часте згадування травматичної події та нерозуміння своїх відчуттів, поведінки і можливих ресурсів, пов'язаних із нею. Такі діти відчують емоційний та психологічний дискомфорт і потребують підтримки та формування навичок емоційної саморегуляції тощо.

За результатами шкали впливу життєвих подій опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), встановлено, що більшість молодших школярів (79,1 %) мають низький рівень безпосереднього досвіду, пов'язаного із війною та, приблизно, у кожній шостій дитині (17,2 %) діагностовано середній рівень впливу життєвих подій пов'язаних із війною та 3,7 % мають високий рівень.

Результати описових статистик відповідно до трьох рівнів за наповненістю шкали впливу життєвих подій наведено у табл. 2.10.

Установлено, що молодші школярі з низьким рівнем вираженості впливу життєвих подій, пов'язаних із війною, або ж не мали досвіду покидання власного будинку/квартири, споглядання поранених, солдатів або осіб, які борються, не мали періодів без їжі/води чи сильної фізичної втоми, важкої подорожі до місця безпеки, втрати будинку через влучання вибухових пристроїв тощо, або ж мали, але за оцінкою не травматичний. Водночас, досвід переживання розставання, прощання на невизначений термін із рідними/друзями, звуки вибухів/пострілів, налякані і стурбовані оточуючі були більш травматичними для молодших школярів і оцінювалися як дещо складні.

Таблиця 2.10

**Показники переживання травмівного досвіду за шкалою впливу
життєвих подій, пов'язаних із війною, залежно від рівня його
вираженості**

Рівні	Низький			Середній			Високий		
Описові статистики	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана
Досвід									
Довелося покинути свій будинок	1,79	1,147	1,00	4,76	,990	5,00	5,65	0,493	6,00
Будинок пошкоджено / зруйновано	1,09	0,442	1,00	1,89	1,536	1,00	3,71	1,896	5,00
Чула вибухи / постріли	2,71	1,455	3,00	5,10	1,020	5,00	5,53	0,624	6,00
Бачила солдатів	1,52	0,919	1,00	2,56	1,708	2,00	5,18	1,185	5,00
Бачила поранених	1,11	,526	1,00	1,61	1,181	1,00	3,53	2,095	5,00
Бачила людей наляканими / стурбованими	2,87	1,258	3,00	4,82	0,971	5,00	5,53	0,514	6,00
Не було де жити	1,07	0,380	1,00	1,99	1,523	1,00	5,35	0,493	5,00
Важка подорож до місця безпеки	1,63	1,069	1,00	4,59	1,246	1,00	5,35	0,862	5,00
Були періоди без їжі / води та фізична втома	1,25	0,659	1,00	2,58	1,246	3,00	4,94	0,899	6,00
Розставання із рідними / друзями	2,07	1,314	1,00	4,65	1,144	5,00	5,53	0,514	6,00

Для молодших школярів із середнім рівнем вираженості впливу життєвих подій найбільш травматичний був досвід, пов'язаний зі звуками вибухів/пострілів, споглядання наляканих, збентежених людей, вимушеного покидання свого будинку, розставання/прощання із рідними та друзями, важка подорож до безпечного місця. Отриманий досвід за переліченими подіями дітьми був оцінений за середніми значеннями та показниками медіани в діапазоні як «помітно складний» та «дуже складний». Водночас, досвід

переживання подій таких як: пошкодження або руйнування будинку, поранені люди на вулицях, досвід браку житла був відсутній або ж оцінювався як зовсім не складний для дитини. Досвід зустрічі із солдатами або ж людьми, які чинили опір, фізичної втоми, періодів без їжі і води є дещо складним для переживання дитиною середнього рівня впливу життєвих подій.

Для молодших школярів із високим рівнем вираженості впливу життєвих подій (3,7 %) найбільш травматичними і складними були такі події: досвід вимушеного залишення свого житла, звуки вибухів і пострілів, налякані і стурбовані люди, прощання на невизначений термін із рідними і друзями, важка подорож до безпечного місця, відсутність житла, періоди без їжі і води, відчуття фізичної втоми. Такі події як: пошкоджене або ж зруйноване житло, поранені люди мають менші показники в межах високого рівня, але також виражені у діапазоні переживання події до «помітно складно». Зазначені відмінності за рівнями є статистично значущими на рівні $p < 0,001$ (Додаток М).

Отже, якщо узагальнити отримані результати за показниками когнітивно-рефлексивної сфери, то у більшості молодших школярів (55,8 %) переважає середній рівень, для якого характерна помірна вираженість розуміння власних емоцій і почуттів, повернення до травматичної події є, воно відбувається у різних формах (фантазіях, снах, пригадуванні тощо), або ж у якійсь одній конкретній, яка є більш вираженою; дитина орієнтується на майбутнє, але не схильна планувати його на довготривалу перспективу; може проявляти активність з метою подолання наслідків травматичної ситуації та визначати всі можливі вектори ситуації (як негативні, так і позитивні). У 29,7 % досліджуваних виявлено низький рівень вираженості показника, що свідчить про відсутність частого повернення до травматичного досвіду у снах, фантазіях. Йдеться про досить позитивну орієнтацію, що виражається у схильності мріяти, орієнтуватися на майбутнє, прагнення зрозуміти свої емоції і почуття щодо ситуації, готовності отримувати і надавати емоційну підтримку іншим та усвідомлювати ресурси для подолання складної ситуації конструктивно тощо.

У 14,5 % молодших школярів високий рівень прояву негативних травмівних переживань, їх усвідомлення та розуміння у межах когнітивно-рефлексивної сфери. Такі молодші школярі схильні повертатися до подій, що мають травмівний характер, мало мріють, песимістично уявляють себе в найближчому майбутньому, не виокремлюють в собі особистісні якості, які можуть допомогти впоратися із складною ситуацією, погано розуміють свої емоції і почуття, схильні пригнічувати власні емоційні реакції, не схильні проявляти активність з метою подолання негативних наслідків травматичної ситуації та прийняття і інтеграції травматичного досвіду у своє життя. Не зважаючи на те, що відсотковий показник високого рівня є найменш вираженим серед трьох, у розподілі вибірки це свідчить, що кожна сьома дитина, яка взяла участь у дослідженні має негативні прояви травмівних переживань в межах когнітивно-рефлексивної сфери.

У межах вивчення емоційно-афективної сфери трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку за результатами шкали тривожності методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор З. Карпенко) виявлено такі дані (рис. 2.3).

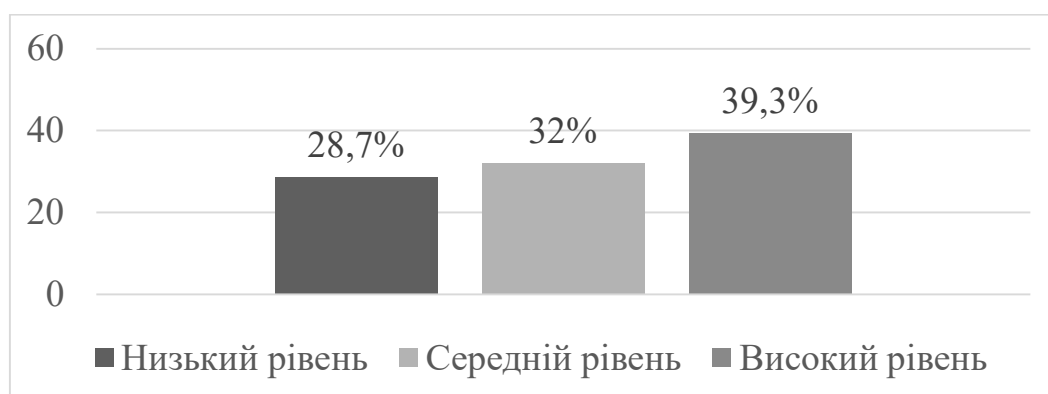


Рис. 2.3 Відсоткові показники вираженості тривожності молодших школярів

Більшість дітей молодшого шкільного віку (39,3 %) мають високий рівень тривожності. Наступний за відсотковою представленістю є середній рівень (32 %) та низький рівень виявлено у 28,7 % дітей. Тобто, більшість

молодших школярів досить тривалий проміжок часу перебувають у тривожному стані через ситуації невизначеності, напруги і стресу, переживають емоційне хвилювання, що може мати негативні наслідки для особистості дитини.

Ці показники підтверджуються і доповнюються даними шкали «Тривожні/нав'язливі думки» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя). Високий рівень тривожних/нав'язливих думок, пов'язаних із війною, діагностовано у 11,2 % молодших школярів, у 54,4 % переважає середній рівень та низький – лише у 34,3 % досліджуваних. Подібні результати за показниками вираженості представлені у дослідженнях і інших науковців. Зокрема, Л. Котлова, І. Долінчук, І. Ільющенко, в ході емпіричних пошуків виявили, що серед дітей юнацького віку переважає середній рівень тривожності, далі за рівнем вираженості є низький та найменш вираженим є високий (Котлова, Долінчук, & Ільющенко, 2023: 66).

За результатами проєктивної методики «Безпечне місце» (Л. Хей) визначено, що для 16,6 % молодших школярів характерні переживання та негативні емоції (зосередженість на них), пов'язані із травматичною подією, нездатність бачити/знаходити позитив у поточній ситуації «тут і тепер». Водночас, для 40,6 % дітей є властиві зворотні прояви – відсутність або ж низька вираженість орієнтованості на травматичну подію, позитивне налаштування і бачення майбутнього тощо. Для більшості дітей (42,8 %) характерний середній рівень переживань, зумовлених травматичною ситуацією.

Таким чином, якщо узагальнити отримані дані за показниками емоційно-афективної сфери, то бачимо, що найменш вираженим є високий рівень, однак, його виявлено у кожного сьомого досліджуваного (14,7 %). Для цих дітей характерна висока тривожність і напруга, пов'язані зі страхом дитини, що щось піде не за планом, страхом втрати домівки, батьків, боязнь прощатися із кимось, адже це сприймається як крайня зустріч тощо. На другому місці за

відсотковим показником знаходиться низький рівень, його діагностовано лише у 27,9 % молодших школярів. Для них властиві низький рівень тривожних/ нав'язливих думок, як реакції на стрес, пов'язаної із війною. Вони не бояться залишатися наодинці, мають позитивну орієнтацію на майбутнє. Більше половини досліджуваних мають середній рівень (57,4 %) емоційно-афективної сфери, для якого характерна помірність у прояві тривожності і напруженості щодо травматичної ситуації, емпатійності та оптимістичної спрямованості на майбутнє, який також, за необхідності, потребує уваги та допомоги з боку фахівців (Шарон Максимов, 2025).

Отже, у значної кількості молодших школярів йдеться про стабільний психоемоційний стан, але, разом із тим, є діти, які мають нижчі прояви емоційної стійкості та потребують додаткової психологічної підтримки для подолання тривог і страхів, в яких діагностовано як високий рівень, так і середній.

У межах вивчення мотиваційно-поведінкової сфери переживань дітей молодшого шкільного віку за результатами шкали агресивності методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор З. Карпенко) виявлено такі дані (рис. 2.4).

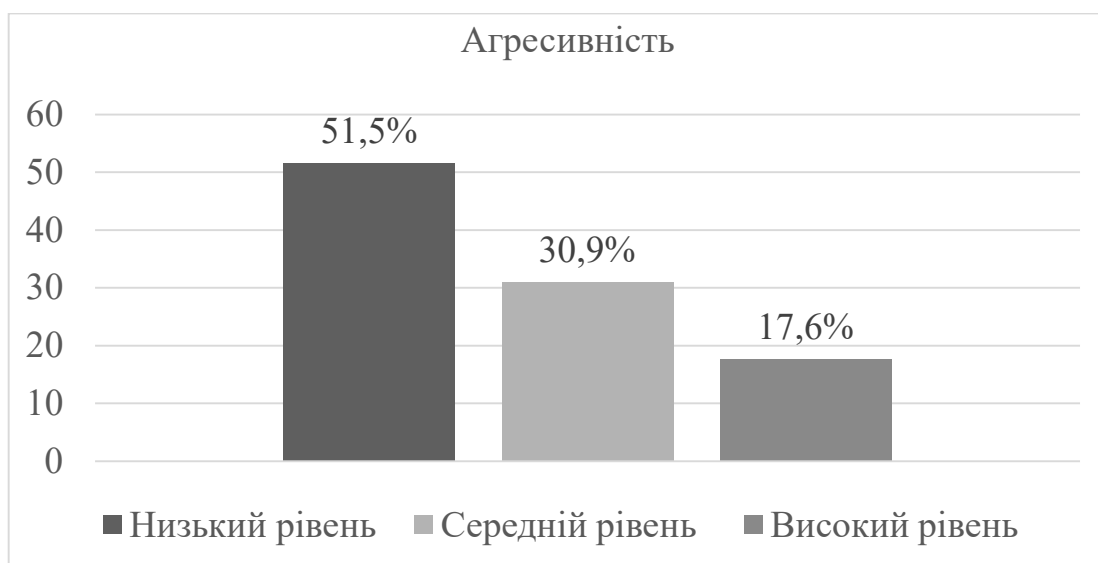


Рис. 2.4 Відсоткові показники вираженості агресивності молодших школярів

Найбільш представлений серед молодших школярів низький рівень агресивності (51,5 % досліджуваних), 30,9 % мають середній рівень та у 17,6 % виявлено високий рівень агресивності.

Подібні результати підтверджуються даними за шкалою «Агресивна поведінка» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя). За її результатами встановлено, що розподіл за рівнями вираженості є ідентичним, як і у попередньому варіанті. Найбільш вираженим є низький рівень, його виявлено у 58,8 % досліджуваних, у 37,8 % діагностовано середній рівень та 3,4 % молодших школярів мають високий рівень.

За результатами шкали «Самотність» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, що пов'язаний із війною, встановлено, що лише близько половини (59,5 %) молодших школярів мають низький рівень її вираженості, 35,1 % – середній та 5,4 % досліджуваних – високий рівень самотності. Отримані результати свідчать про те, що молодші школярі відчують підтримку, присутність та включеність у їхнє життя, проблеми найближчого соціального оточення (батьків, друзів тощо). Однак, кожна вісімнадцята дитина має стійке відчуття дефіциту присутності інших у своєму житті та кожна третя іноді відчуває самотність і потребу в оточуючих.

Спостереження за поведінкою дитини, що спрямоване на оцінку мотиваційно-поведінкових реакцій на травмівний досвід, дозволило встановити, що 49,8 % молодших школярів мають відсутній або ж низький рівень нав'язливих думок і переживань пов'язаних із травматичною ситуацією, здатністю до стабілізації і саморегуляції власного емоційного стану і поведінки. Помірна активність на шляху до пошуку стратегій виходу із травматичних ситуацій, здатність до контролю проявів агресії діагностована лише у 40,1 % молодших школярів. Але для 10,1 % досліджуваних характерна поведінка, що повністю контролюється травматичною ситуацією та зумовлюється нею. Молодший школяр переносить елементи ситуації у більшість сюжетів

повсякденного життя (ігрову діяльність, творчість тощо), він не може сам стабілізувати свій емоційний стан, а також приймати і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях, адже власний психоемоційний стан і стан іншого не усвідомлюється і не розпізнається.

У результаті спостереження за міжособистісною взаємодією молодших школярів з дорослими та однолітками виявлено, що більшість дітей (57,9 %) прагнуть до взаємодії з оточуючими (з однолітками та рідними), вони відчують включеність у процес спілкування та особисту потребу і важливість для оточуючих осіб. У 30,3 % молодших школярів спостерігається помірне прагнення та оцінка наявної взаємодії із соціальним оточенням. Та меншість досліджуваних дітей молодшого шкільного віку (11,8 %) мають виражену низьку міжособистісну взаємодію, якій притаманне переживання самотності, відсутність екологічного кола спілкування, відчуття непотрібності і байдужості з боку оточуючих і найближчого соціального оточення (батьків, рідних) тощо. Це свідчить про те, що дітям не вистачає спілкування, контакту та підтримки оточуючих.

Отже, якщо узагальнити отримані результати за показниками мотиваційно-поведінкової сфери, то лише приблизно у половини молодших школярів (54,2 %) виявлено низький рівень мотиваційно-поведінкової сфери травмівних переживань, для якого характерний контроль власних поведінкових проявів, в тому числі агресивних, саморегуляція і стабілізація свого емоційного стану, орієнтація на позитивні моменти поточної ситуації. Середній рівень мотиваційно-поведінкової сфери трансформації переживань виявлено у 41 % молодших школярів. Це свідчить про помірний контроль над своїми поведінковими реакціями, зокрема, деструктивними, наявність соціальних зв'язків, але не надмірна орієнтація на взаємодію з оточуючими тощо. Водночас, серед 4,8 % досліджуваних переважає високий рівень негативних проявів мотиваційно-поведінкової сфери трансформації переживань, для якого характерні злість, агресивність, прояви фізичної та

вербальної агресії по відношенню до інших, нездатність розуміння та стабілізації власного емоційного стану, а також, пасивністю у пошуку шляхів виходу із травматичних ситуацій.

У межах вивчення фізично-соматичної сфери трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, що досліджувалася за допомогою шкали «Фізичне самопочуття» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною, отримано результати, наведені у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

**Показники фізично-соматичної сфери переживань молодших школярів
(описові статистики)**

Рівні вираженості (кількість досліджуваних у %)			Середнє значення	Мода
Низький	Середній	Високий		
59,4 %	38,1 %	2,5 %	20,08	20

У понад половини молодших школярів (59,4 %) низький рівень фізично-соматичної сфери травмівних переживань. Для них характерна відсутність або ж мінімальне вираження впливу травматичної події на фізичний стан особистості дитини.

У 38,1 % досліджуваних середній рівень (це приблизно кожна третя дитина), для якого властива наявність впливу травматичної події на фізичний стан і самопочуття дитини, але він проявляється в межах конкретної локалізації (біль частини тіла, проблеми зі сном, проблеми із харчуванням тощо), або ж, проявляється з меншою вираженістю у всіх можливих напрямках. Високий рівень фізично-соматичної сфери виявлено у 2,5 % досліджуваних молодших школярів, що проявляється у порушенні якості сну (переривання сну через часте пробудження, надмірно довгий сон, неможливість/боязнь заснути на одинці тощо), проявах енурезу або енкопрезу, відчутті фізичного болю із локалізацією в тілі, втомлюваності та відчутті голоду.

У цілому, в значній частини молодших школярів не виявлено серйозних фізичних порушень, однак діти, в яких діагностовано середній та високий рівні фізично-соматичної сфери травмівних переживань, потребують додаткової уваги щодо самопочуття та здоров'я. Адже мають погіршення роботи різних систем організму у зв'язку із пережитим травматичним досвідом.

Подібні дослідження щодо зв'язку фізичного стану та досвіду переживання стресу проводилися М. Hochheimer, J. Ellis, B. Maher, & J. Strickland (2024). У результаті було виявлено, що чим сильніший був стрес та травмівні події, тим виразніше спостерігалися прояви безсоння у досліджуваних. Отже, підтвердилось припущення про те, що пережитий стрес пов'язаний із фізичними характеристиками людини.

2.3 Соціально-демографічні особливості травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку

Після опрацювання загальних результатів за показниками сфер трансформації переживань здійснено порівняльний аналіз особливостей травмівних переживань молодших школярів залежно від їхніх статевих та соціально-демографічних (вік, статус, заклад отримання освіти, кількість дітей у сім'ї) характеристик за кожною зі сфер.

Результати порівняння показників когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку залежно від статі представлені в таблиці 2.12.

Встановлено статистично значущі відмінності між хлопцями та дівчатами молодшого шкільного віку за шкалами: усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів ($U = 23206$; $p = 0,042$) та поведінкова реакція на травму ($U = 21225$; $p < 0,001$), на травматичний досвід. Отримані результати свідчать про те, що дівчата більше орієнтуються на майбутнє, його планування, визначення ресурсів, шляхів подолання складних життєвих ситуацій та готовність діяти і працювати для цього, порівняно із хлопцями. На рівні

тенденції виявлено відмінність залежно від статі за результатами бесіди, спрямованої на діагностику особливостей травматичного досвіду ($U = 23505$; $p = 0,059$). Хлопці схильні більше фіксуватися на негативних моментах поточної ситуації, частіше згадують травматичні події, не можуть чітко ідентифікувати власні емоції щодо ситуації та чітко визначити можливі шляхи подолання складних обставин. Показники розміру ефекту (r -бісеріальна) відповідають малій та середній силі ефекту ($r =$ від 0,1 до 0,5).

Таблиця 2.12

**Порівняння показників когнітивно-рефлексивної сфери трансформації
травмівних переживань за критерієм статі**

Стать	Описові статистики	Опитувальник «Спогади про травматичну подію»			Особливості травматичного досвіду, розуміння власних емоцій і почуттів дитиною (за результатами бесіди)	Шкала впливу життєвих подій
		Повернення до травматичного досвіду	Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	Поведінкова реакція на травматичний досвід		
Дівчата	Середнє	14,56	12,58	7,39	9,19	22,18
	Медіана	15,00	12,00	7,00	9,00	19,50
	Ст. відхил.	4,079	2,989	2,068	3,407	10,467
Хлопці	Середнє	14,08	13,11	8,07	9,72	20,64
	Медіана	15,00	13,00	8,00	10,00	18,00
	Ст. відхил.	4,330	2,861	2,112	3,219	9,410
Рівень значущості (P)		0,272	0,042	<0,001	0,059	0,130

За шкалою «Повернення до травматичного досвіду» ($U = 24609$; $p = 0,272$); «Вплив життєвих подій» ($U = 24020$; $p = 0,130$) та загальним показником когнітивно-рефлексивної сфери ($U = 25177$; $p = 0,533$) статистично значущих відмінностей залежно від статі виявлено не було ($p \geq 0,05$).

За допомогою критерію Крускала-Уолліса H встановлено особливості показників когнітивно-рефлексивної сфери серед молодших школярів різного віку (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Показники порівняння характеристик когнітивно-рефлексивної сфери
залежно від віку молодших школярів**

Методи	Шкали	χ^2	P
Опитувальник «Спогади про травматичну подію»	Повернення до травматичного досвіду	17,3	0,004
	Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	47,5	< 0,001
	Поведінкова реакція на травматичний досвід	18,4	0,003
Шкала впливу життєвих подій		10,6	0,061
Особливості травматичного досвіду, розуміння власних емоцій і почуттів дитиною (за результатами бесіди)		10,0	0,076

Особливості спогадів про травматичну ситуацію, а саме: повернення до травматичного досвіду ($p = 0,004$), усвідомлення та розуміння власних емоцій і почуттів ($p < 0,001$) та поведінкова реакція на травматичний досвід ($p = 0,003$) різняться залежно від віку молодших школярів.

У результаті попарного порівняння Двасс-Стіл-Крічлоу-Флігнер (DSCF) виявлено зумовленість відмінності між віковими групами (див рис. 2.5).

За шкалою «Повернення до травматичного досвіду» значуща різниця виявлена між групами молодших підлітків віком: шість та дев'ять років ($W = 4,627$; $p = 0,014$) та на рівні тенденції – сім та дев'ять років ($W = 3,926$; $p = 0,061$).

Це свідчить про те, що найменші діти молодшого шкільного віку (шести та семи років) мають нижчі показники повернення до травматичного досвіду порівняно з дітьми дев'яти років. Водночас, встановлено, що із збільшенням віку молодших школярів підвищується показник повернення до травматичного досвіду (але між іншими віковими групами відмінності не є статистично значущими).

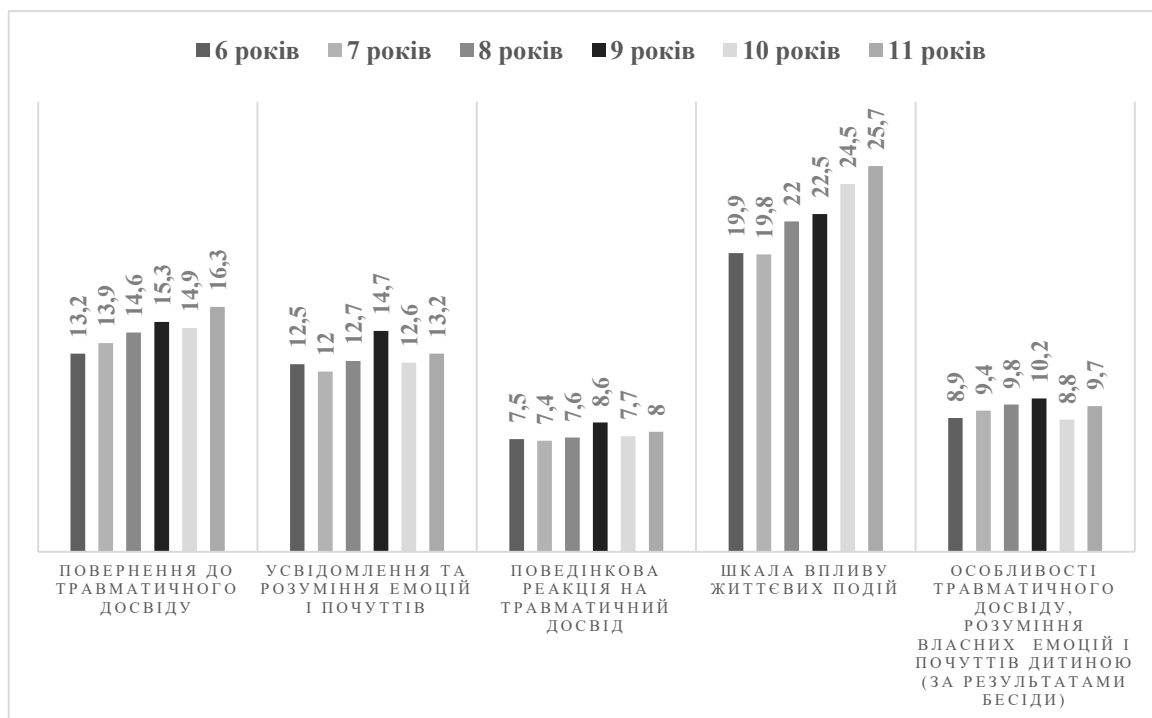


Рис. 2.5 Показники порівняльного аналізу середніх значень когнітивно-рефлексивної сфери переживання травми залежно від віку молодших школярів

Зокрема, згідно із критерієм Крускала-Уолліса Н у межах цієї шкали значущі відмінності залежно від віку є за частотою повернення до травматичного досвіду у своїх фантазіях ($\chi^2 = 13,6$; $p = 0,018$), частоті згадування подій ($\chi^2 = 11,55$; $p = 0,041$) та бачення травматичної події у різні часові проміжки: минулому ($\chi^2 = 13,7$; $p = 0,018$), теперішньому ($\chi^2 = 22,6$; $p < 0,001$) і майбутньому ($\chi^2 = 30,3$; $p < 0,001$).

Молодші школярі шести років рідше у своїх фантазіях повертаються до травматичної події порівняно із десятирічними ($W = 4,0234$; $p = 0,051$). Водночас, вони рідше бачать травматичну подію у минулому ($W = 4,510$; $p = 0,018$), теперішньому ($W = 5,336$; $p = 0,002$), майбутньому ($W = 6,4027$; $p < 0,001$), порівняно із дев'ятирічними, а також у майбутньому ($W = 4,1509$; $p = 0,039$) порівняно із одинадцятирічними. Молодші школярі семи років порівняно із

дев'ятирічними мають нижчі показники бачення травматичної події у теперішньому ($W = 5,074$; $p = 0,005$) та майбутньому ($W = 5,7722$; $p < 0,001$).

Виявлено значущі відмінності за шкалою «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» у молодших школярів віком: шести та дев'яти років ($W = 7,082$; $p < 0,001$); семи та дев'яти років ($W = 9,480$; $p < 0,001$); восьми та дев'яти років ($W = 6,118$; $p < 0,001$) та дев'яти і десяти років ($W = -5,180$; $p = 0,003$). Це свідчить про те, що прояв емоційних реакцій на травму у дітей дев'яти років є вищим порівняно із дітьми інших груп молодшого шкільного віку. Окрім одинадцяти років, де показники є нижчими, але різниця не є статистично значущою.

За критерієм Крускала-Уолліса H в межах цієї шкали значущі відмінності залежно від віку є за наявністю мрій ($\chi^2 = 32,20$; $p < 0,001$), їхньою забарвленістю ($\chi^2 = 39,09$; $p < 0,001$), спрямованістю уявлень про себе в найближчому майбутньому ($\chi^2 = 46,83$; $p < 0,001$), зорієнтованістю на майбутнє ($\chi^2 = 19,93$; $p = 0,001$), розумінням своїх емоцій і почуттів, які дитина переживала у минулому ($\chi^2 = 16,40$; $p = 0,006$) та які переживає зараз ($\chi^2 = 24,92$; $p < 0,001$).

Діти молодшого шкільного віку шести, семи та восьми років порівняно із дев'ятирічними більше мріють ($W = -5,6896$; $p < 0,001$; $W = -6,0482$; $p < 0,001$; $W = -4,3720$; $p = 0,024$), більш позитивно уявляють себе в найближчому майбутньому ($W = -7,947$; $p < 0,001$; $W = -8,473$; $p < 0,001$; $W = -5,675$; $p < 0,001$), забарвленість їхніх мрій позитивна ($W = -7,682$; $p < 0,001$; $W = -6,246$; $p < 0,001$; $W = -5,049$; $p = 0,005$), вони розуміють ті емоції, які переживають зараз ($W = -6,0352$; $p < 0,001$; $W = -5,5331$; $p < 0,001$; $W = -4,0730$; $p = 0,046$), більше замислюються над тим, як можна вийти зі складної ситуації (подолати її) ($W = -5,2981$; $p = 0,002$; $W = -7,6715$; $p < 0,001$; $W = -4,7941$; $p = 0,009$). Діти семи років схильні орієнтуватися на далеке майбутнє ($W = -6,1929$; $p < 0,001$) та більше розуміють свої емоції, які переживали у минулому ($W = -5,0261$; $p = 0,005$). Молодші школярі десяти років порівняно із дев'ятирічними краще розуміють свої

емоції зараз ($W = 4,4487$; $p = 0,021$), які переживали у минулому ($W = 4,0476$; $p = 0,048$) та замислюються над можливими шляхами виходу зі складної ситуації ($W = 5,5629$; $p = 0,001$).

За шкалою «Поведінкова реакція на травматичну подію» значущі відмінності виявлено між віковими групами дітей: шести та дев'яти років ($W = -4,9244$; $p = 0,007$); семи та дев'яти років ($W = 5,6649$; $p < 0,001$); восьми та дев'яти років ($W = 3,9463$; $p = 0,059$). Також, діти віком дев'ять років мають нижчі показники поведінкових реакцій на травматичну подію.

Згідно із критерієм Крускала-Уолліса H в межах цієї шкали значущі відмінності залежно від віку є за готовністю приймати ($\chi^2 = 16,36$; $p = 0,006$) і надавати ($\chi^2 = 15,63$; $p = 0,008$) емоційну підтримку у складних ситуаціях та активністю у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації ($\chi^2 = 19,07$; $p = 0,002$). Діти шести та семи років мають нижчу готовність приймати ($W = -4,584$; $p = 0,015$; $W = -5,394$; $p = 0,002$) та надавати емоційну підтримку порівняно із старшими дітьми (дев'яти років). Для яких характерний вищий прояв активності у спробі подолання негативних наслідків травматичної ситуації порівняно із шестирічними ($W = -5,5364$; $p = 0,001$) та семирічними ($W = -5,6268$; $p < 0,001$).

За шкалою «Вплив життєвих подій» значущих відмінностей за віком встановлено не було ($p \geq 0,05$).

За показниками бесіди, спрямованої на дослідження особливостей травматичного досвіду, значуща відмінність встановлена між молодшими школярами шести та дев'яти років ($W = 4,071$; $p = 0,046$). Зокрема, це стосується таких особливостей травматичного досвіду, як: нездатність чітко визначати свої емоції і почуття ($\chi^2 = 14,05$; $p = 0,015$) та труднощі у визначенні власного найближчого майбутнього ($\chi^2 = 11,65$; $p = 0,040$). Молодші школярі дев'яти років мають вищі показники вираженості означених труднощів порівняно із шестирічними (Шарон Максимов, 2024).

Залежно від кількості дітей у сім'ях молодших школярів в межах когнітивно-рефлексивної сфери виявлено значущі відмінності за шкалами впливу життєвих подій ($\chi^2 = 8,55$; $p = 0,014$) та повернення до травматичного досвіду ($\chi^2 = 9,52$; $p = 0,009$). У сім'ях, в яких виховується три і більше дітей (середнє значення = 19,16) нижчі показники впливу життєвих подій порівняно із сім'ями з однією дитиною (середнє значення = 22,01; $W = -3,561$; $p = 0,032$) та двома (середнє значення = 21,51; $W = -3,986$; $p = 0,013$). Зокрема, молодші школярі, у сім'ях яких виховується дві дитини, мають вищі показники досвіду прощання із рідними і друзями на невизначений термін порівняно із дітьми із багатодітних сімей (де виховується три і більше дітей) ($W = -3,315$; $p = 0,050$). Які, в свою чергу, мають, також, менший досвід перебування в зоні, де лунали вибухи і постріли, порівняно із молодшими школярами із сімей із однією дитиною ($W = -3,92$; $p = 0,015$). Також показники повернення до травматичного досвіду є вищими у молодших школярів, які виховуються у сім'ях, де вони є єдиною дитиною порівняно із багатодітними родинami ($W = -3,92$; $p = 0,015$).

Виявлено статистично значущі відмінності залежно від статусу переміщення дитини з початку повномасштабного вторгнення ($p \leq 0,05$).

У межах попарного порівняння показників, отриманих у результаті бесіди, спрямованої на виявлення особливостей травматичного досвіду, отримано дані, що наведені у табл. 2.14.

Діти, які повернулися додому, мають нижчі показники фіксації на негативних моментах поточної ситуації та нерозуміння власних дій і ресурсів у складній ситуації та неспроможність подолати її конструктивно порівняно із молодшими школярами, які не переміщалися ($W = -4,405$; $p = 0,010$; $W = -4,712$; $p = 0,005$) та внутрішньо переміщеними ($W = 5,329$; $p < 0,001$). У них фіксація на негативі та неспроможність конструктивного подолання складної ситуації є значно вищою.

Таблиця 2.14

**Порівняльний аналіз показників середніх значень за результатами
бесіди, спрямованої на виявлення особливостей травматичного досвіду
залежно від статусу переміщення дитини**

Питання бесіди	Переміщень не було	Повернулися додому	ВПО	ЗПО
Нездатність чітко визначити свої емоції	2,04	1,88	2,21	2,45
Фіксація на негативних моментах поточної ситуації	1,93	1,66	2,00	2,18
Труднощі у визначенні власного найближчого і відтермінованого майбутнього, негативна забарвленість сюжету подій	1,87	1,69	1,96	2,18
Часте згадування травматичної події без належного осмислення її та інтерпретації	1,71	1,54	1,80	2,18
Нерозуміння власних дій і ресурсів у складній ситуації та неспроможність подолати її конструктивно	2,04	1,74	2,18	2,27

Примітки: ВПО – внутрішньо переміщені особи; ЗПО – зовнішньо переміщені особи (переїхали закордон)

Діти, які виїхали за кордон з моменту повномасштабного вторгнення (ЗПО), частіше згадують травматичні події без належного осмислення та інтерпретації травматичного досвіду в своєму житті, порівняно із дітьми молодшого шкільного віку, які повернулися додому ($W = 3,877$; $p = 0,031$).

У результаті аналізу показників опитувальника «Спогади про травматичну подію» виявлено відмінності залежно від статусу переміщення молодших школярів (повернення до травматичного досвіду – $\chi^2 = 26,64$; $p < 0,001$; усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів – $\chi^2 = 11,58$; $p = 0,009$). Так, у межах

шкали «Повернення до травматичного досвіду» встановлено, що дітям, які мають статус внутрішньо переміщених осіб порівняно із дітьми, які не покидали власні домівки та повернулися додому, характерні: часте повернення до травматичної події у фантазіях ($W = 7,020$; $p < 0,001$; $W = 4,332$; $p = 0,015$), сновидіння із сюжетом навколо травматичної події ($W = 6,139$; $p < 0,001$; $W = 4,567$; $p = 0,007$), дитина частіше бачить травматичну подію незалежно від проміжку часу: минуле ($W = 5,666$; $p < 0,001$; $W = 4,325$; $p = 0,012$); теперішнє ($W = 4,3040$; $p = 0,013$; $W = 4,3474$; $p = 0,011$); майбутнє ($W = 4,050$; $p = 0,022$; $W = 4,710$; $p = 0,005$). Також, вони частіше згадують травматичні події порівняно із молодшими школярами, які не переміщувалися ($W = 5,4702$; $p < 0,001$).

У межах шкали «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» виявлено, що діти, які повернулися додому, більше мріють порівняно із внутрішньо переміщеними ($W = -4,088$; $p = 0,020$). Для них ($W = -3,952$; $p = 0,027$), як і для дітей, які не переміщувалися ($W = -3,939$; $p = 0,027$), характерне більш позитивне бачення себе у найближчому майбутньому порівняно із внутрішньо переміщеними.

Молодші школярі, які повернулися додому, далі по часу зазирають у своє майбутнє, порівняно з тими, хто не виїжджав ($W = 4,324$; $p = 0,012$). Діти, які виїхали за кордон (ЗПО), мають нижчі показники розуміння та ідентифікації власних емоцій і почуттів, які вони переживали в минулому у складних ситуаціях, порівняно із дітьми, які не переміщалися ($W = -3,900$; $p = 0,030$) та які повернулися додому ($W = -4,161$; $p = 0,017$).

Таким чином, за результатами аналізу бачимо, що діти молодшого шкільного віку, які не мали переміщень із моменту повномасштабного вторгнення або ж повернулися додому на момент проведення дослідження після переміщення мають нижчі показники когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань порівняно із внутрішньо переміщеними та зовнішньо переміщеними дітьми. Це може бути пов'язано із швидшою адаптацією перших до умов ситуації, оскільки зовнішнє середовище і оточення залишилися незмінними.

Розглянемо результати за шкалою «Вплив життєвих подій» ($\chi^2 = 227,64$; $p < 0,001$) (рис. 2.6).

Найвищі показники за всіма твердженнями шкали у внутрішньо переміщених дітей та найнижчі показники у молодших школярів, які не покидали своїх домівок з моменту повномасштабного вторгнення за досвідом і складністю його переживання: покидання будинку, перебування у важкій подорожі до місця безпеки та прощання із рідними і друзями. Це цілком очевидні результати, адже весь зазначений досвід стосується прямо процесу переміщення, досвіду якого у цих дітей не було. Діти, які вимушено покинули будинок і переїхали закордон (ЗПО), мають найнижчі показники за досвідом переживання: бачили поранених, будинок було пошкоджено або зруйновано та не було де жити.

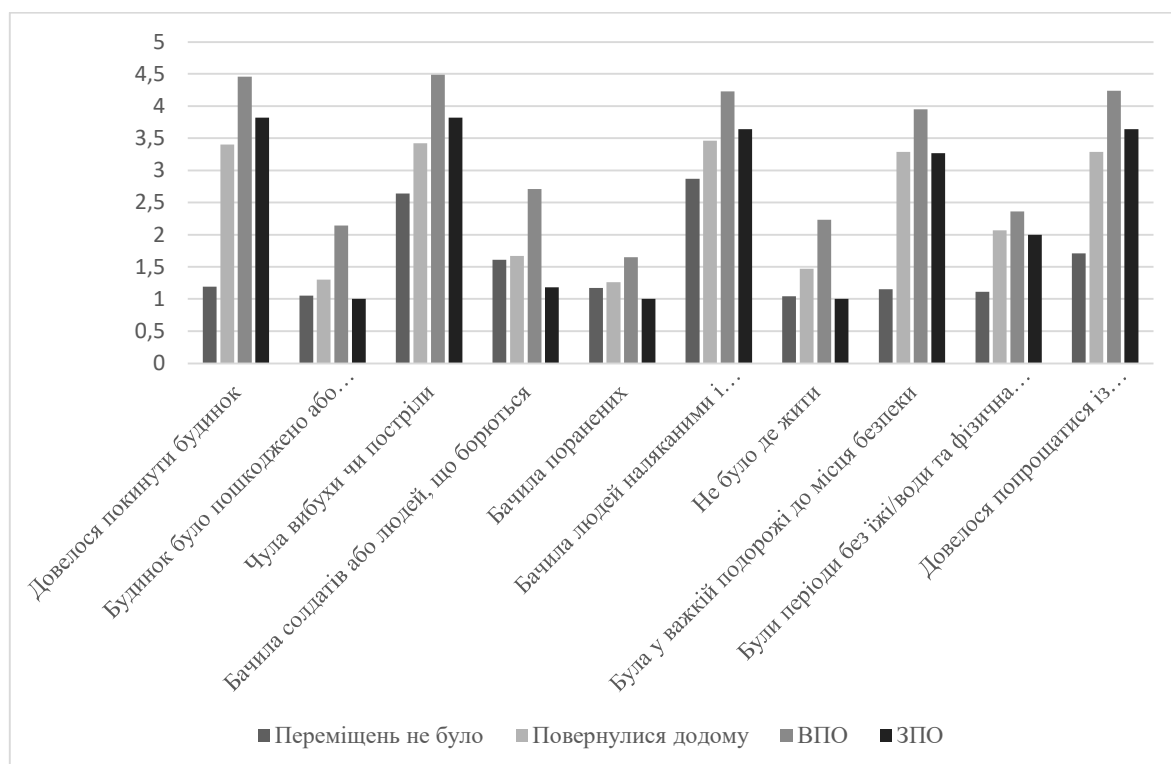


Рис. 2.6 Порівняльний аналіз показників середніх значень за шкалою «Вплив життєвих подій» залежно від досвіду переміщення молодших школярів з моменту повномасштабного вторгнення

Щодо статистично значущих відмінностей серед чотирьох груп дітей із різним статусом переміщення, їх виявлено за досвідом необхідності покинути свій будинок та необхідністю прощатися із рідними і друзями між дітьми, які не переміщалися та тими, які повернулися додому ($W = 22,28$; $p < 0,001$; $W = 14,22$; $p < ,001$); внутрішньо переміщеними ($W = 22,94$; $p < 0,001$; $W = 16,48$; $p < 0,001$) та зовнішньо переміщеними ($W = 13,37$; $p < 0,001$; $W = 6,05$; $p < 0,001$). А також, молодшими школярами, які повернулися додому і внутрішньо переміщеними ($W = 7,95$; $p < 0,001$; $W = 6,50$; $p < 0,001$).

За досвідом і впливом на дитину пошкодження чи руйнування свого будинку, сприймання звуків війни (вибухи і постріли), споглядання дуже стурбованих і наляканих людей, ситуацій, коли дитині не було де жити, відмінності є між групами молодших школярів, які не переміщалися та повернулися додому ($W = 6,802$; $p < 0,001$; $6,14$; $p < 0,001$; $W = 5,586$; $p < 0,001$; $W = 7,494$; $p < 0,001$); не переміщалися та внутрішньо переміщеними ($W = 12,436$; $p < 0,001$; $W = 11,99$; $p < 0,001$; $W = 9,911$; $p < 0,001$; $W = 12,466$; $p < 0,001$); повернулися додому та внутрішньо переміщеними ($W = 5,417$; $p < 0,001$; $W = 8,88$; $p < 0,001$; $W = 5,749$; $p < 0,001$; $W = 4,732$; $p = 0,005$).

Діти, які були внутрішньо переміщеними з початку повномасштабного вторгнення порівняно із молодшими школярами, які не мали переміщень та повернулися додому, мають вищі показники впливу досвіду дитини споглядання солдатів та/або людей, що борються ($W = 6,851$; $p < 0,001$; $W = 5,789$; $p < 0,001$). Також для них характерна відмінність порівняно із дітьми, які не покидали своїх домівок, за досвідом бачення поранених ($W = 5,14$; $p = 0,002$).

Діти, які не переміщалися, мають найменші показники порівняно із молодшими школярами, які повернулися додому, є внутрішньо переміщеними та зовнішньо переміщеними за наявністю досвіду та складністю переживання періоду без їжі та води ($W = 13,916$; $p < 0,001$; $W = 12,102$; $p < 0,001$; $W = 7,103$; $p < 0,001$), а також, перебування у важкій подорожі до місця безпеки ($W = 21,245$; $p < 0,001$; $W = 20,391$; $p < 0,001$; $W = 12,556$; $p < 0,001$).

За критерієм оцінки поточної ситуації діагностовано наступні особливості когнітивно-рефлексивної сфери переживань молодших школярів (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Показники (описові статистики) за шкалою впливу життєвих подій залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами

Оцінка поточної ситуації дитиною	Описові статистики		
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Медіана
Зосереджена лише на негативі	27,1***	13,4	24,00
Бачить як негативні, так і позитивні моменти	20,6***	8,87	19,00
Здатна бачити позитивні аспекти	18,7***	7,99	17,00

*Примітка: *** – значущість відмінностей на рівні $p < 0,001$*

Молодші школярі, які під час оцінки поточної ситуації зосереджені на негативних її аспектах, мають значущо вищі показники досвіду та складності переживань життєвих подій, пов'язаних із війною. Зокрема, результати значущо різняться між групами дітей, які зорієнтовані лише на негативних аспектах та які бачать, як негативні, так і позитивні моменти ($W = -5,22$; $p < 0,001$) і зорієнтовані на позитивні моменти ($W = -5,73$; $p < 0,001$). Водночас, значущих відмінностей не виявлено між групами дітей, які схильні бачити, як негатив, так і позитив та схильні до пошуку позитиву з огляду на ситуацію ($W = -2,67$; $p = 0,142$) (Додаток Н).

За показниками авторського опитувальника «Спогади про травматичну ситуацію» залежно від оцінки поточної ситуації отримано такі дані (див. табл. 2.16).

За шкалою «Повернення до травматичного досвіду» найвищі показники виявлено у групі дітей, які зосереджені лише на негативних аспектах ситуації та найменші серед дітей, які тяжіють до пошуку і акцентування уваги на

можливих позитивних моментах. Відмінності між трьома групами є статистично значущими на рівні $p < 0,001$.

Таблиця 2.16

Показники (описові статистики) за результатами опитувальника «Спогади про травматичну ситуацію» залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації

Оцінка поточної ситуації	Описові статистики	Шкали опитувальника		
		Повернення до травматичного досвіду	Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	Поведінкова реакція
Зосереджена лише на негативі	Середнє	17,4***	15,4***	9,07***
	Стандартне відхилення	3,85	2,87	2,19
	Медіана	17,00	15,00	9,00
Бачить, як негативні, так і позитивні моменти	Середнє	14,3***	12,7***	7,68***
	Стандартне відхилення	3,86	2,66	2,00
	Медіана	15,00	13,00	8,00
Здатна бачити позитивні аспекти	Середнє	11,5***	11,2***	6,85***
	Стандартне відхилення	4,03	2,48	1,94
	Медіана	11,00	11,00	6,00

Примітка: *** – значущість відмінностей на рівні $p < 0,001$

За шкалою «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» найнижчі показники у групі дітей, які схильні до пошуку позитивних аспектів у поточній ситуації, порівняно із молодшими школярами, які зосереджені лише на негативі ($W = 10,74$; $p < 0,001$) та дітьми, які зорієнтовані, як на негативні, так і позитивні моменти під час оцінки ($W = 6,25$; $p < 0,001$). Відповідно, зорієнтованість молодших школярів на позитивну оцінку ситуації або ж хоча

б на акцентуації уваги не лише на негативних моментах, а і виокремлення подекуди конструктивних чи корисних – сприяє прояву позитивних емоційних реакцій на травматичну ситуацію, що проявляється у схильності мріяти, планувати, орієнтуватися на майбутнє, більш позитивно його оцінювати тощо.

За шкалою «Поведінкова реакція на травматичну подію» також зберігається виявлена тенденція. Діти, які зосереджені виключно на негативних аспектах під час оцінки ситуації менш готові на поведінковому рівні реагувати на травматичну подію з орієнтацією на її подолання та уникнення негативних наслідків для особистості порівняно із молодшими школярами, що схильні до пошуку позитиву ($W = 8,01$; $p < 0,001$) та здатні бачити ситуацію не односторонньо і фіксують у ній, як негативні аспекти, так і позитивні ($W = 7,16$; $p < 0,001$). Водночас, показники поведінкової реакції на травматичну подію різняться і між групами дітей, які здатні бачити позитивні аспекти та бачать ситуацію комплексно – як сукупність негативних моментів, з яких можна вивести щось позитивне ($W = 4,65$; $p = 0,003$) (Додаток Н.1).

Таким чином, молодші школярі, які не однобічно сприймають реальність (із виокремленням позитивний, або ж позитивних і негативних аспектів у здобутому досвіді), мають більший ресурс для психологічної адаптації та прояву ефективних для особистості поведінкових реакцій на травматичні події, вищий рівень емоційної гнучкості, що допомагає у пошуку шляхів до відновлення і стабілізації стану дитини.

У межах попарного порівняння показників, отриманих у результаті бесіди, що була спрямована на виявлення особливостей травматичного досвіду у групах дітей із різною оцінкою поточної ситуації, отримано дані, наведені у табл. 2.17.

У результаті попарного порівняння трьох груп встановлено наявність статистично значущих відмінностей між ними ($p < 0,001$) за всіма твердженнями бесіди, спрямованої на виявлення особливостей травматичного досвіду.

Таблиця 2.17

Порівняльний аналіз показників за результатами бесіди, спрямованої на виявлення особливостей травматичного досвіду залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами

Напрями аналізу питань бесіди	Статистики	Оцінка ситуації		
		Виключно негативна	Як негативна, так і позитивна	Позитивна
Нездатність чітко визначити свої емоції	Середнє	2,60	2,04	1,55***
	Ст. відхил.	0,640	0,838	0,810
	Медіана	3,00	2,00	1,00
Фіксація на негативних моментах поточної ситуації	Середнє	2,62	1,85	1,33***
	Ст. відхил.	0,680	0,779	0,622
	Медіана	3,00	2,00	1,00
Труднощі у визначенні власного майбутнього	Середнє	2,49	1,80	1,43***
	Ст. відхил.	0,648	0,752	,661
	Медіана	3,00	2,00	1,00
Згадування травматичної події без її осмислення та інтерпретації	Середнє	2,38	1,64	1,29***
	Ст. відхил.	0,757	0,735	0,588
	Медіана	3,00	1,00	1,00
Нерозуміння власних дій і ресурсів у складній ситуації та неспроможність подолати її конструктивно	Середнє	2,66	1,99	1,43***
	Ст. відхил.	0,583	0,769	0,701
	Медіана	3,00	2,00	1,00

*Примітка: *** – значущість відмінностей на рівні $p < 0,001$*

Таким чином, діти молодшого шкільного віку з однобічною негативною оцінкою поточної ситуації мають вищі показники неспроможності чітко визначати власні емоції, труднощі у визначенні власного майбутнього, нерозуміння власних дій, а також неможливість визначення ресурсів, що можуть допомогти конструктивно для власної особистості впоратися із травматичною подією та імпульсивне, неконтрольоване згадування травматичної події без належної її інтерпретації, аналізу та осмислення

порівняно із дітьми, які бачать як негативні, так і позитивні моменти, а також схильні до зосередження й пошуку позитиву. Останні мають найнижчі показники за особливостями травматичного досвіду (Додаток Н.2). Також, в межах загального показника когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань виявлено статистично значущі відмінності залежно від оцінки поточної ситуації (показники середніх значень: «виключно негативна» – 81,6; «як негативна, так і позитивна» – 64,5; «позитивна» – 55,2; $p < 0,001$).

У межах емоційно-афективної сфери травмівних переживань залежно від статі за допомогою U-критерію Манна-Уїтні отримано результати, що наведені у табл. 2.18.

Таблиця 2.18

Порівняння показників емоційно-афективної сфери травмівних переживань залежно від статі

Стать	Описові статистики	Шкала «Тривожні / нав'язливі думки»	Шкала тривожності (опитувальник ДВОР)	Проективна методика «Безпечне місце»	Емоційно- афективна сфера
Дівчата	Середнє	44,91	5,75	9,16	59,82
	Медіана	45,00	6,00	9,00	60,50
	Ст. відхил.	13,971	3,248	2,756	18,219
Хлопці	Середнє	42,86	6,01	9,48	58,35
	Медіана	43,00	7,00	10,00	60,00
	Ст. відхил.	13,909	3,098	2,879	18,029
Рівень значущості		0,153	0,471	0,208	0,388

Статистично значущих відмінностей між хлопцями та дівчатами в межах емоційно-афективної сфери травмівних переживань не виявлено ($p \geq 0,05$). Водночас, у дівчат молодшого шкільного віку є вищими показники середніх значень та медіан шкали «тривожні/нав'язливі думки» та загальні показники емоційно-афективної сфери, а у хлопців вищі показники за результатами

проективної методики «Безпечне місце» (Л. Хей), що свідчить про часті прояви негативних емоцій, переживання негативних почуттів щодо травматичної події та песимістичну налаштованість на майбутнє.

У межах шкали «тривожні/нав'язливі думки» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), виявлено, що дівчата більше бояться гучних звуків ($U = 22275$; $p = 0,005$) та турбуються, що роблять щось не так ($U = 23543$; $p = 0,056$), порівняно із хлопцями. Це може бути пов'язано із прагненням відповідати очікуванням оточення та більшою орієнтацією на зовнішнє середовище.

За шкалою тривожності (опитувальник ДВОР) у результаті використання U-критерію Манна-Уїтні для незалежних вибірок було встановлено, що хлопці мають вищі показники за твердженням «не люблю чекати» порівняно із дівчатами ($U = 22220$; $p < 0,001$), а також на рівні тенденції є відмінність за показником проблем щодо зосередженості на чомусь одному (хлопці також мають вищі результати) ($U = 23982$; $p = 0,065$).

Виявлені відмінності можна пояснити особливостями соціалізації, розвитку нервової системи та ролей, які суспільство традиційно приписує хлопцям та дівчатам, що впливає на їхню поведінку, в тому числі і у стресових ситуаціях.

Спираючись на дослідження S. Cohen, D. Janicki-Deverts (2012), в якому було виявлено, що жінки мають вищі показники стресу, порівняно із чоловіками та враховуючи отримані нами результати, вважаємо, що дівчата є більш гнучкими у відношенні адаптації до стресогенних чинників та більш схильні до консолідації з метою подолання наслідків травмівної ситуації.

Слід зазначити, що дослідження проблеми травмівних переживань і їхніх особливостей залежно від статі проводилися зарубіжними науковцями: R. Acierno, D. Kilpatrick, H. Resnick, B. Saunders, M. Arellano, & C. Best (2005); M. Gwadz, D. Nish, N. Leonard, & S. Strauss (2007); K. Horowitz, S. Weine, & J. Jekel (1995). Зокрема, у роботі R. Acierno, D. Kilpatrick, H. Resnick,

B. Saunders, M. Arellano, & C. Best (2005) виявлено, що у хлопців та дівчат різняться чинники травматизації, хлопці частіше зазнають фізичного насилля, а дівчата – піддаються депресії і сексуальному насиллю порівняно з хлопцями. Такі впливи можуть стимулювати появу шкідливих звичок, наприклад, підвищення ризику куріння у представників обох статей (с. 382). Водночас, у межах дослідження K. Horowitz, S. Weine, & J. Jekel (1995) виявлено, що повторна травматизація не залежить від статі молоді і є характерною як для чоловіків, так і для жінок. Такі результати не співвідносяться із отриманими нами даними, оскільки ми встановили відмінності залежно від статі, але вони не стосуються вторинної травматизації (що може бути перспективним напрямом наших подальших наукових пошуків).

За допомогою критерію Крускала-Уолліса H виявлено особливості показників емоційно-афективної сфери серед молодших школярів залежно від їхнього віку: шести, семи, восьми, дев'яти, десяти, одинадцяти років

За віком є відмінність у межах емоційно-афективної сфери за шкалою тривожності (опитувальник ДВОР) ($p < 0,001$) (табл. 2.19).

Таблиця 2.19

**Показники порівняння характеристик емоційно-афективної сфери
залежно від віку молодших школярів**

Методи та шкали	χ^2	Рівень значущості (P)
Шкала «Тривожні/нав'язливі думки»	5,54	0,354
Шкала тривожності (опитувальник ДВОР)	37,62	< 0,001
Проективна методика «Безпечне місце»	9,23	0,100
Емоційно-афективна сфера	7,67	0,175

Використання методу парного порівняння дозволило діагностувати, що молодші школярі дев'яти років мають значущі відмінності у порівнянні з усіма іншими представленими віковими групами. Для них характерні вищі показники тривожності порівняно із шестирічними ($W = 6,921$; $p < 0,001$), семирічними ($W = 7,958$; $p < 0,001$), восьмирічними ($W = 5,429$; $p = 0,002$),

десятирічними ($W = -4,216$; $p = 0,034$) та одинадцятирічними ($W = -4,851$; $p = 0,008$) дітьми. Зокрема, відмінності за критерієм віку в межах шкали тривожності виявлені за твердженнями: напруженості і скутості під час виконання завдань ($\chi^2 = 18,93$; $p = 0,002$); частоти думок про можливі неприємності ($\chi^2 = 21,85$; $p < 0,001$); лякливості ($\chi^2 = 20,34$; $p = 0,001$); не любові починати нову справу ($\chi^2 = 30,73$; $p < 0,001$); невпевненості у свої силах і боязні труднощів ($\chi^2 = 18,54$; $p = 0,002$) та поганого, неспокійного сну ($\chi^2 = 17,44$; $p = 0,004$).

Такі результати можна пояснити, на нашу думку, особливостями дев'ятирічного віку, для якого характерне переживання своєрідного «рубікону», переходу до середньої школи (5 клас). Також діти старшого віку можуть відчувати під час травматичної події відповідальність не лише за себе, а й за оточуючих (сестер, братів, мам тощо), що може стимулювати вищий рівень зібраності, відповідальності, емпатійності у такій складній для самої дитини ситуації.

Про важливість віку дитини, її особистісних особливостей, характеру, тяжкості переживання, наявності/відсутності попереднього травматичного досвіду в межах формування її реакції на травматичні події вказували О. Булгакова та М. Савченкова (2022). На їхню думку, діти, які мали досвід травматизації, можуть бути більш уразливими в майбутньому; діти молодшого віку, стикаючись із травматичними подіями, можуть відчувати страх, тривогу, розгубленість через обмеженість розуміння ситуації. Водночас, діти старшого віку можуть краще оцінювати і орієнтуватися у травмівній ситуації, але також проявляти різні психоемоційні стани (Булгакова, Савченкова, 2022: 25).

У межах проєктивної методики «Безпечне місце» (Л. Хей) встановлено, що для дітей дев'яти років характерним є негативне налаштування на майбутнє порівняно із дітьми шести ($W = 6,2650$; $p < 0,001$), семи ($W = 6,1737$; $p < 0,001$) та восьми ($W = 4,0108$; $p = 0,052$) років.

Відмінностей залежно від кількості дітей, які виховуються у сім'ях, в межах емоційно-афективної сфери травмівних переживань молодших школярів не виявлено ($p \geq 0,05$). Це свідчить, що нульова гіпотеза приймається і такі групи не різняться за рівнем тривожності, тривожних/нав'язливих думок та ставлення до травматичного досвіду.

Встановлено наявність відмінностей в показниках емоційно-афективної сфери залежно від статусу дітей молодшого шкільного віку. Зокрема, за шкалою «тривожні/нав'язливі думки» ($\chi^2 = 51,9$; $p < 0,001$); тривожності (опитувальник ДВОР) ($\chi^2 = 10,3$; $p = 0,016$); показниками проєктивної методики «Безпечне місце» ($\chi^2 = 18,7$; $p < 0,001$); загальним показником емоційно-афективної сфери ($\chi^2 = 41,5$; $p < 0,001$).

Діти зі статусом внутрішньо переміщеної особи порівняно із молодшими школярами, які не покидали домівок з моменту повномасштабного вторгнення та які повернулися на момент проведення дослідження додому, мають вищі показники переживання негативних почуттів щодо травматичної події ($W = 7,456$; $p < 0,001$; $W = 3,652$; $p = 0,048$); зорієнтовані на однобічне негативне ставлення до травматичного досвіду і не здатні бачити позитивні аспекти поточної ситуації ($W = 4,166$; $p = 0,017$; $W = 3,789$; $p = 0,037$); мають негативну налаштованість на майбутнє ($W = 4,362$; $p = 0,011$; $W = 4,106$; $p = 0,019$); частіші прояви негативних емоцій, як при згадуванні травматичної події, так і в цілому ($W = 4,793$; $p = 0,004$; $W = 6,403$; $p < 0,001$). А також, більш зосереджені на власних переживаннях і не здатні розпізнавати почуття інших, відмінні від їхніх порівняно із дітьми, які повернулися додому ($W = 4,294$; $p = 0,013$).

Водночас, для молодших школярів, які не переміщувалися, більш характерним є прояв негативних емоцій порівняно із дітьми, які повернулися додому. Таким чином, для дітей, які мають досвід внутрішнього переміщення характерний вищий рівень стресу через втрату стабільності, відчуття невизначеності та розрив набутих соціальних зв'язків, переживання внутрішньої кризи і спрямування особистісних ресурсів на її подолання. Для

дітей, які повернулися додому, повернення стимулює відновлення почуття безпеки та стабільності, не зважаючи на те, що ситуація в країні не є безпечною. Прояв негативних емоцій у дітей, які не переміщувалися, можна пояснити умовами тривалого стресу у зв'язку із перебуванням в зоні небезпеки. У них відсутній контраст, від якого дитина могла б відштовхуватися для оцінки ситуації, оскільки вони не переміщувалися і не мали іншого досвіду, ніж жити в себе вдома під час війни.

Для більш детального аналізу розглянемо вираженість показників за шкалою «Тривожні/нав'язливі думки» залежно від статусу переміщення молодших школярів з моменту повномасштабного вторгнення (табл. 2.20).

У таблиці 2.20 зазначено середні значення показників за шкалою «Тривожні / нав'язливі думки» залежно від статусу переміщення молодших школярів.

Таблиця 2.20

Порівняння показників середніх значень за шкалою «Тривожні / нав'язливі думки» залежно від статусу переміщення молодших школярів

Твердження	Статус переміщення дитини (середні значення)			
	Переміщень не було	Повернулася додому	ВПО	ЗПО
1	2	3	4	5
Дитині не подобається бути з незнайомими людьми	3,23	3,15	3,64	2,82
Дитина турбується, що все піде не так, як вона планує	2,95	3,09	3,62	3,45
Дитині вночі сняться погані сни про те, що з нею чи її близькими щось станеться	2,36	2,42	2,99	2,73
Дитина боїться спати одна	2,83	3,16	3,60	3,55
Дитина турбується, що робить щось не так	2,81	2,92	3,53	3,36
Дитина боїться йти до школи	2,09	1,87	2,70	2,00
Дитина боїться прощатися з батьками	2,53	2,48	3,43	3,09

Продовження табл. 2.20

1	2	3	4	5
Дитина боїться, що з нею трапиться щось страшне	2,46	2,42	3,01	3,09
Дитина боїться, що щось страшне станеться з її близькими	2,52	2,53	3,35	3,18
Дитина боїться, що втратить дім	2,09	2,32	3,17	2,55
Дитина боїться гучних звуків	3,03	3,50	4,04	3,64
Дитина боїться бути наодинці	2,84	3,08	3,47	3,18
Дитина менше грається, ніж до війни	2,16	2,26	2,91	2,73
Дитина багато плаче	2,35	2,43	3,05	2,27
Дитину більше хвилює смерть	1,95	2,12	2,92	2,09
Дитина більше нервується і злиться	2,59	2,72	3,52	3,00

Примітки: ВПО – внутрішньо переміщені особи; ЗПО – зовнішньо переміщені особи

За допомогою попарного порівняння груп із застосуванням критерію DSCF виявлено значущі відмінності за всіма зазначеними твердженнями цієї шкали для всіх груп. Встановлено, діти, які мають статус внутрішньо переміщених осіб порівняно із молодшими школярами, які не переміщалися та які повернулися додому мають вищі показники за всіма твердженнями шкали. Їм не подобається бути із незнайомими людьми ($W = 3,942$; $p = 0,027$; $W = 3,962$; $p = 0,026$); вони турбуються, що все піде не так, як вони запланували ($W = 7,324$; $p < 0,001$; $W = 4,923$; $p = 0,003$); їм вночі сняться погані сни про те, що щось погане станеться із ними чи із близькими ($W = 6,765$; $p < 0,001$; $W = 5,268$; $p = 0,001$); турбуються, що роблять щось не так ($W = 8,191$; $p < 0,001$; $W = 5,921$; $p < 0,001$); бояться: йти до школи ($W = 5,433$; $p < 0,001$; $W = 6,441$; $p < 0,001$); прощатися з батьками ($W = 7,822$; $p < 0,001$; $W = 7,050$; $p < 0,001$); що трапиться щось страшне із ними ($W = 5,4803$; $p < 0,001$; $W = 5,1840$; $p < 0,001$), з їхніми близькими ($W = 8,3486$; $p < 0,001$; $W = 7,2263$; $p < 0,001$); втратити дім ($W = 9,495$; $p < 0,001$; $W = 6,714$;

$p < ,001$); гучних звуків ($W = 9,329$; $p < ,001$; $W = 5,243$; $p < ,001$); менше граються ніж до війни ($W = 6,849$; $p < ,001$; $W = 5,118$; $p < ,001$); багато плачуть ($W = 7,424$; $p < 0,001$; $W = 5,439$; $p < 0,001$); їх більше хвилює смерть ($W = 9,657$; $p < 0,001$; $W = 6,776$; $p < 0,001$); більше нервуються і зляться ($W = 8,715$; $p < 0,001$; $W = 6,419$; $p < 0,001$). Водночас, діти у яких переміщень не було – менше бояться спати одні ($W = 7,197$; $p < 0,001$) та бути на одинці ($W = 6,179$; $p < 0,001$), порівняно із внутрішньо переміщеними молодшими школярами.

Це може свідчити про те, що діти, які покинули свої домівки, втікаючи від війни, отримали глибокий травматичний досвід, що стимулював у них різні види страху.

Також у межах емоційно-афективної сфери переживань виявлено статистично значущі відмінності залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації (табл. 2.21).

Діти, які зосереджені виключно на негативі в оцінці поточної ситуації, мають значущо вищі показники тривожних/нав'язливих думок, тривожності, показників переважання негативних почуттів, емоцій щодо травматичної події та загального рівня емоційно-афективної сфери.

Таблиця 2.21

Показники порівняння емоційно-афективної сфери переживань залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації

Методи та шкали	Статистики	Оцінка поточної ситуації		
		Зосереджена лише на негативі	Бачить, як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти
1	2	3	4	5
Шкала «Тривожні / нав'язливі думки»	Середнє	55,5***	43,8***	32,3***
	Ст. відхил.	14,9	12,0	10,7
	Медіана	59,00	44,00	31,00

Продовження табл. 2.21

1	2	3	4	5
Шкала тривожності	Середнє	7,73***	5,97***	3,77***
	Ст. відхил.	2,70	3,09	2,63
	Медіана	9,00	6,00	3,00
Проективна методика «Безпечне місце»	Середнє	12,6***	9,09***	7,13***
	Ст. відхил.	2,42	2,39	1,99
	Медіана	13,00	9,00	7,00
Емоційно-афективна сфера	Середнє	75,9***	58,8***	43,2***
	Ст. відхил.	18,2	15,3	13,9
	Медіана	78,00	60,00	42,00

Примітка: відмінності між трьома групами є статистично значущими на рівні $p < 0,001$ (***)

Показники за трьома групами є статистично значущими на рівні $p < 0,001$ (Додаток Н.3). Такі результати є цілком очевидними, оскільки негативна зорієнтованість не дозволяє молодшим школярам подолати відчуття невизначеності, пов'язане із травматичними подіями, що стимулює виникнення тривожних/нав'язливих думок та постійного очікування чогось поганого.

Результати порівняння мотиваційно-поведінкової сфери травмівних переживань молодших школярів залежно від статі наведено у табл. 2.22.

Таблиця 2.22

Порівняння показників мотиваційно-поведінкової сфери травмівних переживань залежно від статі

Стать	Дівчата			Хлопці			Рівень значущості (P)
	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	
1	2	3	4	5	6	7	8
Шкала агресивної поведінки	19,38	18,00	7,832	21,10	20,00	7,830	0,012
Шкала агресивності (опитувальник ДВОР)	3,44	3,00	3,097	4,31	4,00	3,322	0,006

Продовження табл. 2.22

1	2	3	4	5	6	7	8
Шкала самотності	19,50	18,50	7,691	19,91	20,00	7,770	0,551
Оцінка мотиваційно-поведінкової реакції на травматичний досвід (спостереження за поведінкою)	10,19	10,00	2,756	10,99	11,00	3,550	0,016
Оцінка соціальної ізоляції і міжособистісних труднощів (спостереження за міжособистісною взаємодією)	8,09	7,00	3,161	8,31	8,00	2,941	0,204
Мотиваційно-поведінкова сфера	60,60	59,00	21,162	64,62	63,50	18,029	0,044

Діагностовано статистично значущі відмінності між хлопцями та дівчатами за шкалами агресивної поведінки ($U = 22609$; $p = 0,012$), агресивності (за опитувальником ДВОР) ($U = 22287$; $p = 0,006$); спостереження за поведінкою з метою оцінки мотиваційно-поведінкової реакції та травматичний досвід ($U = 22609$; $p = 0,016$;) та загальним показником мотиваційно-поведінкової сфери травматичної події ($U = 26057$; $p = 0,044$). Хлопці мають значно вищі показники агресивної поведінки та агресивності, самотності та загального показника мотиваційно-поведінкової сфери травматичної ситуації порівняно із дівчатами молодшого шкільного віку.

Стосовно вираженості агресивної поведінки, то для хлопців є характерною вища частота прояву злості ($U = 22551$; $p = 0,008$); їм важче контролювати свою агресію ($U = 23122$; $p = 0,027$); мають частіші прояви фіксації бійок із іншими дітьми ($U = 21656$; $p < 0,001$); їх частіше сварять за погану поведінку ($U = 22572$; $p = 0,008$) та на рівні тенденції їм хочеться виплеснути свою злість на когось ($U = 23618$; $p = 0,064$) порівняно із дівчатами, для яких властиві нижчі показники за цими твердженнями.

За шкалою агресивності (опитувальник ДВОР) діагностовано, що для хлопців є більш характерним прагнення поквитатися у випадку образи

($U = 21590$; $p < 0,001$), вони іноді отримують втіху від того, що можуть щось зламати, розірвати, розбити ($U = 22820$; $p = 0,002$), іноді хочуть зробити якусь шкоду ($U = 23118$; $p = 0,010$), легко можуть посваритися чи побитися ($U = 23736$; $p = 0,039$) та у відповідь на вказівки зробити все навпаки ($U = 23894$; $p = 0,051$).

Такі показники підтверджуються і результатами інших науковців, які здійснювали порівняльний аналіз форм агресії та агресивності залежно від статі (Мельничук, 2021; Рогаль, 2015).

У межах аналізу спостереження за поведінкою молодших школярів виявлено, що для хлопців є більш характерною нездатність стабілізувати власний емоційний стан, що може спричинити девіації у поведінці ($U = 22669$; $p = 0,009$); приймати і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях ($U = 21871$; $p = 0,001$) порівняно із дівчатами.

Статистично значущих відмінностей в межах аналізу спостереження за міжособистісною взаємодією спрямованою на оцінку соціальної ізоляції та міжособистісних труднощів за загальним показником мотиваційно-поведінкової сфери виявлено не було ($U = 24385$; $p = 0,204$). Водночас, за окремими твердженнями встановлено, що хлопцям молодшого шкільного віку більш характерне відчуття непотрібності іншим людям порівняно із дівчатами ($U = 23058$; $p = 0,012$).

За допомогою критерію Крускала-Уолліса H виявлено особливості показників мотиваційно-поведінкової сфери серед молодших школярів різного віку (див. табл. 2.23).

Значущі відмінності за критерієм віку є за шкалою самотності ($p = 0,023$) та за показниками спостереження за міжособистісною взаємодією ($p = 0,017$).

З метою визначення того, які саме вікові групи молодших школярів відрізняються, застосовано метод попарного порівняння. У результаті виявлено, що діти дев'яти років порівняно із шестирічними мають вищі показники самотності ($W = 4,619$; $p = 0,014$) та даних за результатами

спостереження за міжособистісною поведінкою ($W = 5,0420$; $p = 0,005$). Зокрема, в межах міжособистісної поведінки різниця виявлена: у відсутності друзів та екологічного кола спілкування ($\chi^2 = 18,15$; $p = 0,003$), а також скаргах на нерозуміння батьків та інших значущих дорослих ($\chi^2 = 14,24$; $p = 0,014$). Попарне порівняння за шкалами дозволило виявити загальну виявлену тенденцію, що діти дев'яти років мають вищі показники за значеними характеристиками.

Таблиця 2.23

Показники порівняння характеристик мотиваційно-поведінкової сфери залежно від віку молодших школярів

Методи та шкали	χ^2	Рівень значущості (P)
Шкала агресії	7,71	0,173
Шкала агресивності (опитувальник ДВОР)	9,83	0,080
Шкала самотності	13,10	0,023
Оцінка мотиваційно-поведінкової реакції на травматичний досвід (спостереження за поведінкою)	7,65	0,177
Оцінка соціальної ізоляції і міжособистісних труднощів (спостереження за міжособистісною взаємодією)	13,78	0,017
Мотиваційно-поведінкова сфера	9,04	0,108

Такі результати можна пояснити зростанням очікувань і соціальних потреб у дітей із віком та змінами референтних груп, формуванням цінностей тощо. У дитини із переходом із молодшої школи починає трансформуватися система соціальних контактів, як в середині сім'ї (їхня частота, щільність), так і поза її межами (із однолітками, однокласниками) частішають прояви ворожості, агресивності щодо оточуючих тощо.

У межах мотиваційно-поведінкової сфери не виявлено значущих відмінностей залежно від кількості дітей у сім'ях молодших школярів ($p \geq 0,05$).

Водночас, статистично значущі відмінності встановлено за шкалами агресії ($\chi^2 = 28,82$; $p < 0,001$), агресивності ($\chi^2 = 9,28$; $p = 0,026$), самотності ($\chi^2 = 23,45$; $p < 0,001$), показниками спостереження за поведінкою ($\chi^2 = 24,94$; $p < 0,001$), за міжособистісною взаємодією ($\chi^2 = 13,94$; $p = 0,003$) та загальним показником мотиваційно-поведінкової сфери ($\chi^2 = 28,82$; $p < 0,001$) у групах із різним статусом дітей молодшого шкільного віку. Для дітей, які не покидали своїх домівок у зв'язку із повномасштабним вторгненням та які повернулися додому, характерний нижчий рівень агресії ($W = 6,685$; $p < 0,001$; $W = 7,018$; $p < 0,001$) та самотності ($W = 5,346$; $p < 0,001$; $W = 6,435$; $p < 0,001$) порівняно із внутрішньо переміщеними дітьми. Молодші школярі зі статусом внутрішньо переміщених осіб порівняно із тими, що повернулися додому, мають вищі показники агресивності ($W = 4,630$; $p = 0,006$), для них більш характерне нав'язливе прагнення постійно розповідати про травматичну подію без її належного осмислення або ж уникнення обговорення ($W = 4,411$; $p = 0,010$), нездатність стабілізувати власний емоційний стан, що може спричинювати девіації у поведінці ($W = 4,590$; $p = 0,006$), неконтрольовані прояви агресії ($W = 5,383$; $p < 0,001$), перенесення травматичного досвіду у сюжетні лінії ігор, малюнків, ліплення тощо ($W = 4,529$; $p = 0,007$), пасивність у виробленні власних стратегій виходу із травматичних ситуацій ($W = 4,671$; $p = 0,005$), нездатність приймати та надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях ($W = 4,517$; $p = 0,008$), переживання самотності, ізольованості від оточуючих ($W = 5,190$; $p = 0,001$), відсутність друзів, екологічного кола спілкування ($W = 4,471$; $p = 0,009$) та проблеми із розумінням з боку батьків та інших значущих дорослих ($W = 5,424$; $p < 0,001$).

Також у межах мотиваційно-поведінкової сфери переживань виявлено статистично значущі відмінності залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації (табл. 2.24).

Таблиця 2.24

**Показники порівняння мотиваційно-поведінкової сфери переживань
залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації**

Методи та шкали	Статистики	Оцінка поточної ситуації		
		Зосереджена лише на негативі	Бачить, як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти
Шкала агресії	Середнє	27,3***	19,8***	15,8***
	Ст. відхил.	8,09	6,99	6,69
	Медіана	26,00	19,00	14,00
Шкала самотності	Середнє	27,8***	19,3***	13,8***
	Ст. відхил.	8,22	6,40	5,65
	Медіана	27,00	19,00	11,00
Шкала агресивності (ДВОР)	Середнє	5,90**	3,78**	2,59**
	Ст. відхил.	3,48	3,08	2,82
	Медіана	7,00	3,00	1,00
Мотиваційно-поведінкова сфера	Середнє	83,6***	61,3***	46,2***
	Ст. відхил.	21,5	17,6	16,9
	Медіана	82,00	61,00	40,00

*Примітка: відмінності між трьома групами є статистично значущими на рівні $p < 0,001$ (***) та $p = 0,004$ (**)*

Молодші школярі, орієнтовані на позитивну оцінку ситуації, мають нижчі показники агресивної поведінки, самотності, агресивності та загального рівня вираженості мотиваційно-поведінкової сфери переживань, яка проявляється у схильності до контролю себе, своїх поведінкових реакцій, саморегуляції тощо.

Водночас, діти, які зорієнтовані на виключно негативну оцінку поточної ситуації, мають найвищі показники переживань у межах мотиваційно-поведінкової сфери порівняно із молодшими школярами, орієнтованими на позитив та дітьми, які двобічно оцінюють ситуацію (як таку, що може мати як негативні характеристики, так і позитивні) (рівень значущості відмінностей між групами на рівні $p < 0,001$ та $p = 0,004$) (Додаток Н.4).

Щодо показників фізично-соматичної сфери травмівних переживань, то вони в хлопців та дівчат значущо не різняться (табл. 2.25).

Таблиця 2.25

Порівняння показників фізично-соматичної сфери травмівних переживань залежно від статі

Стать	Описові статистики	Шкала фізичного самопочуття
Дівчата	Середнє значення	20,12
	Медіана	20,00
	Стандартне відхилення	7,106
Хлопці	Середнє значення	20,05
	Медіана	20,00
	Стандартне відхилення	6,685
Рівень значущості (P)		0,941

Разом з тим, у межах більш детального аналізу фізично-соматичної сфери визначено, що для хлопців більш притаманне постійне бажання поїсти ($U = 23521$; $p = 0,050$) порівняно із дівчатами.

За показниками фізичного самопочуття значущих відмінностей залежно від віку ($\chi^2 = 7,45$; $p = 0,189$) та кількості дітей у сім'ях ($\chi^2 = 1,86$; $p = 0,394$) молодших школярів не виявлено.

Особливості фізичного самопочуття молодших школярів різняться залежно від їхнього статусу ($\chi^2 = 23,73$; $p < 0,001$). Зокрема, виявлено відмінності у порушенні засинання ($\chi^2 = 28,82$; $p < 0,001$), якості сну ($\chi^2 = 22,36$; $p < 0,001$), порушенні харчування – постійне відчуття голоду ($\chi^2 = 17,98$; $p < 0,001$), відсутність апетиту ($\chi^2 = 20,00$; $p < 0,001$), втомлюваності ($\chi^2 = 8,65$; $p = 0,034$), відчуття болю у тілі ($\chi^2 = 14,29$; $p = 0,003$).

Для дітей, які з моменту повномасштабного вторгнення не переміщувалися та які повернулися додому, порівняно із тими, які мають статус внутрішньо переміщених осіб, характерні нижчі прояви безперервного болю у тілі ($W = 4,9444$; $p = 0,003$; $W = 4,4531$; $p = 0,009$), поганого сну та частих прокидань продовж ночі ($W = 5,728$; $p < 0,001$; $W = 6,050$; $p < 0,001$),

відсутності апетиту ($W = 6,280$; $p < 0,001$; $W = 4,356$; $p < 0,001$), повернення фізичних відчуттів, що супроводжували травматичну подію ($W = 5,406$; $p < 0,001$; $W = 5,417$; $p < 0,001$), неможливості заснути, коли дитина одна у кімнаті або ж у приміщенні ($W = 7,463$; $p < 0,001$; $W = 5,616$; $p < 0,001$). Натомість, діти, які мають статус внутрішньо переміщених осіб, демонструють вищі показники за зазначеними параметрами фізичного самопочуття у бік вираженості їхніх порушень. Молодші школярі, які повернулися додому, виявляють нижчу вираженість порушення харчової поведінки, яка проявляється у постійному відчутті голоду і бажанні поїсти порівняно із дітьми, які не переміщалися (не покидали свою домівку) ($W = 4,523$; $p = 0,008$), мають статус внутрішньо переміщених осіб ($W = 5,162$; $p = 0,002$) та вимушено покинули свої домівки і переїхали закордон (ЗПО) ($W = 3,844$; $p = 0,033$).

Отримані нами результати узгоджуються з даними досліджень, що проводили I. Mazhak, K. Maltseva, & D. Sudyn (2024) на вибірці жінок-біженок, і які дозволили виявити, що у зв'язку із вимушеною зміною місця проживання вони зазнали від середнього до високого рівня сприйнятого стресу. При цьому рівень стресу може знижуватися із збільшенням соціальної підтримки, постійними контактами із друзями і родичами, що залишилися в Україні, покращенням стосунків із місцевими та коханими людьми. Посилюють відчуття сприйнятого стресу: погіршення здоров'я (фізичного і психічного) через війну, дискримінація, низький рівень знання мови, відсутність соціальної підтримки, нерівність у доступі до медичної допомоги, обмежені соціальні контакти тощо.

Таким чином, можна пояснити отримані нами результати тим, що молодші школярі, які вимушено проживають у містах України чи закордоном, мають вищі показники травмівних переживань, оскільки на додаток до подій пов'язаних із досвідом переїзду, покидання домівки, вони мають необхідність

у адаптації до нового соціального середовища та побудови нової системи соціальних зв'язків тощо.

Розглянемо показники за шкалою фізичного самопочуття у кожній із трьох груп молодших школярів залежно від оцінки ними поточної ситуації (зосереджені лише на негативі; бачать, як негативні, так і позитивні моменти; здатні бачити позитивні аспекти) (табл. 2.26).

Таблиця 2.26

Показники порівняльного аналізу за шкалою фізичного самопочуття залежно від оцінки молодшими школярами поточної ситуації

Описові статистики	Оцінка поточної ситуації		
	Зосереджена лише на негативі	Бачить, як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти
Середнє значення	25,6***	20,0***	15,2***
Стандартне відхилення	7,88	5,90	5,68
Медіана	25,00	20,00	14,00
Мода	7,88	5,90	5,68

*Примітка: відмінності між трьома групами є статистично значущими на рівні $p < 0,001$ (***)*

Оскільки розподіл результатів вибірки відрізняється від нормального, то аналіз здійснювався з орієнтацією на показники медіан. Найвищі показники за шкалою фізичного самопочуття (тобто, найгірший фізично-соматичний стан) діагностовано у групи дітей, які зосереджені виключно на негативних аспектах під час оцінки поточної ситуації. На другому місці за показниками знаходиться група дітей, які здатні бачити/знаходити, як негативні, так і позитивні моменти у ситуації, що склалася та найнижчі – у молодших школярів, які схильні до пошуків позитивних аспектів. Ці результати отримали підтвердження і шляхом застосування критерію Крускала-Уолліса H та попарного порівняння

в результаті якого виявлено, що відмінності за групами є статистично значущими ($p < 0,001$) (Додаток Н.5).

Для встановлення взаємозв'язків між показниками дослідження застосовано кореляційний аналіз рангу (r-Спірмена) та встановлено значущі кореляції між сферами трансформації переживань молодших підлітків. Пряму значущу кореляцію виявлено між фізично-соматичною сферою та показниками когнітивно-рефлексивної сфери, а саме: впливу життєвих подій ($r = 0,377$; $p \leq 0,01$); повернення до травматичного досвіду ($r = 0,643$; $p \leq 0,01$); усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів ($r = 0,473$; $p \leq 0,01$); емоційно-афективною сферою ($r = 0,809$; $p \leq 0,01$) та мотиваційно-поведінковою ($r = 0,734$; $p \leq 0,01$).

Показники мотиваційно-поведінкової сфери мають прямі зв'язки із впливом життєвих подій ($r = 0,279$; $p \leq 0,01$); поверненням до травматичного досвіду ($r = 0,586$; $p \leq 0,01$); емоційно-афективною сферою ($r = 0,752$; $p \leq 0,01$); усвідомленням та розумінням емоцій і почуттів ($r = 0,514$; $p \leq 0,01$) і поведінковою реакцією на травматичний досвід ($r = 0,339$; $p \leq 0,01$).

Показники емоційно-афективної сфери також мають прямі зв'язки із поверненням до травматичного досвіду ($r = 0,718$; $p \leq 0,01$); усвідомленням та розумінням емоцій і почуттів ($r = 0,455$; $p \leq 0,01$) і поведінковою реакцією на травматичний досвід ($r = 0,200$; $p \leq 0,01$). Отримані результати кореляційного аналізу свідчать про зв'язок між всіма сферами травмівних переживань та вказують на те, що із підвищенням (погіршенням) показників однієї сфери будуть підвищуватися (тобто погіршуватися) показники інших. І відповідно, навпаки, при зниженні (покращенні) показників однієї сфери буде спостерігатися покращення (зниження) в інших. Такі результати підтверджують комплексність та цілісність розробленої структурно-функціональної моделі конструктивної трансформації травмівних переживань через роботу в межах чотирьох сфер: когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної.

Для виділення груп (кластерів) молодших школярів зі схожими характеристиками застосовано кластерний аналіз методом К-середніх. У результаті визначено оптимальне число кластерів для досліджуваної вибірки. Таким чином, виділено три кластери (типи молодших школярів) (Додаток П), кожен із яких має свої особливості (табл. 2.27).

Таблиця 2.27

Порівняльний аналіз психологічних особливостей сфер травмівних переживань залежно від типів молодших школярів

Кластери Сфери	Середнє значення			Стандартне відхилення			Медіана		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Когнітивно-рефлексивна сфера	51,7	88,5	66,2	8,44	15,7	8,21	51	86,5	65
Емоційно-афективна сфера	38,5	83,2	62,7	9,67	10,3	8,91	37	82	62
Мотиваційно-поведінкова сфера	40,2	93,4	65,6	7,80	16,2	11,8	39	92	65
Фізично-соматична сфера	13,1	28,1	21,4	3,48	5,81	4,46	13	27,5	21

Примітка: різниця між кластерами за всіма показниками статистично значуща на рівні $p < 0,001$

Кластер 1 (30,4 % молодших школярів) – **адаптивно-позитивний** тип. Для молодшого шкільного віку цього типу характерний низький рівень когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної сфер прояву травмівних переживань. Відповідно, дітям властиві низькі прояви тривожних/нав'язливих думок як реакції на стрес, пов'язаний із війною (травматичний досвід гучних звуків, страх втратити дім, страх за своє життя і життя рідних та близьких тощо) ($\chi^2 = 84,0$; $p < 0,001$). Вони не «чіпляються» за травматичну подію (у представників цього типу найнижчі показники за шкалою «Повернення до травматичного досвіду», контролюють себе, свою поведінку, схильні до саморегуляції і стабілізації

власного емоційного стану, мають нижчий рівень самотності ($\chi^2 = 277,7$; $p < 0,001$), агресивності ($\chi^2 = 261,4$; $p < 0,001$) та вплив травматичних подій в межах фізичного стану є мінімальним для них ($\chi^2 = 284,6$; $p < 0,001$). Діти цього типу, не зважаючи на пережитий травматичний досвід, адаптувалися до ситуації стресу через ресурсний канал взаємодії з оточуючими, позитивну спрямованість на майбутнє, схильність мріяти, виокремлювати у собі якості, які можуть сприяти подоланню складної ситуації та шукають можливі шляхи виходу із неї (зазначені показники є значущо вищими саме у досліджуваних цього типу, порівно із другим та третім).

Кластер 2 (18,1 % молодших школярів) – **сенситивний (чутливий)** тип. Для дітей цього кластеру характерний середній рівень когнітивно-рефлексивної, мотиваційно-поведінкової і фізично-соматичної сфер трансформації травмівних переживань та високий емоційно-афективної. Діти цього кластеру мають значущо вищі показники за шкалами «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів», «Поведінкова реакція на травматичний досвід», «Повернення до травматичного досвіду», мають більш складний досвід переживання травматичних подій, таких як руйнація будинку, переїзд, звуки пострілів, вибухів, налякані люди, важка подорож до місця безпеки, періоди без їжі та води тощо. Оскільки рівень їх травматизації з точки зору життєвих подій є вищим, то очевидно, що переживання отриманого досвіду є більш гострішим, що виражається у частих згадуваннях травматичних подій, як уві сні, так і у стані ясної свідомості, до того ж, у різних часових відрізках (минулому, теперішньому і майбутньому). Водночас, діти цього типу є найменш схильними мріяти, орієнтація на майбутнє є досить песимістичною та не довгостроковою, без вираженої активності у пошуку шляхів подолання наслідків травматичної події, емоційно-чуттєві реакції – приховані та не усвідомлюються.

Для дітей характерне переживання тривожних/нав'язливих думок, пов'язаних із страхом зробити щось не так, що щось піде не за планом, страхом втрати (домівки, близьких, батьків тощо), тривожності, помірний контроль над

своїми поведінковими реакціями, зокрема, деструктивними, який за певних обставин може виражатися у сплесках агресії, проявах злості, фізичної та вербальної агресії по відношенню до інших, наявністю соціальних зв'язків, але не надмірна орієнтація на взаємодію з оточуючими, нездатність розуміння та стабілізації власного емоційного стану, пасивністю у пошуку шляхів виходу із травматичних ситуацій тощо. Діти цього типу відчують вплив травматичної події на їхній фізичний стан. Це може проявлятися у межах конкретної локалізації (біль частини тіла, проблеми зі сном (зниженні якості сну, переривання сну через часте пробудження, надмірно довгий сон, неможливість/боязнь заснути на одинці тощо), проблеми із харчуванням (постійне відчуття голоду, не бажання їсти), відчуття фізичного болю, втомлюваності, тощо, або ж, проявлятися з меншою вираженістю у всіх можливих напрямках.

Кластер 3 (51,5 % молодших школярів) – **помірно-рефлексивний** тип. Діти цього кластеру мають середній рівень вираженості когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової сфер та низький рівень, який межує із середнім фізично-соматичної. Для них характерне помірне розуміння своїх емоційних станів і почуттів, намагання усвідомлено підійти до пошуку ресурсів для вирішення складної ситуації, двояке бачення і оцінка її особливостей (виокремлення не лише негативних векторів, а і можливих позитивних), помірна відкритість щодо обговорення ситуації та своїх переживань тощо. Числові показники за шкалами «Повернення до травматичного досвіду», «Емоційна реакція» та «Поведінкова реакція» на травматичний досвід є вищими, порівно із показниками, які діагностовано у першого типу та нижчими порівняно із другим типом. Водночас, молодші школярі цього кластеру охочіше розповідають про травматичну подію, порівняно із першим – адаптивно-професійним, відмінність є статистично значущою ($W = 4,73$; $p = 0,002$).

Отже, було виділено три типи реакцій молодших школярів на травмівний досвід залежно сфер прояву травмівних переживань: адаптивно-позитивний, сенситивний (чутливий) та помірно-рефлексивний.

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи результати роботи в межах двох етапів емпіричного дослідження (апробації опитувальника та констатувального етапу), можна зробити такі висновки:

1. Розроблено та адаптовано опитувальник дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), та опитувальник «Спогади про травматичну подію». Опитувальники пройшли перевірку на надійність, внутрішню узгодженість та валідність (змістовну, конкурентну тощо) на українській вибірці в результаті чого їх було підтверджено. За допомогою факторного аналізу в межах опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), визначено п'ять шкал методики: тривожні/нав'язливі думки, агресивна поведінка, самотність, вплив життєвих подій, фізичне самопочуття та за допомогою частотного аналізу – розмах рівнів вираженості кожної із них.

2. Установлено, що в більшості молодших школярів переважає середній рівень вираженості показників когнітивно-рефлексивної та емоційно-афективної сфер. Це свідчить про помірність у прояві тривожності і напруженості щодо травматичної ситуації, емпатійності та оптимістичної спрямованості на майбутнє. У межах мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної сфер лише у половини молодших школярів виявлені низькі рівні показників, що свідчить про схильність цих дітей контролювати власні поведінкові прояви, в тому числі агресивні, орієнтуватися на позитивні моменти поточної ситуації та мінімальний виражений вплив травматичної події на їхній фізичний стан.

3. Виявлено відмінності залежно від статі молодших школярів за показниками когнітивно-рефлексивної, мотиваційно-поведінкової сфер трансформації травмівних переживань. Дівчинки мають менш виражену емоційну і поведінкову реакції на травматичний досвід, для якого характерна орієнтація на майбутнє, пошук ресурсів, шляхів подолання складних життєвих ситуацій, готовність діяти і працювати для цього, порівняно із хлопцями. Хлопчикам властиві вищі показники агресивної поведінки (прояви злості, нижчий контроль агресивних реакцій, вища частота фіксації бійок із іншими дітьми тощо) та агресивності, самотності, загального показника мотиваційно-поведінкової сфери травматичної ситуації, порівняно із дівчатами молодшого шкільного віку.

4. Установлено, що особливості переживання травматичних подій молодшими школярами за всіма сферами, окрім фізично-соматичної різняться залежно від їхнього віку. Зокрема, діти дев'яти років менше мріють, більш негативно уявляють себе у найближчому майбутньому, частіше повертаються до травматичного досвіду (у фантазіях, снах, моделюючи їх у теперішньому чи майбутньому), мають труднощі у визначенні власних емоцій і почуттів, вищу тривожність, відчуття самотності, проблеми у взаєморозумінні з боку батьків, а також, схильні проявляти активність у спробі подолання негативних наслідків травматичної ситуації з метою її опрацювання, порівняно із молодшими школярами інших вікових груп (шести, семи, восьми, десяти та одинадцяти років).

5. Діти молодшого шкільного віку, які є єдиною дитиною у сім'ї, мають вищі показники повернення до травматичного досвіду, порівняно із багатодітними родинами, для яких характерний менший досвід перебування у зоні, де лунали вибухи і постріли, порівняно із першими та менш виражений і травматичний досвід прощання із рідними і друзями на невизначений термін порівняно із молодшими школярами, у сім'ях яких виховується дві дитини.

6. Визначено особливості травматичних переживань молодших школярів залежно від оцінки ними поточної ситуації (зосереджені лише на негативі; бачать як негативні, так і позитивні моменти; здатні бачити позитивні аспекти). Молодші школярі, які зосереджені виключно на негативних аспектах поточної ситуації, частіше повертаються до травматичної ситуації, менш схильні мріяти, планувати майбутнє, реагувати і діяти з метою подолання негативних наслідків ситуації, визначати власні емоції і почуття та позитивно оцінювати майбутнє, мають вищі показники тривожних/нав'язливих думок, агресивної поведінки, самотності та негативних проявів в межах фізично-соматичної сфери особистості, що виражається у погіршенні самопочуття, сну, апетиту, рухової активності тощо.

7. Діти, які повернулися додому після початку повномасштабного вторгнення або ж не покидали домівок, демонструють меншу частоту та інтенсивність переживань, пов'язаних із поверненням до травматичного досвіду, більше мріють, краще ідентифікують свої емоції і почуття, менше тривожаться, бояться, що щось піде не за планом, мають кращі показники фізично-соматичного стану (сну, харчування, фізичної активності тощо) порівняно із молодшими школярами, які мають статус внутрішньо та зовнішньо переміщених осіб.

8. У результаті кластерного аналізу виокремлено три типи молодших школярів залежно від переживання травматичних подій, пов'язаних із війною: адаптивно-позитивний, сенситивний (чутливий) та помірно-рефлексивний. Для адаптивно-позитивного типу характерна нижча вираженість повернення до травматичного досвіду, пов'язаного із війною, нижчий вплив життєвих подій на дитину та складність їхніх переживань через вимушеність покинути дім, попрощатися із рідними, чути сирени, бачити поранених тощо. Вони орієнтовані на майбутнє, мрійливі, забарвлення мрій позитивне, готові розповідати про травматичну подію і отримувати та надавати емоційну підтримку, мають нижчу тривогу і напругу, пов'язані із війною, агресивність,

самотність та менше фізичних проблем, стимульованих стресом, таких як: поганий сон, енурез, біль у тілі тощо.

Для сенситивного (чутливого) типу властиве часте і більш деструктивне повернення до травматичного досвіду, негативна орієнтація на майбутнє, дитина частіше все планує в межах найближчого часу, без довгострокової перспективи, проявляє меншу активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації. Сенситивний тип характеризується тривожністю, агресивністю, низьким рівнем контролю власних поведінкових реакцій. Діти цього типу відчують себе самотніми, мають меншу кількість соціальних контактів з однолітками та проблеми на рівні фізичного самопочуття (порушення сну, харчування тощо).

Для помірно-рефлексивного типу характерне усвідомлення своїх переживань, прагнення знайти ресурси для подолання складних ситуацій, реалістична оцінка ситуації, без орієнтації виключно на негативі, емоційний баланс у переживаннях та збалансованість між чутливістю і адаптацією. Діти схильні обговорювати свої переживання, але їхні емоційні і поведінкові реакції на травматичний досвід є значущо вищими, порівняно із адаптивно-позитивним типом та нижчими порівняно із сенситивним (чутливим) типом.

Результати дослідження за другим розділом подані в таких публікаціях [134; 136; 137; 138].

РОЗДІЛ 3

ХІБУКІ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ТРАНСФОРМАЦІЇ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ У ФОРМУВАЛЬНОМУ ЕКСПЕРИМЕНТІ

У третьому розділі представлено особливості програми трансформації травмівних переживань молодших школярів у формувальному експерименті, визначено її мету, завдання, принципи організації формувального експерименту, а також наведено результати впровадження та визначення її ефективності за даними порівняння експериментальної і контрольної груп до та після роботи засобами Хібукі-терапії.

3.1 Мета, завдання, принципи організації формувального експерименту з трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії

На основі теоретичного аналізу і опрацювання наукової літератури з проблематики травмівних переживань дітей, їхнього подолання, а також результатів констатувального етапу емпіричного дослідження розроблено програму трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії.

Програма трансформації травмівних переживань засобами Хібукі-терапії передбачала два напрями роботи: робота з дітьми молодшого шкільного віку та з їхніми батьками. На нашу думку, саме такий, комплексний підхід є більш ефективним порівняно із роботою виключно із дітьми. Адже діти молодшого шкільного віку з батьками проводять досить багато часу та мають тісну взаємодію, в ході якої здійснюється їхній вплив на дитину. При цьому батьки можуть потребувати допомоги і додаткових пояснень щодо взаємодії дитини з іграшкою, допомоги дитині в інтерпретації її переживань тощо.

У зв'язку з тим, що діти є неповнолітніми, то батьки або ж куратор дитини давали письмову згоду на проведення терапевтичної роботи та збір персональних даних і їхнього використання. Перед початком роботи з дітьми їм (батькам, кураторам) повідомляли про мету, характер, особливості, орієнтовну тривалість, можливі наслідки роботи, завдання, які потрібно буде виконувати вдома за потреби, як допомагати дитині у взаємодії із Хібукі поза межами кабінету психолога тощо. Вони зі свого боку надавали контактну інформацію про себе та про дитину й висвітлювали загальний запит, а також ті проблеми, що мала дитина в переживанні травмівних ситуацій.

Основними завданнями програми є: формування у дитини відчуття захищеності й безпеки; відчуття підтримки у складній ситуації та розуміння дитиною, що вона не сама зі своїми переживаннями й емоціями; повернення до реальності та формування розуміння, що травматична ситуація завершена; пошук шляхів допомоги собі та оточуючим; орієнтованість на майбутнє тощо.

Під час розробки й апробації програми було враховано окремі елементи напрацювань науковців щодо: основ психотерапевтичної роботи (Куліш, & Сірик, 2022; Мушкевич, & Чагарна, 2017); методів роботи з дітьми, які пережили травмуючі події (Захарова, 2010; Коєн, Маннаріно, & Деблінджер, 2016; Медведєва, 2022; Оксютович, & Сабадуха, 2023; Строева, Козлова, & Яковець, 2022; Томчук, & Яцюк, 2016); технік зцілення, саморегуляції (Сміт, Дирегров, & Юле, 2022; Терлецька, 2020); особливостей роботи з травмівними переживаннями (Кісарчук, Омельченко, & Лазос та ін., 2020, 2017; Кочарян, & Кочарян, 2014; Лазоренко, 2015; Мюллер, 2014; Пророк, 2024; Пророк, Гончаренко, & Кондратенко та ін., 2015; Перепелиця, & Опанасюк, 2024; Рибалка, 2023; Ройз, 2022; Титаренко, 2018; Титаренко, Дворник, & Климчук, 2019; Туриніна, 2017; Царенко, Вебер, Войтович, Гриценюк, Кочубей, & Гридковець, 2018; Чуйко, 2017; Avi, Shai, & Liat, 2008; Tedeschi, & Calhoun, 2004; Linley, & Joseph, 2004); травматизації дітей в умовах війни (Зликов, & Лукомська, 2022; Кабанцева, & Селіванова, 2022; Лугова, 2022; Найдьонова, 2018; Романовська, 2022; Сазонова,

2022; Слюсаревський, 2022; Яцина, 2022; Fletcher, 1996; Frounfeker, Islam, Falcone, Farrar, Ra, Antonaccio, Enelamah, & Betancourt, 2019; Harikshnan, Kavitha, Sekar, & Marykutty, 2018; Kavitha, Sekar, & Raj, 2012; Sekar, 2015; Sites, 2013); особливостей підтримки військовослужбовців та їхніх сімей (Буряк, Гіневський, & Катеруша, 2015; Левченко, Панок, & Трубавіна, 2015; Сулятицький, & Кравчук, 2018; Умеренкова, & Смірнова, 2022; Bradshaw, Ohlde, Home, 1991); розробки плану і структури сесій, часових меж взаємодії, завантаженості заняття тощо (Зливков, & Лукомська, 2019; Карпенко, 2015; Мілютіна, 2004; О'Коннелл, & Медені, 2017).

Науковці (Л. Ковальчук, В. Рибалка, О. Туриніна, О. Чуйко), які займаються проблемою дитячої травми та шляхами її подолання, пропонують різні напрями роботи, які визначаються тим досвідом, який вона пережила (рівень психічної травматизації; характер втрат, тип травми тощо). Наприклад, досвід поспішного, вимушеного залишення домівки, потрапляння під обстріли, часткове або повне руйнування житла, отримані поранення або поранення членів родини, загибель когось із членів родини тощо.

Робота була побудована із дотриманням основних принципів надання психологічної допомоги: безумовного прийняття (що проявляється в емпатії, розумінні співрозмовника / співрозмовниці та демонстрації уваги і поваги до нього / неї); відповідальності (формування у дитини відчуття відповідальності за Хібукі, і, як результат, за себе, за власний стан і поведінку); технічності психологічної допомоги (що виражається у коректно підібраних техніках, підходах до роботи з дитиною і вправах); системності (безперервний систематичний процес роботи із дитиною в межах розробленого плану); компетентності (діє правило «не нашкодь», що полягає в тому, щоб братися за роботу в межах сфери власної компетентності); діалогічності (що проявляється у відзеркаленні та тісній взаємодії між фахівцем та дитиною) (Васьківська, 2011: 43–46; Якимчук, & Якимчук, 2013). А також принципи першої психологічної допомоги: дивись (оцінка стану дитини, визначення рівня контактності тощо), слухай (визначення потреб, причин емоцій, змісту

тривожності, можливості продовжувати роботу зараз чи додати інше завдання із наявних, якщо цього вимагає ситуація тощо), спрямовуй (направлення дитини на пошук конструктивних шляхів подолання травматичної події) (Левченко, Панок, & Трубавіна, 2015, с. 54–56; Семигіна, Павленко, Овсяннікова, Тесленко, Охлопкова, & Брацюк, 2017).

Також важливим моментом, на якому побудована програма трансформації травмівних переживань молодших школярів методом Хібукі-терапії, є ненасильницьке спілкування (NVC-Nonverbal Communication), запропоноване М. Розенбергом. Суть його полягає у формуванні та прояві толерантності й терпимості до всіх учасників взаємодії та роботі без ярликів, стереотипів, засудження, стимулюванні вираження істинних почуттів, потреб, емоцій, формулюванні прохань, без категоричних вимог. Тобто, гнучкість за необхідності у терапевтичному процесі, розуміння і акцентуванні на цінності кожного учасника (Rosenberg, 2015). Історії, переживання й травмівний досвід дітей не засуджувалися, не оцінювалися як неправильні або ж не типові, вони приймалися і з ним проводилася відповідна терапевтична робота.

У межах Хібукі-терапії як тривалої психологічної допомоги було дотримано загальних етапів за логікою надання психологічної допомоги, які, водночас, були наповнені специфічним змістом відповідно до принципів і завдань даного методу: встановлення рапорту та стосунків довіри між фахівцем і дитиною (Туриніна, 2017: 110–111); ознайомлення з особливостями та процесом трансформації травмівних переживань у бік зниження їх негативних проявів; знайомство з іграшкою; опанування способів взаємодії з Хібукі; використання Хібукі як своєрідного тренажера для дитини, на якому вона вчиться допомагати собі; оцінка і контроль стану дитини, зниження напруги; інтеграція травматичного досвіду в життєвий простір дитини.

Основним елементом терапії є іграшка Хібукі – це песик із сумними очима та довгими лапами. Кожна деталь іграшки має важливе значення для терапевтичного ефекту. Хібукі має розмір новонародженого малюка, що

дозволяє дитині з легкістю обіймати його і відчувати його обійми. Лапи собаки довгі та мають липучки, це дає можливість скрізь брати його із собою та закріплювати дитині на собі іграшку в будь-який зручний для неї спосіб (перед собою, позаду, як рюкзак тощо). Сумні очі Хібукі дозволяють переносити на неї свої емоції, переживання, побоювання, тривоги та страхи, через асоціювання з ним. Іграшка має м'яку текстуру, приємну на дотик, виготовлену із міцної, безпечної тканини – для того, щоб дитина відчувала тепло й задоволення від взаємодії з нею (Шарон Максимов, Єфімцева, & Сищук, 2023).

Права на терапевтичний інструмент Собака-обіймака Хібукі та методики Хібукі-терапії є запатентованими і захищеними законами України, Ізраїлю та міжнародними документами. Ексклюзивні права навчання, використання методики у роботі Хібукі-терапії належать представнику проєкту – Д. Шарон Максимов. Саме тому, всі учасники проєкту, які використовували іграшку Хібукі в межах роботи та працювали за відповідними інструкціями із дітьми, ознайомлювалися з попередженням про охорону авторських прав та заборону продавати, обмінювати іграшку, проводити платну терапію тощо.

Як уже зазначалося вище, Хібукі-терапія базується на трьох психоаналітичних теоріях: об'єктних стосунків (М. Кляйн, Г. Салліван, Ш. Ференці), турботи (Віннікот, 2019) та прив'язаності (Bowlby, 1969) та комплексному підході (Титаренко, 2019).

Зазначені теорії та підходи спрямовані на врахування індивідуального досвіду дитини, а також досвіду соціальних систем, у яких вона розвивається (сім'ї, нації тощо). У Хібукі-терапії пропрацьовується актуальний травматичний досвід дитини та досвід сім'ї, що є доволі позитивним у контексті формування пролонгованого ефекту впливу.

Програма враховує потреби й запити дитини, індивідуальний підхід до роботи з нею – фахівець може підбирати методи і приклади, які підходять їй

або ж її сім'ї. Водночас, така зорієнтованість і гнучкість вимагає відповідного рівня компетентності від терапевта, який має не «вести» дитину, а йти за нею і спрямовувати, дозволяючи переживати почуття, емоції, що пов'язані із травматичним досвідом, розвиватися тощо.

Для терапевтичного ефекту Хібукі потрібно, щоб фахівець дотримувався відповідних вимог та певним чином організував процес роботи з дитиною: поступово налагоджував контакт дитини та Хібукі; знайомив із ним (розповів його історію, звідки він та чому приїхав сюди, демонстрував особливості взаємодії з іграшкою у формі залучення дитини, щоб у неї з'явився інтерес та бажання дослідити Хібукі й спілкуватися з ним. Важливо надавати дитині можливість взаємодіяти з іграшкою, якщо вона цього хоче, оскільки це сприятиме розкриттю її внутрішньої свободи та зниженню наслідків травми. Адже для трансформації травматичних переживань важливим завданням є формування навички виявлення своїх відчуттів, емоцій, станів; вміння називати їх, проговорювати, в чому вони проявляються, визначати ресурси для подолання їх негативних проявів. Однак це досить складне завдання навіть для дорослих, тому з дітьми варто говорити про них через іграшку (ми не говоримо про дитину, а говоримо про Хібукі). Таким чином, дитина, говорячи про Хібукі, фактично буде говорити про себе. Ідея піклування дитини про Хібукі полягає в тому, щоби переорієнтувати її на активну позицію, що дозволить поновити відчуття визначеності, контролю, відповідальності та сили й допоможе впоратися з важкими переживаннями.

Важливо, що іграшки Хібукі не можна купити у вільному доступі, вони не продаються. Їх може отримати дитина в процесі корекційної та реабілітаційної роботи безкоштовно, як в Україні, так і у країнах, які приймають біженців. Це також є ще одним елементом того, що це є психологічний інструмент, оскільки дитина отримує друга, який прийшов допомогти їй, а вона має змогу допомогти йому, а це купити не можливо.

З метою апробації програми трансформації травмівних переживань за допомогою Хібукі-терапії було сформовано дві групи: експериментальну (з якою проводилася робота) та контрольну (з якою робота не проводилася, але відбувалися заміри для виявлення сторонніх чинників можливих змін).

Робота за програмою передбачала індивідуальну форму взаємодії фахівця із дитиною та фахівця із батьками, або одним із батьків дитини. Оскільки для роботи із дітьми були залучені фахівці із різних частин України та за кордону вдалося зібрати значний фактологічний матеріал (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Соціально-демографічні показники експериментальної
та контрольної груп, у %**

Критерії	Соціально-демографічні характеристики	Експериментальна група	Контрольна група
Стать	Хлопці	55,3 %	54,5 %
	Дівчата	44,7 %	45,5 %
Перебування в окупації	Так	9,2 %	10,2 %
	Ні	90,8 %	89,8 %
Статус	Повернулися додому	26,5 %	18,9 %
	Не переміщувалися	52,2 %	52,4 %
	ВПО	18,4 %	21,7 %
	ЗПО	2,9 %	7 %
Загальна кількість		347 осіб	339 осіб

До експериментальної групи увійшло 347 осіб (діти молодшого шкільного віку – 6–11 років), які склали 22 групи, що є досить високим показником для формування висновків щодо ефекту відтворюваності зниження травмівних переживань засобами Хібукі-терапії. З яких: 55,3 % хлопці та 44,7 % дівчата; були в окупації – 9,2 % досліджуваних, 90,8 % – не перебували в окупації. Статус внутрішньо переміщена особа мають 18,4 % досліджуваних експериментальної групи; зовнішньо переміщена особа – 2,9 %; 26,5 % дітей – повернулися додому та 52,2 % – не переміщувалися із

моменту початку повномасштабного вторгнення. Щодо кількості дітей, які виховуються в сім'ї, то у 33,4 % досліджуваних в сім'ї була одна дитина; у 46,7 % – дві та в 19,9 % – три і більше дітей.

До контрольної групи увійшло 339 осіб, віком 6–11 років, що відповідає молодшому шкільному. З них 54,5 % – хлопці та 45,5 % дівчата. В межах контрольної групи 52,4 % дітей не переміщувалися; 18,9 % – повернулися додому; 21,7 % – внутрішньо переміщені особи та 7 % – зовнішньо переміщені особи. Більшість дітей контрольної групи виховуються в сім'ї, де вони єдина дитина (50,3 %); у 39,9 % – дві дитини та 9,8 % – три і більше дітей. Перебували в окупації 10,2 % та 89,8 % – не перебували в окупації з моменту початку повномасштабного вторгнення.

Таким чином, вибірки дітей експериментальної та контрольної групи є подібними між собою за основними соціально-демографічними характеристиками та показниками.

До груп увійшли діти, які приходили в реабілітаційні благодійні центри України та за її межами, центр Kinder Velt (м. Київ, м. Харків, м. Одеса, м. Кропивницький) та до окремих представників Хібукі-терапії в різних містах України (м. Київ, м. Харків, м. Вінниця, м. Дніпро, м. Кропивницький, м. Золотоноша, м. Хотин, м. Миколаїв, м. Чернігів, м. Токмак, м. Кривий Ріг, м. Львів, м. Канів, м. Черкаси, м. Полтава, м. Рогатин, м. Бориспіль, м. Шепетівка, м. Кам'янське, м. Суми).

Програма формувалася із розрахунку постійності взаємодії з дотриманням чіткого графіку – 1 зустріч на тиждень протягом 8-9 тижнів. Тривалість сесії з дитиною 40-45 хвилин. Тривалість зустрічі з батьками – 40-60 хвилин. Для ефективної роботи обов'язкова наявність стабільних умов, які виражалися не лише у часових характеристиках, а й у наявності комфортного, зручного місця для проведення роботи, матеріалів, необхідних у межах кожної сесії тощо.

З метою перевірки розробленої програми на ефективність вона була реалізована відповідно до логіки формувального експерименту: первинної діагностики, трансформаційний та завершально-діагностичний.

Перший етап – первинної діагностики передбачав виявлення особливостей травмівних переживань молодших школярів відповідно до виокремлених у межах теоретичної моделі чотирьох сфер особистості дітей: когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної. На цьому етапі учасники експериментальної та контрольної груп заповнювали методики для фіксації їхніх початкових результатів до Хібукі-терапії. Було використано ті ж методи й методики, що на констатувальному етапі емпіричного дослідження, окрім методики діагностики вад особистого розвитку (ДВОР) (автор – З. Карпенко).

Трансформаційний етап передбачав роботу з молодшими школярами (8-9 сеансів) залежно від потреби та батьками (1 сеанс) за розробленою програмою в індивідуальному форматі взаємодії дитини та фахівця; батька та/або матері й фахівця / фахівчині. На цьому етапі забезпечувалася трансформація травмівних переживань шляхом роботи з когнітивно-рефлексивною, емоційно-афективною, мотиваційно-поведінковою та фізично-соматичною сферами особистості молодших школярів. При цьому відповідно до теоретичної моделі робота з кожною з цих сфер мала конкретне завдання, що було спрямоване на загальну мету – зниження травмівних переживань дитини.

Зокрема, робота в межах когнітивно-рефлексивної сфери передбачала подолання / зниження частоти, травматичності згадування пережитих подій минулого, фіксації на них; орієнтацію дитини на позитивне бачення й планування майбутнього, у тому числі і в довгостроковій перспективі; роботу з негативними думками і почуттями; стимуляцію творчих процесів, уваги, підвищення самооцінки дитини тощо.

Завданнями в межах емоційно-афективної сфери стали: стабілізація психоемоційного стану через зниження тривожних/нав'язливих думок;

підвищення емпатійності та здатності проявляти турботу, розпізнавати переживання як свої, так і оточуючих; отримувати й надавати підтримку, збільшити діапазон позитивних емоцій дитини тощо.

Завдання в межах мотиваційно-поведінкової сфери були спрямовані на: збільшення відкритості дитини, готовності до вивільнення власних переживань, емоцій і почуттів, до обговорення і роботи з ними; активна позиція щодо пошуку ефективних стратегій виходу із травматичних ситуацій; пошук швидких і дієвих алгоритмів самодопомоги за необхідності; підвищення активності дитини у взаємодії із однолітками; зниження рівня самоізолюваності, самотності, агресивної поведінки; відхід від саморуйнівної поведінки.

Завданнями в межах фізично-соматичної сфери стали: відновлення фізичної активності дитини через нормалізацію харчових звичок (таких, як переїдання, відсутність апетиту тощо); сну; усунення / зменшення соматичних симптомів пов'язаних із травмою: біль у тілі, головні болі, підвищена втомлюваність, заїкання, заламування пальців, обкушування нігтьової пластини тощо.

На нашу думку, саме такий підхід у роботі із травмою за різними сферами психіки дитини дозволив не лише знизити переживання, що були пов'язані із травмою, а й поступово допоміг інтегрувати отримані у ході роботи зміни у загальну картину світу дитини та сприяв стабілізації її стану.

Метою роботи із батьками на трансформаційному етапі формувального експерименту стало знайомство з іграшкою Хібукі, основними характеристиками роботи з дитиною за допомогою Хібукі-терапії, шляхами підтримки, допомоги дитині під час подолання травматичних переживань тощо (тобто психоедукація батьків, яка спрямована на розуміння переживань дитини та шляхів її підтримки) (Додаток Р; Додаток С). Робота з батьками є дуже важливою, оскільки в її межах вони отримують підказки та алгоритм дій (пам'ятки), що можуть їм допомогти спрямовувати дитину за необхідності вдома. Адже діти зустрічаються із психологом лише раз на тиждень, отримують іграшку, забирають її додому і решту

часу не взаємодіють із фахівцем, а перебувають зі своїми батьками, які також для ефективного результату мають бути включені у терапевтичний процес. У цьому випадку батьки є партнерами фахівців-психологів, які підтримують і спрямовують дитину поза межами терапії.

Завершально-діагностичний етап передбачав проведення повторних замірів за допомогою методів та методик, які використовувалися на першому етапі – первинної діагностики. Повторний замір із дітьми експериментальної групи здійснювався після завершення всіх сесій терапевтичної роботи. Із дітьми контрольної групи – через 8–9 тижнів від початку роботи із експериментальною групою. Порівняння результатів першого та третього етапів формувального експерименту з використанням математико-статистичних методів аналізу у відповідних обчислювальних статистичних пакетах (SPSS та Jamovi) стали основою для визначення ефективності програми трансформації травмивних переживань молодших школярів методом Хібукі-терапії.

3.2 Програма трансформації травмивних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії

Програма трансформації травмивних переживань молодших школярів методом Хібукі-терапії складається із 8–9 сесій залежно від необхідності (короткострокова версія), кожна з яких спрямована на конкретні теми та завдання (див. табл. 3.2).

Кожна сесія передбачає набір необхідних матеріалів, які обирає терапевт для роботи з дитиною із наявних, а також, необхідну інформацію та завдання, які потрібно виконувати в межах структури сесії.

Усі 8–9 сесій спрямовані на комунікацію між терапевтом та дитиною, встановлення довірливих, дружніх стосунків між ними та виконують терапевтичну функцію залежно від поставлених завдань через регулювання емоцій, почуттів, поведінки дитини тощо.

Таблиця 3.2

Зміст програми трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії

№ сесії	Тема	Завдання
1	Знайомство	Встановлення контакту з дитиною, комунікація, діагностика
2	Передача іграшки. Чому Хібукі сумний? Чого йому не вистачає? Як допоможемо?	Продовження налагодження комунікативних зв'язків із дитиною; більш глибоке розуміння дитини і її стану; розширення можливостей дитини (орієнтація на внутрішні відчуття, відчуття важливості і потреби тощо)
3	«Безпечний простір»	Допомога дитині у спрямуванні на регулювання та вивільнення емоцій
4	«Робота зі страхами»	Визначення та розуміння страхів дитини; допомога дитині у спрямуванні щодо розуміння, пропрацювання та вивільнення від власних страхів
5	«Історія Хібукі»	Допомога дитині у самовираженні, у вивільненні своїх емоцій та почуттів
6	«Емоційна карта»	Допомога дитині у самовираженні, у розумінні своїх емоцій і копінг-механізмів
7	«Ритуали Хібукі»	Допомога дитині у визначенні своїх вразливих місць, у створенні звичок, ритуалів та традицій, які будуть заспокоювати її
8	«Дошка мрії»	Допомога дитині у самовираженні, повернення до реальності (відчуття себе «тут і зараз») та орієнтація на майбутнє

Кожна сесія проводиться в облаштованому, спокійному, затишному місці для зручної роботи, без додаткових зовнішніх подразників у вигляді сторонніх шумів. При цьому терапевт, за необхідності, має змогу корегувати програму під конкретну дитину. Наприклад, зміщувати етап передачі іграшки дитині, якщо вона її не хоче брати або ж фахівець бачить необхідність у проведенні додаткової діагностики чи роботи для більш ефективного

результату. Саме для цього кожен фахівець на момент зустрічі з дитиною має додаткові (допоміжні) матеріали для роботи.

Перша сесія – Знайомство (песик Хібукі).

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; крейда; олівці; кінетичний пісок (за бажанням); заспокійлива фонова музика (за бажанням та наявністю).

Програма сесії:

1. Представляємо іграшку Хібукі: «Ласкаво просимо, ... (ім'я)! Я дуже рада/радий тебе бачити. Я привела/привів із собою друга. Дивися, це Хібукі, плюшеве цуценя. Це іграшка, але не проста іграшка..., це друг. Хочеш дізнатися більше про Хібукі?».

2. Знайомство з Хібукі. На цьому етапі фахівець може діяти декількома способами: розіграти цю частину і поговорити від імені Хібукі; прочитати розповідь із буклету; розповісти про іграшку. Крайній варіант, на нашу думку, є найбільш вдалим та передбачає перефразування історії із буклету своїми словами і підтримання зорового контакту із дитиною під час презентації Хібукі.

Примітка: якщо дитина не спрямована на взаємодію, не слухає, плаче, фахівцю потрібно використати інші тактики. Наприклад, малювання, робота із кінетичним піском, для того, щоб дитина заспокоїлася, перш ніж починати терапію.

«Я лагідне цуценя. Мене звати Хібукі. Ти можеш обрати для мене нове ім'я, я впевнений, що воно мені сподобається, і я буду виляти хвостиком від радості, коли ти мене покличеш!».

«Хто ти і як тебе звати?»

Примітка: якщо дитина відгукується – добре. Якщо ні, пропустіть це питання та продовжуйте розповідь.

«Нічого страшного, що ти трішки соромишся, дозволь мені розповісти про себе. Я прилетів сюди на величезному літаку з Єрусалиму. Якщо ти не знаєш, Єрусалим – це місто у дуже гарній теплій країні під назвою Ізраїль.

Єрусалим – особливе місце для багатьох людей у всьому світі, і саме звідти прилетів я і готовий обняти тебе».

Примітка: якщо фахівець не читає, а говорить, то він / вона може відкрити буклет та показати картинки Єрусалиму дитині.

«Моя історія почалася, коли дітям у Ізраїлі довелося ховатися у бомбосховищах від ракетних обстрілів. Діти були дуже налякані і тут я прийшов їм на допомогу.

Я сміливе цуценя, яке завжди поряд і готове обняти. Мої обійми можуть захистити тебе, вони можуть приховати тебе від страхів, вони можуть підбадьорити тебе, коли тобі сумно.

Я справжній друг і я завжди готовий обняти тебе, коли тобі страшно або боляче. Я живу у багатьох сім'ях у Ізраїлі. Я надійний захисник і друг для багатьох ізраїльських дітей.

Я впевнений, що ти вже зрозумів/ зрозуміла – я іграшка! Але я не звичайна іграшка.

Підійти ближче та подивися на мене: я трішки кумедний та завжди допитливий. У мене довгі лапи та великі вуха. Мені дійсно потрібні ці довгі лапи, щоб обіймати таких великих дітей, як ти. Мої м'які великі вуха повинні чути кожне твоє слово. Я все почую, навіть якщо ти будеш шепотіти дуже тихо.

До речі, діти говорять мені, що мої великі вуха дуже зручні, якщо ти хочеш закрити ними свою голову. Ти навіть можеш заховатися під ними або ж закрити свої вуха моїми, якщо шум дуже гучний.

Підійти, доторкнися та помацай мене, я дуже м'який, правда? Ось чому всі діти люблять притискатися до мене. Я втішу тебе та поділюся своїм теплом і любов'ю.

Подивися на мене уважно. Ти дивуєшся, чому я такий приємний, доброзичливий і милий, але в мене сумні очі?

Відповідь проста: мені сумно, коли комусь боляче, або ж вони відчувають себе самотніми чи наляканими. Мені стає сумно, коли я бачу, як

хтось робить боляче іншим. Дозволь мені розповісти тобі мою таємницю: я виглядаю сумним тому, що я також потребую обіймів.

Так що... якщо ти обіймеш мене у відповідь, мені стане набагато краще! Давай прямо зараз, ти хочеш мене обняти?».

3. Спостереження за реакцією дитини. Дайте їй потримати Хібукі чи просто поспостерігати за ним. Якщо дитина хоче погратися з іграшкою, дайте їй на це декілька хвилин. Якщо вона сидить і нічого не робить, лише дивиться на іграшку, це також нормально. Якщо дитина буде задавати питання – дайте відповідь.

Мета в тому, щоб стимулювати допитливість у дитини й переключити увагу із занепокоєння на вивчення іграшки.

4. Малювання. Дайте дитині трішки часу для того, щоб намалювати або ж написати листа про те, як вона буде доглядати за своїм новим іграшковим другом, якщо він піде із нею додому наступного разу, коли вони зустрінуться. План може бути настільки детальним, наскільки дитина хоче; обговоріть можливі поради щодо догляду, які дитина може застосовувати до свого нового друга. Піклування про когось (у цьому випадку про іграшку) – важлива частина терапевтичного впливу.

5. Прощання. «Хібукі пора відпочити, і ти також маєш повернутися до ... Сподіваюся, що тобі сподобалася зустріч із Хібукі так само сильно, як і йому зустріч із тобою. Так-так-так, Хібукі щойно прошепотів мені на вухо, який ти особливий/особлива! Давай, обійми Хібукі і пішли у клас».

Примітка: якщо дитина не хоче прощатися або трішки засмучена, помахайте лапкою Хібукі та допоможіть перевести її до класу.

Друга сесія – Передача іграшки. Чому Хібукі сумний? Чого йому не вистачає? Як допоможемо?

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; крейда; олівці; кінетичний пісок; заспокоююча фонова музика (за бажанням).

Програма сесії:

1. Підготовка до передачі Хібукі дитині та «перекладання на неї відповідальності у догляді за іграшкою», допомога дитині відчувати себе комфортно з Хібукі.

«Ласкаво просимо! Як пройшов день? У тебе з'явилися нові друзі у класі? Ось Хібукі, ти хочеш передати йому привіт чи привітатися з ним? Хібуки любить обійматися, а ти? Хочеш обійняти Хібукі?»

2. Звернення уваги на внутрішні відчуття дитини.

Хіба Хібукі не чарівний? Зазвичай, він дуже радісний та щасливий. Але останнім часом Хібукі виглядає сумним... можливо, він наляканий? Подивися на мордочку Хібукі. Схоже, він сумує, тому що в нього немає друга, з яким можна було б погратися, поділитися секретами або хоча б обійняти вночі. Я думаю, що ти можеш стати справді гарним другом Хібукі».

3. Формування відчуття важливості дитини, через призначення їй ролі опікуна Хібукі.

«Ти хочеш стати другом Хібукі?»

Зробіть паузу, щоб дочекатися відповіді. Якщо відповідь негативна, не змушуйте дитину говорити «так». Знайдіть інші способи достукатися до дитини і зрозуміти причини, через які вона не хоче дружити з Хібукі.

Спробуйте зайнятися практичними справами, такими як малювання або гра з кінетичним піском, щоб дитина зосередилася, розслабилася і розкрилася. Якщо ви бачите, що відсутність інтересу у дитини є результатом глибокого емоційного розладу, поговоріть з її батьком/опікуном, запропонуйте дитині стратегії, за допомогою яких вона зможе впоратися зі своїми емоціями. Працюйте з дорослим, значущим у житті дитини, щоб знайти найкращий підхід до прийняття Хібукі. Попросіть батьків заохочувати дитину прийняти Хібукі як друга та/або підвищити інтерес до Хібукі.

Якщо відповідь позитивна: «Як ти думаєш, ти зможеш стати гарним другом Хібукі та захистити його?»

Дайте іграшку дитині та покажіть, як Хібукі може міцно обійматися. Дайте дитині час посидіти з іграшкою та обійняти її.

«Хочеш Хібукі вирушить додому разом із тобою? Хібукі такий щасливий, що знайшов нового друга, який піклуватиметься про нього. Ти напевно будеш дуже добре дбати про Хібукі і завдяки тобі він знову стане радісним та щасливим!».

1. Укладання «контракту» на догляд за Хібукі.

Ця частина заняття спрямована на розширення можливостей дитини, через наділення їй ролі опікуна за іграшкою, що допоможе їй передати свої бажання та думки Хібукі. Візьміть план догляду, над яким дитина працювала на першому занятті, та разом перегляньте й уточніть його.

«Тепер, коли ти товаришуєш з Хібукі і готовий/готова привітати Хібукі у себе вдома, давай складемо план того, як ти піклуватимешся про свого нового друга.

Подумай, що хочеш, щоб Хібукі робив, коли ти повернешся додому? Що ти хочеш робити разом із ним? Що Хібукі любить робити на самоті? Як ти допоможеш цуценяті Хібукі?»

Позначте потрібні емоції, ґрунтуючись на попередніх коментарях дитини про те, що вона відчуває, наприклад, допоможіть Хібукі не відчувати себе зляканим чи самотнім.

«Як ти піклуватимешся про Хібукі? (складати розклад, будувати будинок, укладати спати тощо).

Тепер, коли ми визначили деякі речі, які ти хочеш робити для свого нового друга, давай зробимо це офіційно та укладемо угоду? Ти знаєш, що таке угода?».

Залежно від віку дитини запропонуйте їй намалювати або написати про те, як вона дбатиме про Хібукі.

Після того, як дитина попрацює над договором опікуна, перегляньте його разом, сфотографуйте договір, віддайте оригінал дитині, запропонувавши

вивісити його на видному місці. Переконайтеся, що угода включає очікування для школи/дитсадка.

Повідомте батькам, що Хібукі прийде додому з дитиною, і що є буклет для читання з інструкціями на зворотному боці, до якого вони можуть звернутися вдома, щоб дізнатися про підтримку, яку отримує дитина, і підтримати свою дитину.

Нагадайте дитині, що Хібукі повинен щодня ходити з нею до школи/дитсадка. Вкажіть батькам, що потрібна співпраця сім'ї для успішної терапії, щоб допомогти їхній дитині.

Третя сесія – «Безпечний простір».

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; крейда; олівці; фарби; плитки «Магна»; будівельні блоки; кінетичний пісок; заспокоююча фонова музика (за бажання).

Програма сесії:

1. «З поверненням! Як минув твій день/ тиждень? Як Хібукі провів час у тебе вдома? Що найбільше йому сподобалося? Хібукі чогось злякався? Якщо так, то чого? Як ти допоміг? Що було найяскравішим моментом вашого часу з Хібукі? Ви робили разом щось цікаве? Чи є щось, чим Хібукі хоче поділитися з нами сьогодні?».

2. Створення безпечного простору для Хібукі. Ця частина терапії спрямована на виявлення безпечного місця для дитини, щоб вона перенесла своє прагнення безпеки в проєкт, що ілюструє, яким буде це місце.

Для цього можна використовувати низку вправ, залежно від віку дитини, її інтересів та доступних матеріалів. Нижче наведено кілька прикладів вправ, які можна виконати:

- «HI-BOOK» – книга про себе та своє безпечне місце. Ці дії можуть зайняти більше однієї зустрічі; вони дозволять глибше поринути у почуття та переживання дитини.

- Малюнок безпечного місця. Дитина працює над малюнком свого безпечного місця, а фахівець допомагає їй пояснити, що вона малює і чому. Де це безпечне місце? Чому? Які речі є у ньому? Меблі? Рослини? Музика? Люди?

- Будівництво будинку для Хібукі. Попросіть дитину побудувати справжній будинок для свого цуценяти, одночасно розмовляючи з нею про місце, яке вона будує. Дитина може використовувати будівельні блоки, картонні коробки або ляльковий будиночок. Скільки кімнат буде у цьому будинку? Хто живе у кожній кімнаті? Яка кімната подобається Хібукі найбільше і чому?

Примітка: можна сфотографувати конструкцію та, залежно від наявності часу, технічних можливостей і інтересу дитини, створити коротке відео з побудованим місцем, яке можна надіслати батькам дитини, щоб вони могли разом обговорити проєкт.

3. Підбиття підсумків та підкріплення. Похваліть дитину за добре виконану роботу. Повторіть ще раз те, що дитина розповіла про безпечне місце для Хібукі. Дайте поради про те, які предмети Хібуки та дитина можуть використовувати та які дії виконувати, щоб почувати себе в безпеці. Дозвольте дитині взяти проєкт додому або поділитися фотографіями продукту, що вийшов, з сім'єю

Четверта сесія – «Робота зі страхами».

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; крейда; олівці; ножиці; фото цуценят та собак (можна показати на екрані або ж попередньо роздрукувати); будівельні блоки / плитки «MAGNIT»; заспокійлива фонова музика (за бажанням).

Програма сесії:

1. Що таке страх? Після вітань та встановлення теплої, довірливої атмосфери (швидке малювання, гра з будівельними кубиками або ще щось, що любить робити дитина), фахівець переходить до обговорення проблеми страху. Навідні питання: «Що таке страх? Чому нормально боятися чогось?»

2. Звільнення від страху. «Коли ти відчуваєш страх? Чому? Як щодо того, щоб ми попрацювали над невеликим проєктом (*вказіть страх, який відчуває дитина*). Після того, як дитина поділиться своїми почуттями, розкажіть їй про проєкт, над яким ви працюватимете, щоб позбутися страхів. Приклади вправ:

- Запиши свої страхи. «Таким чином, ми зможемо подивитися на них разом, а потім я розкрию тобі кілька секретів, які допоможуть тобі стати сміливим та сильним і впоратися зі своїми страхами, щоб вони зникли! Давайте почнемо!»

Використовуйте аркуш паперу, щоб записати всі тривоги та страхи дитини. (Напишіть за дитину, або нехай вона напише сама). «Що ти відчуваєш тепер, коли ми перенесли твої страхи з голови та серця на цей маленький клаптик паперу? Вони здаються великими та страшними?

Тепер візьмемо ножиці та наріжемо страхи на дрібні шматочки. Бачиш, ти змусив/змусила свої страхи зникнути. Ти сильніший/сильніша за них! Як ти думаєш, чи зможеш ти впоратися зі своїм страхом наступного разу? Можливо, ти зробиш цю вправу самостійно?»

- Намалюй свої страхи. Підготуйте папір для малювання та олівці. Дочекайтеся, щоб дитина намалювала свої страхи.

«Що ти відчуваєш тепер, коли ми перенесли твої страхи з голови та серця на цей маленький клаптик паперу? Вони здаються великими та страшними? Тепер візьмемо ножиці та наріжемо страхи на дрібні шматочки. Бачиш, ти змусив/змусила свої страхи зникнути. Ти сильніший/сильніша за них! Як ти думаєш, чи зможеш ти впоратися зі своїм страхом наступного разу? Можливо, ти зробиш цю вправу самостійно?»

- «Хочеш ми з тобою створимо чарівний спрей від страхів?» Виготовляємо разом з дитиною, прикрашаємо, придумуємо інструкцію з використання (де використовуємо, коли, як часто тощо).

3. Подолання страху. «Подивися, скільки ми сьогодні зробили ... ти намалював / намалювала всі свої страхи (написав/написала про всі свої страхи) і позбувся/позбулася їх. Ти відчуваєшся краще зараз?

А тепер я поділюся з тобою секретом... іноді страхи можуть повертатися. І коли вони це зроблять, ти зможеш зробити щось особливе, що допоможе тобі та іншим. Подивися на Хібукі. Хто більше, ти чи він? Думаєш, Хібукі має страхи? Вони великі чи маленькі? Вони справді страшні? Що ж... ти можеш зменшити свій страх, якщо захистиш когось маленького, хто потребує допомоги, наприклад, твоє плюшеве цуценя.

Твій страх зменшиться, якщо ти подбаєш про Хібукі. Ти відчуєш себе сильним/сильною і могутнім/могутньою; ти відчуєш себе добрим/доброю і дбайливим/дбайливою, захищаючи свого маленького друга, який дійсно потребує захисту та втіхи.

Твоє завдання до наступної зустрічі – стати захисником Хібукі. Давай поговоримо про те, як ти можеш це зробити, наприклад, ти можеш працювати над тими ж вправами, що ми зробили сьогодні, разом з Хібукі. Ти зможеш подбати про Хібукі навіть краще, ніж це було раніше, знаючи, як сильно Хібукі потребує твоїх обіймів і турбот, щоб почуватися в безпеці. Ви можете читати разом книги. Ти маєш інші ідеї? Чудово! Я так пишаюся тобою, ти сильний / сильна і хоробрий захисник / хоробра захисниця.

П'ята сесія – «Історія Хібукі».

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; ручки; крейда; маркери; заспокоююча фонова музика (за бажання).

Програма сесії:

1. Чарівна сила писемного мовлення. Після привітань та встановлення теплої, довірливої атмосфери, фахівець пропонує дитині поговорити про силу писемного мовлення.

«Ти знаєш, що Хібукі любить писати? Хібукі має невеликий щоденник, у якому з твоєю допомогою він пише про найважливіше, ділиться своїми

найбільшими секретами, страхами, побоюваннями. Іноді Хібукі думає, що він серйозний автор, і пише розповіді про своє минуле, сьогодення, мрії та про майбутнє. Як ти гадаєш, про що Хібукі напише сьогодні?

Ось лише кілька прикладів того, про що може написати Хібукі:

- Основні моменти дня.
- За що Хібукі вдячний.
- Чого боїться Хібукі і які хитрощі він використовує для боротьби зі страхами.
- Лист Хібукі незнайомцю – як Хібукі опише себе?
- Малюк Хібукі – яким був Хібукі в дитинстві?
- Хібукі супергерой – секрети Хібукі, як впоратися зі страхами та тривогою».

Примітка: список можна продовжити.

Фахівець мусить вибрати щось із перерахованих вище тем, ґрунтуючись на попередній історії спілкування з дитиною, і спрямувати її до тем розповіді, які є найбільш актуальними для дитини. Іншими словами, фахівець вказує, що Хібукі має схожі переживання, які дитина може зрозуміти і пов'язати зі своїми особистими почуттями.

2. Якщо «HI_BOOK» – книга про себе та своє безпечне місце не використовувалася раніше, то в цій сесії надається можливість її використовувати або додати додаткові розділи, присвячені глибшій історії Хібукі.

3. Вправа – малюнок «цілком секретний» комікс для Хібукі. Його можна вставити в маленьку кишеню (якщо використовується одяг із такою кишенею). Виріжте зі звичайного паперу книжечку так, щоб вона помістилася в кишеню (якщо кишені немає, то книжка може бути будь-якого розміру), і запропонуйте дитині намалювати абсолютно секретну історію, якою вона хоче поділитися з Хібукі. В якості альтернативи запропонуйте дитині намалювати свої труднощі та стратегії подолання труднощів (зверніться до вправ із

заняття 4), щоб Хібукі тримав їх під рукою у складних ситуаціях (наприклад, коли я відчуваю метеликів у животі, ми повільно вдихаємо та видихаємо).

4. Для багатьох дітей, які нещодавно приїхали до США, є актуальним оформлення паспорта. Як і у випадку з проєктом «HI_BOOK», попрацюйте з дитиною над створенням невеликого особистого паспорта, який поміститься в паспорт Хібукі та дозволить дитині поділитися своєю біографією.

5. Додаткові питання вивчення дитини шляхом розповідання історій:

Як ти думаєш, про що Хібукі потрібно дізнатися зараз?

– Що може допомогти Хібукі впоратися з ... (вказіть емоцію дитини)?

– З ким ще Хібукі любить ділитися своєю історією?

– Що Хібукі може робити, коли він... (укажіть емоцію дитини)?

За потреби запропонуйте поради, що допоможуть дитині регулювати свої емоції, ґрунтуючись на інформації, отриманій у результаті виконання проєкту на цьому занятті.

Шоста сесія – «Емоційна карта».

Необхідні матеріали: Хібукі; плакати із зображенням емоцій; карточки із описом почуттів (Шарон Максимов, Єфімцева, Сищук, 2023; Шарон Максимов, Грисюк, Сищук, 2024; Шарон Максимов, 2024); будівельні блоки / плитка «Магна»; зручні крісла; заспокійлива фонова музика (за бажанням дитини).

Програма сесії:

1. Заняття ґрунтується на попередньому. На ньому можна продовжити проведення вже розпочатих вправ з опорою на раніше отримані знання. На початку заняття використовуйте плакати із зображенням емоцій, щоб запропонувати дитині визначити, що вона та/або Хібукі відчують.

2. Попросіть дитину вибрати картку з описом почуттів (Шарон Максимов, Єфімцева, Сищук, 2023; Шарон Максимов, Грисюк, Сищук, 2024), щоб працювати з емоціями, які вона або Хібукі відчують. Ґрунтуючись на

тому, що вже було розглянуто на попередньому занятті, можна працювати з картою або створити секретний буклет для кишені Хібукі.

3. За результатами занять 5 і 6 дитина мусить розвинути словниковий запас, що описує основні емоції, бути в змозі назвати свою емоцію (або емоцію Хібукі) та визначити 1-2 способи, як з нею впоратися.

Сьома сесія – «Ритуали Хібукі».

Необхідні матеріали: Хібукі; блокнот для малювання; папір А-4; ручки; олівці; заспокійлива фоновіа музика (за бажанням).

Програма сесії:

1. Це заняття є своєрідним містком, що веде від вирішення проблем, з якими стикається дитина, до того місця, де вона зможе прийняти, вирішити їх та подивитися у майбутнє.

Якщо ви проводите цю сесію – привітайте себе: дитина на шляху до того, щоб стати більш упевненою, перебувати думками й почуттями в даний момент часу, здатна справлятися з труднощами; і незабаром вона з радісним очікуванням буде дивитися у майбутнє!

2. Ритуали та традиції допомагають формувати заспокійливі звички. Нижче наведено лише деякі ідеї вправ, які можна запропонувати дитині. Використовуйте вправи з пунктів 3-5 або вигадайте нові ідеї, натхненні історією вашого клієнта.

3. «Що роблять цуценята, коли вони щасливі? Вони виляють хвостом, так? Якщо ти подивишся на хвіст Хібукі, то побачиш, що навіть, незважаючи на смуток в очах, його хвіст готовий виляти. Це знак від Хібукі, що все буде гаразд!

Отже, ось таємниця для тебе. Якщо тобі сумно, спробуй щось змінити у своєму тілі, і ти помітиш, як покращиться твій настрій. Наприклад, якщо тобі сумно, ти будеш ходити з опущеною головою. Спробуй подивитись на свою поставу, а потім підними голову. Або заведи звичку посміхатися і навіть

сміятися, коли тобі сумно і хочеться плакати. Ти побачиш, як ці зміни у твоєму тілі змусять тебе відчувати себе краще».

4. «Ти пам'ятаєш, що означає Хібукі на івриті? Мабуть, Хібукі – це обійми. Отже, що ми робимо, коли нам сумно? Ми обіймаємо Хібукі.

Як щодо того, щоб створити ритуал обіймання Хібукі, а також своїх близьких щоразу, коли ти відчуваєш, що вони цього потребують? Це можуть бути обійми «просто так», ранкові обійми, обійми на ніч ... Які традиції обіймів ти хотів / хотіла би створити? Ти хочеш їх записати?».

5. «Розкажи про три речі, за які ти вдячний / вдячна. Ти також можеш створити список для себе та для Хібукі! Часом у кожного бувають погані дні, але коли ми ділимося трьома речами, за які ми вдячні, навіть якщо це такі прості речі, як перегляд фільму або щось смачненьке з їжі, вони показують нам, що радість можна знайти навіть у важкі часи. Чи маємо ми спробувати записати чи намалювати їх?».

Восьма сесія – «Дошка мрії».

Необхідні матеріали: Хібукі; пінопласт; міліметровий папір; дошка для оголошень чи плакатів; ножиці; клей; журнали (із яких можна вирізати відповідні зображення); роздруковані зображення (взяті із Google фото / цитати, позитивні твердження); маркери; наліпки; кольоровий папір або стікери (для створення власного малюнку чи написання цитати / позитивного твердження).

Програма сесії:

Це заключна сесія у короткостроковій програмі Хібукі-терапії. В окремих випадках може знадобитися більше однієї зустрічі, щоб завершити роботу, тому потрібно правильно оцінити час. До цього часу дитина вже має мати позитивні результати: відчувати себе більш комфортно, впевнено, присутньою «тут і тепер» та планувати майбутнє. Саме з орієнтацією на майбутнє побудована восьма сесія.

Створення «Дошки мрії» допоможе дитині зосередитися на майбутньому, помріяти та подумати про нього. Це є позитивною й довгоочікуваною характеристикою, що була неможлива в період переживання травми дитиною.

Познайомте дитину із вправою «Дошка мрії».

Нижче наведено переваги цього завдання, поясніть їх дитині простими словами:

- «Це допоможе тобі стати впевненішим/впевненішою у собі. У тебе вже є мрії у твоїй голові. Візуальне розміщення їх на дошці допоможе тобі повірити, що ти здійсниш свою мрію і досягнеш своєї мети.

- Ти можеш виявити свої творчі здібності та себе! Ти зможеш дізнатися, ким ти справді хочеш бути і чим займатись. Твоя «дошка мрії» – це не тільки те, що ти хочеш мати, а й те, ким ти хочеш стати. Подумай про важливі для тебе цінності і про якості, які ти хочеш мати (бути добрим, сильним, розумним тощо).

- Створи велику мрію! Подумай про всі мрії свого життя і відзнач їх на дошці».

«Дошка мрії» дозволить дитині зрозуміти важливість зосередженості та зусиль, і при цьому складати її весело. Після завершення завдання, запропонуйте їй розмістити свою дошку мрії вдома на видному місці. Коли діти бачать свою дошку мрії щодня, вони пам'ятають, у якому напрямі прагнуть рухатися.

У міру того, як дитина своїми зусиллями досягатиме мети, вона усвідомлюватиме ефективність цілеспрямованої роботи. І це весело! Це чудове нагадування про те, що дитина вже проробила гарну роботу і мріє про більше.

При цьому доцільно використання таких вправ:

1. Вправа на візуалізацію. Як тільки дитина зацікавиться і буде готова зробити власну «Дошку мрії», почніть із вправи на візуалізацію. Поясніть, чому вона важлива, і зробіть її короткою. Виконайте наступні дії:

- Сядьте разом у зручному місці.

- Увімкніть легку веселу музику у фоновому режимі.
- Попросіть дитину заплющити очі (ви можете зробити це разом із нею).
- Потім допоможіть дитині візуалізувати її мрії. Задайте дитині одне запитання і дайте час обміркувати, відповісти та відчувати.

- Це може звучати приблизно так – «Я хочу, щоб ти подумав/подумала про одну річ, яку ти дійсно хочеш мати зараз. А тепер уяви, що вона в тебе вже є. Як ти себе відчуваєш? Уяви, наскільки широка твоя посмішка і як ти схвилюваний/схвилювана...

- Тепер подумай про себе як про дорослого/дорослу. Чим би ти хотів/хотіла займатися? Що б ти хотів/хотіла відчувати? Ким ти хочеш бути?

- Це тебе надихає? Чому це важливо для тебе? А тепер повторюй за мною: «Я такий/така, яким/якою хочу бути... Життя моєї мрії наближається до мене».

- Змініть ці установки залежно від віку та особистості дитини. Ви знаєте, що краще!

- Потім попросіть дитину розплющити очі. Запитайте, як він/вона відчувається.

- Потім ви можете перейти до наступної вправи – складання списку цілей.

2. Складіть список цілей із підказками.

Перш ніж перейти до етапу вибору фотографій та фактичного створення дошки, важливо скласти список цілей, які будуть відображатися на дошці мрії. Отже, ваше завдання зараз полягає в тому, щоб направляти дитину за допомогою підказок, щоб допомогти їй сфокусуватися на цілях і подумати про те, чого вона прагне.

Важливо, щоб цілі були конкретними, і це може бути складним для дитини, тому допоможіть їй із цими питаннями.

Це нормально мати різні цілі, що охоплюють різні області, такі як навчання, подорожі, речі, заняття та багато іншого. Почніть із простих питань, а потім переходьте до цілеспрямованих.

- У тебе є якісь улюблені речі?
- Що тобі найбільше подобається робити?
- Чого ти хотів би/хотіла б навчитися?
- Яку мету ти можеш поставити собі на цей рік?
- Що б ти хотів/хотіла вивчати у школі?
- Ким ти хочеш стати, коли виростеш?
- У які місця під час поїздки твоєї мрії ти бажаєш вирушити?
- Що тобі подобається у твоїх найкращих друзях?
- Як би ти хотів / хотіла допомогти нашій планеті?
- Як би виглядав дім твоєї мрії?
- Що ти справді бажаєш отримати?
- Яких великих цілей хочеш досягти?

Дайте дитині час подумати. Ви можете записати її цілі для неї або дозволити це зробити самостійно.

3. Ось приклади позитивних тверджень для дітей, що можуть стати чудовим доповненням!

- Мій голос має значення.
- Я приймаю себе таким, яким / якою я є.
- Я сам / сама будує своє майбутнє.
- Я надаю перевагу позитивному мисленню.
- Моє щастя залежить від мене.
- Я починаю з позитивного налаштування.
- Все можливо.
- Я випромінюю позитивну енергію.
- Зі мною стануться дивовижні речі.
- Я можу робити глибокі вдихи.
- З кожним подихом я відчуваюся сильніше.
- Я порівнюю себе лише з собою.

- Я можу щось зробити.
- Досить зробити все, що я можу зробити.
- Я можу бути будь-ким.
- Я приймаю те, ким я є.
- Я сміливий / смілива.
- Я розумний / розумна.
- Я маю значення.
- Я пишаюся собою.
- Я важливий / важлива.
- Я творча людина.
- Я терплячий / терпляча.
- Моя думка має значення.
- Мене цінують.

4. Ось кілька слів сили, які діти можуть додати на свою «Дошку мрії» (слова, які описують те, ким дитина хоче стати): творчий; фокус; сподіватися; вважати; щасливі; ніжний; поважати; милість; гармонія; посмішка; світло; організувати; родина; дружба; хоробрий.

Попросіть дитину подумати про слова сили, до яких вона хотіла б наблизитися, і написати їх на аркуші паперу, щоб додати на дошку. Це може бути одне слово або три-чотири. Не продовжуйте занадто список, щоб дитина залишалася сфокусованою.

5. Зберіть усе разом. Тепер, коли ми маємо цілі, фотографії та інші матеріали, настав час зібрати все це разом! Складіть усі фотографії, слова, позитивні твердження, наклейки, малюнки тощо і спробуйте різні варіанти розміщення. Додавайте або видаляйте елементи залежно від того, як це виглядає. Як тільки дитина стане задоволеною, почніть склеювати чи скріплювати всі елементи на дошці.

6. Коли завдання буде виконане, запропонуйте дитині забрати колаж додому, щоб встановити дошку на видному місці. Заохочуйте дитину практикуватися в поясненні дошки цуценяті Хібукі (безпечне місце), заохочуйте дитину часто дивитися на неї, наприклад, щодня вранці перед тим, як піти до школи, і продовжуйте нагадувати дитині про її величезні здібності.

7. І все! З цього моменту дитина має менше залежати від Хібукі, навчитися заводити друзів і думати про майбутнє. Мазал тов («Вітаємо» на івриті)!

Залежно від обставин, які виявляються в ході роботи з кожною дитиною, фахівець сам може корегувати програму і за необхідності додавати вправи, наприклад, із методичних рекомендацій «На допомогу психологу», в якій описані різні техніки і вправи роботи залежно від запиту.

Наприклад, дерево сили; проєктивна методика «Страхи у банках»; техніка «Надійне безпечне ліжко», терапевтична казка «В обіймах Обіймаки», карта емоцій тощо), або ж додавати у роботу (в межах роботи із дитиною в кабінеті чи взаємодії дитини з батьками вдома) терапевтичні дитячі казки із книги «Хібукі – песик, який вміє обіймати» (Шарон Максимов, 2023; Шарон Максимов, 2024).

Важливо, щоб кожна терапевтична сесія проходила у дружній атмосфері, щоб фахівець слідкував за проявом вдячності та ввічливості Хібукі щодо дитини: дякував за приділені зусилля, хвалив за кожну виконану вправу, проявляв повагу під час прохань повторити, якщо дії або ж відповіді дитини не зовсім зрозумілі тощо.

3.3 Аналіз ефективності впровадження програми трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії

З метою визначення ефективності впровадження програми трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії було застосовано методи математико-статистичного аналізу.

Зокрема, перед початком обрахунків отримані дані було перевірено на відповідність нормальності розподілу (коефіцієнт Колмогорова-Смірнова) та виявлено, що він не відповідає кривій Гауза ($p \leq 0,05$). Тому на етапі перевірки ефективності програми було застосовано Т-критерій Вілкоксона для порівняння результатів до та після окремо по експериментальній і контрольній групах.

Упроваджена програма вважалася ефективною за умови виявлення статистично значущих відмінностей у експериментальній групі до та після формувального впливу за виділеними рівнями функціонування психіки, на які було спрямовано терапевтичну роботу: когнітивно-рефлексивний, емоційно-афективний, мотиваційно-поведінковий та фізично-соматичний. А також відсутності статистично значущих відмінностей у показниках контрольної групи до та після інтервенцій методом Хібукі-терапії. У цьому випадку зміни в експериментальній групі будуть підтверджені через вплив на дітей саме терапевтичною роботою методом Хібукі, а не зовнішніми чи будь-якими іншими чинниками (Додаток Т).

Також за допомогою U-критерію Манна-Уїтні було визначено, що експериментальна та контрольна групи за основними показниками дослідження є релевантними між собою (статистично значущих відмінностей до початку формувального експерименту між даними групами виявлено не було, $p \geq 0,05$).

У межах аналізу когнітивно-рефлексивної сфери переживань дітей молодшого шкільного віку в експериментальній та контрольній групах за результатами опитувальника «Спогади про травматичну подію» до та після впровадження інтервенцій методом Хібукі-терапії було отримано наступні дані (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Порівняльний аналіз показників до та після впровадження програми
Хібукі-терапії у експериментальній та контрольній групах за
опитувальником «Спогади про травматичну подію»**

Шкали	Група	Середнє значення		Медіана		Рівень значущості (p)	Розмір ефекту (r)
		До	Після	До	Після		
Повернення до травматичного досвіду	ЕГ	13,82	11,51	14,00	11,00	<0,001	0,693
	КГ	14,09	14,0	14,0	14,0	0,505	-0,144
Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	ЕГ	12,61	10,25	12,00	10,00	<0,001	0,663
	КГ	14,03	13,77	14,0	14,0	0,090	0,179
Поведінкова реакція на травматичний досвід	ЕГ	7,64	6,55	8,00	6,00	<0,001	0,634
	КГ	7,73	7,56	8,00	8,00	0,105	0,288

Примітки: ЕГ – експериментальна група; КГ – контрольна група

У межах контрольної групи статистично значущих відмінностей за шкалами опитувальника виявлено не було ($p > 0,05$). Це свідчить про те, що зміни у показниках спогадів про травматичну подію після терапевтичної роботи у експериментальній групі були зумовлені саме впровадженою у роботу програмою, а не іншими чинниками.

Показники всіх шкал опитувальника «Спогади про травматичну подію» змінилися після впровадження програми Хібукі-терапії. Зокрема, знизилися показники повернення до травматичного досвіду ($p < 0,001$; $r = 0,693$), що проявлялося у зменшенні: частоти згадування, повернення у фантазіях до травматичної події, сновидінь, пов'язаних із її сюжетом, бачення травматичної події у різних відрізках часу: минулому, теперішньому, майбутньому.

За шкалою «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» спостерігається значуще зниження показника ($p < 0,001$; $r = 0,663$), що також є

позитивним результатом. Зокрема, діти молодшого шкільного віку після терапевтичної роботи стали більш позитивно уявляти себе у майбутньому, забарвленість їхніх мрій стала більш оптимістичною, діти стали більше виокремлювати в собі особистісних рис, які можуть допомагати їм впоратися із складною ситуацією, вони стали на довший термін планувати своє майбутнє, більше розуміти і диференціювати власні емоції і почуття, які переживали в минулому у складній ситуації та зараз, і підвищився показник розуміння того, як дитина може вийти із складної ситуації, подолати її.

Показники за шкалою «Поведінкова реакція на травматичний досвід» також значущо знизилися після терапевтичної роботи ($p < 0,001$; $r = 0,634$). Це свідчить про те, що молодші школярі в процесі взаємодії стали більш активними у спробах подолати негативні наслідки травматичних ситуацій та готовності як отримувати, так і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях.

Розмір ефекту змін у когнітивно-рефлексивній сфері в експериментальній групі відповідає високому ($0,5 \leq r < 1$).

За показниками шкали впливу життєвих подій опитувальника дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний із війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя), та бесіди, спрямованої на діагностику особливостей травматичного досвіду, розуміння власних емоцій і почуттів до та після формувального експерименту у двох групах, було отримано результати, що подані в таблиці 3.4.

Значущі відмінності у експериментальній групі до та після впровадження програми було діагностовано за шкалою вплив життєвих подій ($W = 18239$; $p < 0,001$; $r = 0,571$) та результатами, зафіксованими в межах бесіди щодо особливостей травматичного досвіду ($W = 17970$; $p < 0,001$; $r = 0,862$).

У молодших школярів після Хібукі-терапії в межах шкали впливу життєвих подій значущо знизилися показники складності переживання травматичних подій, які мали місце в її житті, а саме: важка подорож до місця безпеки ($p = 0,003$); протягом шляху до місця безпеки були періоди без їжі і

води та/або сильна фізична втома ($p = 0,035$); дитина чула вибухи чи постріли ($p = 0,050$). У межах результатів, отриманих під час бесіди, виявлено, що серед дітей експериментальної групи значущо знизилися показники: нездатності чітко визначати свої емоції та почуття; фіксації на негативних моментах поточної ситуації; труднощів у визначенні найближчого майбутнього, частого згадування травматичної події без належного її осмислення і інтерпретації та підвищилося розуміння власних ресурсів, оптимальних дій для конструктивного подолання складної ситуації ($p < 0,001$).

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз показників до та після впровадження програми Хібукі-терапії у експериментальній та контрольній групах за шкалою впливу життєвих подій та бесіди щодо виявлення травматичного досвіду

Шкали/методи	Група	Середнє значення		Медіана		Рівень значущості (p)	Розмір ефекту (r)
		До	Після	До	Після		
Вплив життєвих подій	ЕГ	21,1	17,4	19,0	16,0	<0,001	0,571
	КГ	21,6	21,0	21,0	21,0	0,185	0,294
Бесіда щодо травматичного досвіду	ЕГ	9,18	6,05	9,00	5,00	<0,001	0,862
	КГ	10,7	10,7	11,0	11,0	0,395	-0,178

Примітки: ЕГ – експериментальна група; КГ – контрольна група

Розмір ефекту змін за шкалами в експериментальній групі відповідає високому ($0,5 \leq r < 1$), що свідчить про відповідно високий ефект відмінностей між замірами до та після.

Серед дітей контрольної групи за результатами двох замірів за шкалою впливу життєвих подій та бесіди щодо травматичного досвіду статистично значущих відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$).

У межах емоційно-афективної сфери переживань дітей молодшого шкільного віку в експериментальній та контрольній групах за результатами шкали

«тривожні/нав'язливі думки» опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною та проєктивної методики «Безпечне місце» до та після впровадження інтервенцій методом Хібукі-терапії було отримано наступні дані.

Виявлено значущі відмінності в експериментальній групі до та після Хібукі-терапії за шкалою «тривожні/нав'язливі думки» ($W = 32063$; $p < 0,001$; $r = 0,934$) та за показниками проєктивної методики «Безпечне місце» ($W = 18774$; $p < 0,001$; $r = 0,850$) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз показників до та після впровадження програми Хібукі-терапії у експериментальній та контрольній групах за шкалою «Тривожні/нав'язливі думки» та проєктивної методики «Безпечне місце»

Шкали/Методики	Група	Середнє значення		Медіана		Рівень значущості (p)	Розмір ефекту (r)
		До	Після	До	Після		
Шкала «Тривожні / нав'язливі думки»	ЕГ	41,03	27,62	41,00	25,00	<0,001	0,934
	КГ	42,4	42,25	42,00	42,00	0,996	-0,00185
Проєктивна методика «Безпечне місце»	ЕГ	8,78	6,39	8,00	6,00	<0,001	0,850
	КГ	10,4	10,5	10,0	10,0	0,250	-0,21922

Примітки: ЕГ – експериментальна група; КГ – контрольна група

Зокрема, встановлено, що діти молодшого шкільного віку після терапевтичної роботи мають зниження показників страху йти до школи; спати і бути наодинці; прощатися із батьками; втратити дім; гучних звуків; що щось страшне станеться із ними, чи їхніми рідними; що щось піде не так, як було заплановано; їх менше стала хвилювати смерть ($p < 0,001$). Також знизилися показники переживання негативних почуттів щодо травматичної події; частоти прояву негативних почуттів в цілому; фіксації на власних переживаннях; негативного налаштування на майбутнє та однобічного,

негативно спрямованого ставлення до травматичного досвіду і не здатності бачити позитивні аспекти поточної ситуації ($p < 0,001$).

Таким чином, отримані результати в межах емоційно-афективної сфери свідчать про ефективність Хібукі-терапії у зниженні негативних емоцій, страхів, тривожності дітей молодшого шкільного віку, збільшенню нервової стабільності, позитивному переосмисленню травмівних переживань, орієнтації на майбутнє, із позитивним забарвленням його сюжету і здатності адаптуватися до складних обставин тощо.

У мотиваційно-поведінковій сфері трансформації переживань дітей молодшого шкільного віку в двох групах до та після Хібукі-терапії за шкалами агресивної поведінки і самотності опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний з війною (модифікація опитувальника Шай Хен-Галя); результатів спостереження за поведінкою для оцінки мотиваційно-поведінкової реакції дитини на травматичний досвід та міжособистісною взаємодією спрямованою на оцінку соціальної ізоляції і міжособистісних труднощів, було отримано результати, що презентовані в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз показників мотиваційно-поведінкової сфери трансформації травмівних переживань до та після впровадження програми Хібукі-терапії у експериментальній та контрольній групах

Шкали/Методи	Група	Середнє значення		Медіана		Рівень значущості (p)	Розмір ефекту (r)
		До	Після	До	Після		
1	2	3	4	5	6	7	8
Агресивна поведінка	ЕГ	19,16	17,74	18,00	17,00	0,017	0,614
	КГ	22,69	22,89	22,00	22,00	0,299	-0,1910
Самотність	ЕГ	18,86	12,60	18,00	11,00	<0,001	0,859
	КГ	22,82	22,97	22,00	22,00	0,636	-0,0776

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4	5	6	7	8
Спостереження за поведінкою	ЕГ	10,06	7,17	9,00	6,00	<0,001	0,912
	КГ	11,97	12,05	12,00	12,00	0,493	-0,1294
Спостереження за міжособистісною взаємодією	ЕГ	7,63	5,83	7,00	5,00	<0,001	0,791
	КГ	9,44	9,50	10,00	10,00	0,561	-0,1193
Мотиваційно-поведінкова сфера в цілому	ЕГ	55,22	38,66	53,00	35,00	<0,001	0,882
	КГ	53,4	54,0	52,0	52,0	0,615	-0,0897

Примітки: ЕГ – експериментальна група; КГ – контрольна група

Установлено, що за двома замірами до та після терапії є статистично значущі відмінності за шкалами: агресивна поведінка ($W = 170$; $p = 0,017$; $r = 0,614$), самотність ($W = 43668$; $p < 0,001$; $r = 0,859$); результатами спостереження за поведінкою ($W = 18266$; $p < 0,001$; $r = 0,912$), за міжособистісною взаємодією ($W = 13016$; $p < 0,001$; $r = 0,791$) та загальним показником мотиваційно-поведінкової сфери особистості молодших школярів експериментальної групи ($W = 29056$; $p < 0,001$; $r = 0,882$).

Діти експериментальної групи після терапії стали менше злитися ($p = 0,021$), проявляти вербальну агресію через грубощі по відношенню до оточуючих ($p = 0,012$), їм стало легше контролювати свою агресію ($p = 0,018$) та знизився рівень бажання виплескувати свою злість на когось ($p = 0,027$) і на щось ($p = 0,033$).

У межах шкали самотності спостерігається зниження показників щодо уявлень дитини про те, що батьки і оточуючі її не розуміють, що вона зовсім одна; бажання бути на одинці; гратися на самоті та відчуття покинутості ($p < 0,001$).

Схожі результати виявлено й за даними спостереження за поведінкою та міжособистісною взаємодією молодших школярів. Установлено, що в дітей знизилося нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію «по колу», транслювати її сюжети в іграх, малюнках, ліпленні; переживання

ізолюваності від оточуючих; бажання усамітнитися; зменшилася частота скарг щодо нерозуміння батьків і інших значущих дорослих; підвищилася здатність до стабілізації власного емоційного стану та надання і отримання емоційної підтримки у складній ситуації.

З огляду на отримані зміни є цілком очевидним зниження після терапії загального показника негативних проявів травматичних переживань у мотиваційно-поведінковій сфері особистості дитини.

Виявлені відмінності в межах експериментальної групи за двома замірами мають високий розмір ефекту, оскільки r = від 0,614 до 0,912.

Разом з тим, за двома замірами до та після терапії у контрольній групі значущих відмінностей за шкалами: агресивна поведінка, самотність; результатами спостереження за поведінкою і за міжособистісною взаємодією молодших школярів та загальним показником мотиваційно-поведінкової сфери не виявлено ($p > 0,05$).

Заміри фізично-соматичної сфери трансформації травматичних переживань у двох групах наведено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняльний аналіз показників до та після впровадження Хібукі-терапії у експериментальній та контрольній групах за показниками фізично-соматичної сфери трансформації травматичних переживань

Шкали	Група	Середнє значення		Медіана		Рівень значущості (p)	Розмір ефекту (r)
		До	Після	До	Після		
Фізичне самопочуття	ЕГ	19,0	13,4	19,0	12,0	< 0,001	0,883
	КГ	21,8	21,6	22,0	21,0	0,558	0,104

Примітки: ЕГ – експериментальна група; КГ – контрольна група

Як видно з даних, наведених у табл. 3.7, після Хібукі-терапії відбулися статистично значущі зміни у фізичному самопочутті молодших школярів з

експериментальної групи ($W = 25669$; $p < 0,001$; $r = 0,883$). Зокрема, в них діагностовано відновлення функцій сну, що проявляється у налагодженні тривалості, якості сну та засинання (знизився показник фіксації проблем із засинанням, коли дитина одна); функцій харчування, що проявляється в стабілізації апетиту та зниженні відчуття втомлюваності. Виявлені відмінності мають високу силу ефекту.

Водночас, у результаті порівняння показників фізичного самопочуття молодших школярів контрольної групи після Хібукі-терапії значущих відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$). Фактично, показники залишилися на тому самому рівні вираженості.

Таким чином, після впровадження програми діагностовано позитивні зміни за всіма чотирма сферами трансформації травмівних переживань дитини, що свідчить про дієвість впливу роботи засобами Хібукі-терапії на самопочуття, поведінку, стан молодших школярів, які мають травматичний досвід, пов'язаний із війною.

Розроблена програма трансформації травмівних переживань молодших школярів із використанням песика Хібукі стала дієвим інструментом роботи із дитячою травмою. Комплексний підхід, що передбачає роботу із дітьми та батьками, які підтримують і допомагають дитині поза взаємодією із психологом налагоджувати контакт і піклуватися за Хібукі, не лише сприяв зниженню запланованих показників травматичних переживань, а і позитивно відобразився на покращенні оцінки дітьми взаємостосунків із батьками та взаєморозуміння між ними.

Висновки до розділу 3

Узагальнені результати формувального етапу дослідження, спрямованого на трансформацію травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії, можна відобразити у таких висновках:

1. Запропонована програма трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії є ефективною та повною мірою відповідає поставленим завданням в межах її розробки: формування у дитини відчуття захищеності і безпеки; підтримки у складній ситуації та розуміння дитиною, що вона не сама зі своїми переживаннями; повернення до реальності, розуміння завершеності травматичної ситуації; визначення стратегій допомоги собі та оточуючим; орієнтованість на майбутнє тощо. Оскільки в результаті її впровадження всі зазначені завдання були реалізовані та підтвердилися через результативність і стійкість змін у всіх задіяних експериментальних групах молодших школярів.

2. Робота в межах програми була побудована з орієнтацією на основні принципи психологічної допомоги (безумовне прийняття, відповідальність, технічність психологічної допомоги, системність роботи, компетентність, діалогічність, ненасильницьке спілкування) та складалася із трьох послідовних етапів відповідно до логіки розгортання формувального експерименту: первинної діагностики, трансформаційного етапу та завершально-діагностичного. Програма трансформації травмівних переживань молодших школярів побудована з орієнтацією на два напрями роботи: робота з дітьми молодшого шкільного віку та із їхніми батьками. Метою роботи із молодшими школярами є трансформація у бік зниження травмівних переживань шляхом пропрацювання когнітивно-рефлексивної, емоційно-афективної, мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної сфер особистості. Мета роботи із батьками – психоедукація, спрямована на знайомство із іграшкою Хібукі, основними характеристиками роботи з дитиною за допомогою Хібукі-терапії, шляхами підтримки, допомоги дитині під час подолання травмівних переживань.

3. Після впровадження програми трансформації травмівних переживань засобами Хібукі-терапії у дітей молодшого шкільного віку експериментальної групи відбулися зміни за всіма сферами функціонування

психіки: когнітивно-рефлексивною, емоційно-афективною, мотиваційно-поведінковою та фізично-соматичною.

4. У межах когнітивно-рефлексивної сфери знизилися показники повернення до травматичного досвіду (частота згадування, повернення у фантазіях до травматичної події, сновидінь, пов'язаних із її сюжетом, бачення травматичної події у різних відрізках часу); емоційної реакції (діти стали більш позитивно бачити себе у майбутньому, виокремлювати особистісні риси, які можуть допомагати впоратися із складною ситуацією, схильними до пошуку шляхів подолання травматичних ситуацій, забарвленість їхніх мрій стала більш оптимістичною) та поведінкової реакції на травматичний досвід (що проявляється в активності щодо подолання негативних наслідків травматичних ситуацій, готовності як отримувати, так і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях).

Знизилися показники складності переживання травматичних подій; нездатності чітко визначати свої емоції та почуття; фіксації на негативних моментах поточної ситуації; труднощів у визначенні найближчого майбутнього, частого згадування травматичної події без належного її осмислення й інтерпретації та підвищилося розуміння власних ресурсів, оптимальних дій для конструктивного подолання складної ситуації.

5. У межах емоційно-афективної сфери виявлено зниження показників страху у дітей. Зокрема, страху йти до школи, спати і бути наодинці, прощатися з батьками, втратити дім, гучних звуків, що щось страшне станеться із ними чи їхніми рідними, що щось піде не так, як було заплановано, також дітей стало менше хвилювати питання смерті. Знизилися показники переживання негативних почуттів щодо травматичної події; частоти прояву негативних почуттів в цілому; фіксації на власних переживаннях; негативного налаштування на майбутнє та однобічного, негативно спрямованого ставлення до травматичного досвіду і нездатності бачити позитивні аспекти поточної ситуації.

6. У межах мотиваційно-поведінкової сфери зменшилася агресивна поведінка (що проявляється у зниженні злості, вербальної агресії, бажання виплескувати свою злість на когось і на щось); самотність (зниження показників щодо уявлень дитини про те, що батьки й оточуючі її не розуміють, що вона зовсім одна; бажання бути на одинці; гратися на самоті та відчуття покинутості); нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію «по колу», транслювати її сюжети в іграх, малюнках, ліпленні; переживання ізольованості від оточуючих; бажання усамітнитися; зменшилася частота скарг щодо нерозуміння батьків та інших значущих дорослих; підвищилася здатність до стабілізації власного емоційного стану та надання й отримання емоційної підтримки у складній ситуації.

7. Після терапії у дітей експериментальної групи виявлено покращення функцій сну, що проявляється у налагодженні тривалості, якості сну та засинання (знизився показник проблем із засинанням, коли дитина одна); функцій харчування, що виражається у стабілізації апетиту та знизилася відчуття втомлюваності.

8. Натомість у дітей з контрольної групи статистично значущих відмінностей у проявах їхніх травмівних переживань зафіксовано не було.

Результати дослідження за третім розділом подані в таких публікаціях [132; 133; 135; 142; 143; 196; 211].

ВИСНОВКИ

У роботі узагальнено теоретичні та емпіричні результати дослідження психологічних особливостей трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії та на основі цього сформовано наступні висновки:

1. У результаті теоретичного аналізу наукової літератури виокремлено основні наукові підходи у дослідженні травмівних переживань молодших школярів у психологічній науці: психоаналітичний (відповідно до якого вважається, що травматичний досвід потрібно трансформувати через виявлення прихованих спогадів, усвідомлення їхнього впливу та інтеграцію його у психіку дитини через аналіз, інтерпретацію та переосмислення); психодинамічний (у межах якого важлива роль відводиться неусвідомленим спогадам про травматичний досвід, які можуть впливати на психіку індивіда протягом всього життя, силі впливу та раптовості травматичної події, внаслідок чого змінюється особистість, її поведінка, підвищується кількість дезадаптованих реакцій у комунікації з оточуючими, близькими, рідними, знайомими тощо); когнітивно-біхевіоральний (травматичні переживання як реакції на емоційному рівні, що виникають на зовнішній стимул та через дію стресорів є хворобливою неефективною поведінкою і характеризуються напругою, суб'єктивними труднощами, дискомфортом тощо); клінічний (як реакція на події, що загрожують життю, фізичній або психологічній цілісності особистості (війна, аварії, насильство тощо) та проявляються у постстресовій психологічній дезадаптації, нав'язливих спогадах, флешбеках уникнення тригерів, емоційному заціпенінні, порушенні сну тощо); культурно-історичний (процес переживання спрямований на привласнення і переробку вражень, які виникли під дією зовнішніх або внутрішніх чинників, що потребують переосмислення людиною і побудови нових сенсів); діяльнісний (у межах якого переживання розглядається як подолання кризи через активні

дії з метою створення нового сенсу події чи ситуації, що раніше сприймалася як кризова (трансформація переживання на продуктивне / успішне, через зміну системи цінностей людини); наративний (як порушення особистісного наративу, розрив у своїй історії, що робить людину, її ідентичність і стан не стабільними й потребує переосмислення); генетичний (у межах якого особливе значення для нашого дослідження має тлумачення психологічного механізму як знаряддя, що забезпечує функціонування і розвиток психіки як такої); суб'єктно-вчинковий (розглядається через переживання, що трактуються як стан з яскравими емоційними проявами, який зводиться до інтроспекції; як внутрішні сигнали особистості, за допомогою яких відбувається усвідомлений вибір можливих мотивів та регуляція поведінкових проявів; як форма активності, що дозволяє пережити важкі життєві події, за допомогою переоцінки цінностей існування); комплексний (який передбачає діагностику стану особистості, пошук шляхів подолання негативних наслідків травмивних переживань та пошук нових ресурсів особистості) тощо. В якості базових використано положення комплексного та психоаналітичного підходів, відповідно до яких травмивний досвід спричинюється подією, що руйнує звичне уявлення людини про світ, в якому вона живе, та сприяє запуску процесу переоцінки цінностей, що стимулює зміну життєвих орієнтирів. Психічна травма визначається нами як травма, пов'язана із подією чи її інтерпретацією суб'єктом, що не належить до сфери типового досвіду індивіда і за рахунок цього сприймається як непереборна, незвичайна та викликає глибокі негативні емоційні, болісні переживання, страждання, тривожність, жах, безпорадність тощо. Травмивні переживання – це процес усвідомлення й поступового прийняття людиною травматичного досвіду та інтеграції його в структуру особистості. Це психоемоційний стан, що виникає внаслідок впливу стресової або небезпечної ситуації, яка перевищує адаптаційні можливості особистості, порушуючи її почуття безпеки та спричиняє інтенсивні негативні емоції.

2. Розроблено структурно-функціональну модель конструктивної трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, що спрямована на чотири життєві сфери, що є предметом психологічного впливу: когнітивно-рефлексивна (зниження травматичного згадування пережитих подій, активізації діяльності, планування майбутнього, вивільнення негативних думок тощо); емоційно-афективна (стабілізація психоемоційного стану: зниження (нормалізація) стану тривоги, хвилювання, напруження, розширення репертуару позитивних емоцій, емоційна включеність в діяльність та спілкування); мотиваційно-поведінкова (встановлення / налагодження контактів та взаємодії з оточуючими, здатність приймати і надавати підтримку у складних життєвих ситуаціях; зменшення рівня агресії, вільне висловлювання почуттів, подолання саморуйнівної поведінки); фізично-соматична (відновлення фізичної активності, нормалізація функцій сну, харчування тощо).

3. Для діагностики травмівних переживань створено психодіагностичний інструментарій для вивчення травмівних переживань молодших школярів, в межах чого було розроблено та адаптовано опитувальник дослідження реакції дітей на стрес, пов'язаний з війною (авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя) (який містить п'ять шкал: тривожні/нав'язливі думки, агресивна поведінка, самотність, вплив життєвих подій та фізичне самопочуття) та опитувальник «Спогади про травматичну подію», який містить три шкали: повернення до травматичного досвіду, усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів та поведінкова реакція на травматичний досвід.

За результатами емпіричного дослідження виявлено, що у значної кількості молодших школярів переважає середній рівень когнітивно-рефлексивної та емоційно-афективної сфер травмівних переживань, що свідчить про помірність у прояві тривожності і напруженості щодо травматичної ситуації, емпатійності та відносно оптимістичної спрямованості

на майбутнє. При цьому показники негативних проявів мотиваційно-поведінкової та фізично-соматичної сфер особистості в таких молодших школярів є доволі низькими: ці діти схильні контролювати власні поведінкові прояви, в тому числі агресивні, орієнтуючись на позитивні моменти поточної ситуації, та мають мінімально виражений вплив травматичної події на власний фізичний стан. Установлено статеві, вікові та соціально-демографічні (кількість дітей, наявність статусу переміщення з моменту повномасштабного вторгнення) особливості травмівних переживань молодших школярів. Зокрема, дівчата мають менш виражену емоційну й поведінкову реакції на травмівний досвід, для якого характерна орієнтації на майбутнє, пошук шляхів подолання складних життєвих ситуацій, готовність діяти і працювати для цього. Для хлопців, натомість, характерні вищі показники агресивної поведінки (прояви злості, нижчий контроль агресивних реакцій, вища частота фіксації бійок із іншими дітьми тощо) та агресивності, самотності, загального показника мотиваційно-поведінкової сфери травматичної ситуації, особливо порівняно з дівчатами молодшого шкільного віку.

Діти дев'яти років порівняно із іншими віковими групами молодших школярів (шести, семи, восьми, десяти та одинадцяти років) гірше переживають травматичні події в межах всіх сфер, окрім фізично-соматичної. Вони менше мріють, більш негативно уявляють себе у найближчому майбутньому, частіше повертаються до травматичного досвіду, мають труднощі у визначенні власних емоцій і почуттів, вищу тривожність, відчуття самотності, проблеми у взаєморозумінні з боку батьків. Водночас, вони більш схильні проявляти активність у спробі подолання негативних наслідків травматичної ситуації з метою її опрацювання.

Діти молодшого шкільного віку, які є єдиною дитиною у сім'ї, мають вищі показники повернення до травматичного досвіду порівняно із багатодітними родинами.

4. З метою трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії було розроблено та апробовано програму, що передбачала комплексний підхід та індивідуальну роботу фахівця з дитиною та фахівця з батьками й базувалася на теоретичній моделі даного методу з використанням ляльки Хібукі. У результаті впровадження програми засобами Хібукі-терапії у дітей молодшого шкільного віку експериментальної групи завдяки активній позиції дитини та через проєкцію свого стану на ляльку Хібукі і піклування про неї, відбулися статистично значущі зміни за чотирма сферами трансформації травмівних переживань в бік їхнього зниження. У межах когнітивно-рефлексивної сфери знизилася частота, інтенсивність та складність переживань, пов'язаних із поверненням до травматичного досвіду у спогадах, фантазіях, снах; фіксація на негативних моментах поточної ситуації; підвищилося розуміння власних ресурсів, оптимальних дій для конструктивного подолання складної ситуації, схильність до пошуку шляхів подолання травматичних ситуацій, активності щодо подолання негативних наслідків травматичних ситуацій, готовності як отримувати, так і надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях. У межах емоційно-афективної сфери виявлено зниження показників страху у дітей (йти до школи, спати, бути наодинці, прощатися із батьками, втратити дім, гучних звуків, що щось страшне станеться із ними, чи їхніми рідними, що щось піде не так як було заплановано, також дітей стало менше хвилювати питання смерті), показники переживання негативних почуттів щодо травматичної події; фіксації на власних переживаннях. У мотиваційно-поведінковій сфері – зменшилися прояви агресивної поведінки (зниження злості, вербальної агресії, бажання виплескувати свою злість на когось і на щось); самотності (зниження показників щодо уявлень дитини про те, що батьки й оточуючі її не розуміють, що вона зовсім одна; бажання бути на одинці; гратися на самоті та відчуття покинутості); нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію та транслювати її у всіх видах активності (іграх). У фізично-соматичній сфері

виявлено покращення функцій сну, що проявляється у налагодженні тривалості, якості сну та засинання (знизився показник проблем із засинанням, коли дитина одна); функцій харчування, що виражається у стабілізації апетиту, а також знизилося відчуття втомлюваності). Натомість у дітей з контрольної групи статистично значущих відмінностей у прояві ними травмівних переживань у час перебігу формувального експерименту (до та після його початку в експериментальній групі) зафіксовано не було.

Проведене дисертаційне дослідження повною мірою не вичерпує всіх аспектів проблеми трансформації травмівних переживань загалом і засобами Хібукі-терапії зокрема. **Перспективою подальших досліджень** може стати впровадження та визначення ефективності розробленої програми в різних вікових групах дітей (дошкільного, підліткового, старшого шкільного віку); розробка та апробація програм трансформації травмівних переживань для дітей залежно від статі, конфігурації сім'ї, довготривалих програм для шкіл та садочків; діагностика особливостей та апробація різних форм взаємодії в межах Хібукі-терапії (групової, змішаної) та перевірка їх результативності; визначення особливостей психологічної готовності батьків, практичних психологів, учителів до впровадження Хібукі-терапії та, за потреби, її розвиток, більш поглиблене вивчення статевих (гендерних) особливостей трансформації травмівних переживань, пошук чинників відмінностей таких переживань залежно від статі молодших школярів тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна, Г. (2017). Стратегії опанування психотравматичного досвіду в контексті наративного підходу. *Правничий вісник Університету «КРОК»*, 27, 140–144.
2. Александров, Д., Охріменко, І., & Сербин, Р. (2017). Психологічні чинники схильності дітей учасників бойових дій до постстресових травматичних переживань. *Science and Education*, 9, 16–25.
3. Байдик, В. В., Бондарчук, Ю. С., Гопкало, Ю. П., Гніда, Т. Б., Корнієнко, І. О., Лунченко, Н. В., Луценко, Ю. А., Мороз, Р. А., & Ткачук, І. І. (Ред.). (2020). *Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження)*. Київ : Ніка-Центр.
4. Бех, І. Д. (2008). *Виховання особистості*. Київ : Либідь.
5. Беленька, Г. В. (2019). Образна іграшка як засіб формування життєвих цінностей дитини. *Народна освіта*, 2, 118–124. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/NarOsv_2019_2_19
6. Блінов, О. А. (2016). *Бойова психічна травма*. Київ : Талком.
7. Бондаревська, Л. Л., & Лещенко, І. Т. (2020). Вплив психічної травми на переживання суб'єкта. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*, 31(70), 3, 60–64. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.3/10>
8. Бондарук, Ю. (2018). Зміст і основні напрями психологічної допомоги дітям, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій в умовах закладу освіти. *Scientific Journal Virtus*, 28, 75–80.
9. Бондарчук, О. І. (2024). Особливості психологічного благополуччя молодших школярів з різними рівнями сприйнятого стресу. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»; Серія «Управління та адміністрування»*, 30(59), 29–46. [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-29-46](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-29-46)

10. Бондарчук, О. І., & Карамушка, Л. М. (2023). Психологічне здоров'я особистості в умовах війни та повоєнний час (Україна-Польща-Ізраїль). Для освітян та психологів. *Вісник НАПН України*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5134>
11. Бочкор, Н. П., Дубровська, Є. В., & Залеська, О. В., Калашник, О. А., Ковальчук, Л. Г., Левченко, К. Б., ... Худякова, Н. Ю. (2014). *Соціально-педагогічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період*. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна».
12. Бояршинова, К., Белінська, М., Калениченко, К., Лаптева, Г., Марценковська, Г., & Парфенюк, Т. (2022). *Методичні рекомендації зі зміцнення резильєнтності*. Київ : Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка.
13. Брюховецька, О. В. (2024). Поняття життєстійкості особистості підлітка в сучасних умовах воєнного стану в Україні. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»; Серія «Управління та адміністрування»*, 29(58), 62–79. [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-29\(58\)-62-79](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-29(58)-62-79)
14. Булгакова, О., & Савченкова, М. (2022). Психологічні можливості підтримки дітей, які перенесли травматичний досвід. *Наука і освіта*, 4, 24–28.
15. Буряк, О. О., Гіневський, М. І., & Катеруша, Г. Л. (2015). Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил*, 2(43), 176–181.
16. Бучинська, В. І., & Бригадир, М. Б. (2022). Особливості надання кризової психологічної допомоги дітям, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи»*, (2–3 черв 2022 р.), 127–129. Тернопіль : Університетська думка
17. Васьківська, С. В. (2011). *Основи психологічного консультування*. Київ : Ніка-Центр.

18. Віннікот, Д. (2019). *Розмова з батьками. Не страшний психоаналіз Віннікота*. Київ : Центр навч. літератури.
19. Вінтоняк, В. Ф., Рибчук, О. О., & Нежвига, О. В. (2022). Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи. *Вісник Національного університету оборони України*, 4(68), 29–36.
20. Влад, С. П. (2018). *Дитяча психотравма*. Київ : Шкільний світ.
21. Вознесенська, О. Л., & Сидоркіна, М. Ю. (2015). *Арт-терапія у подоланні психічної травми: практичний посібник*. Київ : Золоті ворота.
22. Володарська, Н. Д. (2022). Роль нейрографіки в опрідметчуванні почуттів особистості для відновлення психічного здоров'я. *Габітус. Психологія особистості*, 36, 145–149.
23. Герман, Дж. (2010). *Психологічна травма та шлях до видужання*. Київ : Вид-во Старого Лева.
24. Горностай, П. (2018). Колективна травма як проблема соціальної та політичної психології. *Проблеми політичної психології*, 7(21), 54–68.
25. Гоцуляк, Н. Є. (2015). Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*, 1(74), 378–390.
26. Григорова, І. А., Соколова, Л. І., & Герасимчук, Л. Д. (2020). *Неврологія*. Київ : Медицина.
27. Губеладзе, І. Г. (2022). Психологічна підтримка дітей в умовах війни: техніки зцілення, *Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (23–24 верес. 2022 р.), 41–44. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка.
28. Гуд, Г. О. (2021). *Психологічні особливості негативних переживань у молодших школярів*. (Автореф. дис. канд. психол. наук). Національна

академія педагогічних наук України, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна, Київ.

29. Дерев'янчук, О. С. (2022). Побудова системи кризової психологічної допомоги в Україні: досвід Ізраїлю. *Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (23–24 верес. 2022 р.), 45–48. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка.

30. Доценко, А. Ю., Кочарян, А. С., & Терещенко, Н. Н. (2014). Феномени синдрому «емоціонального холода» в женских архетипах. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія*, 47, 104–112.

31. Журавльова, Н. Ю. (2015). Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія*, 11, 95–117.

32. Заграй, Л. Д. (2015). Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*, 128, 108–111.

33. Захарова, Н. М. (2010). *Адаптація дітей дошкільного віку до сучасного соціального простору*. Донецьк : Вид-во «Ноулідж».

34. Зливков, В., Лукомська, С., Євдокимова, Н., & Ліпінська, С. (2023). *Діти і війна*. Київ-Ніжин : Видавець ПП «Лисенко М. М.».

35. Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2019). *Теорія та практика психологічних тренінгів*. Київ : Видавець ПП «Лисенко М. М.».

36. Зликов, В. Л., & Лукомська, С. О. (2022). *Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги*. Київ-Ніжин : Видавець ПП «Лисенко М. М.».

37. Кабанцева, А. В., & Костін, Д. О. (2020). Дитина у турбулентному часі. *Dynamics of the development of world science, The 9th International scientific and practical conference*. Vancouver : Perfect Publishing.

38. Кабанцева, А. В., & Селіванова, К. Г. (2022). Інтерактивні методи медико-психологічної реабілітації дітей, які зазнали впливу воєнних дій. *Матеріали тематичної конференції «Актуальні питання біомедичної інженерії» в рамках 26-го Міжнародного молодіжного форуму «Радіоелектроніка і молодь в XXI столітті», (19-21 квіт. 202 р.), 71–73. Харків : ХНУРЕ.*

39. Калька, Н., & Ковальчук, З. (2020). *Практикум з арт-терапії. Львів : ЛьвДУВС.*

40. Каменщук, Т. (2022). Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія», 1, 21–28.*

41. Карамушка, Л. М. (2022). *Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати. Київ : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України.*

42. Карпенко, Є. (2015). *Основи психотренінгу. Дрогобич : Просвіт.*

43. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., & Лазос, Г. П. та ін. (Ред.). (2017). *Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі. Київ : Видавничий дім «Слово». Взято з <https://is.gd/7CXpFZ>*

44. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г. П., Литвиненко, Л. І., ... Царенко, Л. Г. (Ред.). (2015). *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». Взято з <https://is.gd/4cp6fO>*

45. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., & Лазос, Г. П. та ін. (Ред.). (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. Київ : Видавничий Дім «Слово». Взято з https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf*

46. Климчук, В. (2015). Мотиваційно-дискурсивна фасилітація у практиці психологічної допомоги депресії травматичного генезису. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*, 14–25. Взято з <https://is.gd/U7PDW1>

47. Коен, Д., Маннаріно, А., & Деблінджер, Е. (2016). *Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату*. Львів : Свічадо.

48. Козігора, М. А. (2022). Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2, 20–27.

49. Кондратюк, С. М. (2022). Життестійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління. Серія: Психологія*, 4, 78–83.

50. Котлова, Л. О., Долінчук, І. О., & Ілющенко, І. О. (2023). Психічне здоров'я молоді в умовах воєнного стану. *Габітус. Серія: Вікова та педагогічна психологія*, 53, 63–68.

51. Кочарян, А. С., & Кочарян, С. А. (2014). Переживання як мета психотерапії. А. С. Кочарян (Ред.), *Психотерапія як невербальна практика*. (с. 17–29). Харків : Вид-во Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. (російською)

52. Краснокутський, М. І., & Овсяннікова, Я. О. (2018). Психотравмуючий досвід дітей: основні етапи надання психологічної допомоги. *Науковий вісник Харківського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1(2), 56–61.

53. Кресан, О. Д. (2016). Психологічні аспекти переживання життєвих подій учасниками АТО. *Технології розвитку інтелекту*, 2, 3.

54. Кривопишина, О. А. (2019). *Особистість в екстремальних умовах*. Київ : Ейдос.

55. Кузікова, С. Б., Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2022). Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 2, 64–70.
56. Куліш, О. В., & Сірик, І. В. (2022). Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*, 5, 46–52.
57. Лазоренко, Б. П. (2015). Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної психотравматизації. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*, 4(29), 110–115.
58. Левін, П. (2020). *Зцілення від травми*. Київ : Вид-во Ростислава Бурлака.
59. Левченко, К. Б., Панок, В. Г., & Трубавіна, І. М. (2015). *Соціально-психологічна допомога сім'ям в період військового конфлікту*. Київ : Агенство «Україна».
60. Литвиненко, С. А. (2008). Ігрова терапія як метод розв'язання проблем дитячого розвитку. *Наука і освіта*, 4-5, 160–164.
61. Лугова, М. С. (Ред). (2022). Війна очима дітей дошкільного віку: шляхи збереження психічного здоров'я в умовах стресу. *Матеріали регіонального круглого столу «Актуальні питання спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти»*, (20 жовт. 2022 р.), 111–114. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди.
62. Лукомська, С. (2022). Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. Спецвипуск*, 78–85.
63. Лупко, С. (2004). Стратегії подолання психічної травми. *Соціальна психологія*, 5(7), 25–35.
64. Ляшенко, М. М. (2003). *Проблема життєвої перспективи потерпілих від техногенних катастроф з точки зору теорії особистісних*

конструктів Дж. Келлі (на прикладі Чорнобильської аварії). Взято з http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_40.pdf

65. Лящ, О. П. (2018). Особливості розвитку афективно-когнітивного компоненту емоційного інтелекту юнаків. *Проблеми сучасної психології*, 4(19), 28–34.

66. Матвієнко, О. В. (1999). *Основи виховання моралі у молодших школярів*. Київ : «Стилос».

67. Медведєва, О. В. (2022). Особливості первинної психологічної допомоги дітям під час воєнних дій. *Тези доповідей науково-практичної конференції «Проблеми сучасної поліцейстики»*, (20 квіт. 202 р.), 196–200. Харків : ХНУВС.

68. Мельничук, М. М. (2021). Статеві відмінності агресивної поведінки дітей підліткового віку. *Молодий вчений*, 4(92), 171–174.

69. Мілютіна, К. Л. (2004). *Теорія та практика психологічного тренінгу*. Київ : МАУП.

70. Молчанова, О. М. (2021). Арт-терапія в роботі психолога: інноваційні підходи. *Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції*, (20–27 квіт. 2021 р.), 88–91. Кропивницький : КЗ «КОППО імені Василя Сухомлинського».

71. Мороз, Р. А., & Кучманич, І. М. (2016). Психологічні особливості переживання травмуючих подій дітьми. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 6, 2, 71–76.

72. Музиченко, І. В., & Ткачук, І. І. (2017). *Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби*. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи.

73. Мушкевич, М. І., & Чагарна, С. Є. (2017). *Основи психотерапії: навчальний посібник*. Луцьк : Вежа-Друк.

74. Мюллер, М. (Ред.) (2014). *Якщо ви пережили психотравмуючу подію*. Львів : Вид-во Українського католицького університету: Свічадо.

75. Найдьонова, Л. А. (2018). Український досвід захисту дитини в медіа-просторі: схема регулятивного акту щодо висвітлення міжнародного воєнного конфлікту на території України. *Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни: український досвід»*, (28–31 берез. 2018 р.), 146–150. Київ : Золоті ворота.

76. Найдьонова, Л. А. (2021). Соціальна реабілітація постраждалих спільнот: групова рефлексія зцілення. *Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації*. О. В. Чуйко (Ред.). (с. 90–119). Київ : ВПЦ «Київський університет».

77. Оксютович, М. О., & Сабадуха, В. О. (2023). Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 34(73), 5, 58–65.

78. Омельченко, Я. (2006). *Корекція тривожних станів молодших школярів засобами кататимно-імагінативної психотерапії*. (Дис. канд. психол. наук). Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України, Київ.

79. Оніщенко, Н. В. (2015). Основні етапи переживання психологічної травми. *Психологія екстремальних ситуацій*, 5(17), 21–28.

80. О'Коннелл, Ш., & Медені, А. С. (2017). *Посібник для тренера: як підготувати та провести тренінг, що матиме вплив*. Взято з <https://www.ndi.org/sites/default/files/Manual%20for%20trainers.pdf>

81. Паливода, Л. І. (2021). Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 32(71), 6, 68–72.

82. Панок, В. Г., Скребець, В. О., & Яковенко, С. І. (1998). *Психологічна феноменологія екологічної катастрофи (на матеріалах Чорнобильської катастрофи)*. Київ : Центр соціал. експертиз і прогнозів Ін-ту соціології НАНУ.

83. Панок, В. Г. (1997). Соціальна і психологічна допомога населенню, що постраждало від техногенних катастроф. *За матеріалами Чорнобильської катастрофи*. Київ : Ніка-Центр.

84. Панок, В. Г. (2022). Психологічна робота системи освіти в умовах військового стану: особливості та принципи. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Трансформаційні процеси соціально-гуманітарної сфери сучасної України в умовах війни: виклики, проблеми та перспективи»*, (2–3 черв. 2022 р.), 154–157. Тернопіль : Університет. думка.

85. Панок, В. Г. (2023). Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник НАПН України*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5133>

86. Папуча, М. В. (2019). *Проблеми психології переживання*. Ніжин : Вид-во НДУ імені Миколи Гоголя.

87. Папуча, М. В. (2020). До проблеми переживання і вираження в психології. *Психологія переживання подій : зб. наук. Праць*, 4–18. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя.

88. Перепелиця, А. В., & Опанасюк, О. Ю. (2024). Психологічні травми та труднощі адаптації як соціально-психологічні проблеми внутрішньо переміщених осіб. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*, 1, 148–151.

89. Пророк, Н. В., Гончаренко, С. А., & Кондратенко, Л. О. та ін. (2015). *Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу*. Слов'янськ : ПП «Канцлер».

90. Пророк, Н. В. (2024). Особливості переживання травмівних подій війни молодшими школярами, які відвідують заклади освіти в умовах воєнного стану. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 6(2), 1–5.

91. Растроста, Г. Б. (2018). *Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації*. Суми : НВВ КЗ СОІППО.

92. Резнікова, О. А. (2018). *Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали*. Слов'янськ : ДВНЗ ДДПУ.

93. Рибалка, В. В. (2023). Психологічна допомога особистості, постраждалої в умовах воєнного стану. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології розвитку особистості»*, (12–15 трав. 2023 р.), 40–42. Київ : Укр. держ. ун-т імені Михайла Драгоманова.

94. Рогаль, Н. І. (2015). *Батьківське ставлення як чинник конфліктної поведінки дівчат-підлітків*. (Дис. канд. психол. наук). Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ. Взято з https://scc.knu.ua/upload/iblock/9ca/dis_Rogal%20N.%20I..pdf

95. Ройз, С. (2022). Твоя сила: практикум для дітей та підлітків. Взято з https://www.unicef.org/ukraine/media/19841/file/Tvoya_syla.pdf

96. Романовська, Д. Д. (2022). Психологічна допомога у закладах освіти в період війни: запити, методики, алгоритми дій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 1, 148–152.

97. Романчук, О. (2008). *Неповносправна дитина в сім'ї та суспільстві*. Львів : Літопис.

98. Романчук, О. І. (2012). Терапевтичне батьківство: роль прийомних батьків у зціленні дітей з розладами прив'язаності. *НейроNews*, 6-2. Взято з <http://neuronews.com.ua/page/terapevtichne-batkivstvorol-prijomnih-batkiv-u-zcileni-ditej-z-rozladami-privE28099yazanosti>

99. Роменець, В. А. (1995). *Історія психології XIX – початку XX століття*. Київ : Вища школа.

100. Сазонова, І. В. (2022). Характеристики часової перспективи підлітків із посттравматичним зростанням у контексті структурної організації особистісної ідентичності. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*, 1(8), 68–72. <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2022/8-1/13>

101. Санда, О. С. (2021). Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник ХДУ*, 2(10), 101–109.

102. Семигіна, Т., Павленко, І., Овсяннікова, Є., Тесленко, О., Охлопкова, Т., & Брацюк, О. (2017). *Охорона психічного здоров'я в умовах війни*. Київ : АУМФ, «Наш Формат».
103. Сергєєнкова, О. П., Столярчук, О. А., Коханова, О. П., & Пасєка, О. В. (2012). *Вікова психологія*. Київ : Центр учбової літератури.
104. Скулер, Дж. І., Смолі, Б. К., & Каллаган, Т. Дж. (2011). Діти, які пережили травму. Сім'ї, які приносять лікування. Київ : Фенікс. (російською).
105. Слюсаревський, М. М. (2022). Соціально-психологічна проблематика дитинства в умовах війни: виклики і відповіді. *Проблеми політичної психології*, 12(26), 9–30.
106. Сміт, П., Дирєгров, А., & Юле, В. (Ред.) (2022). *Діти та війна. Навчання технік зцілення. Для дітей віком від 8 до 18 років*. Львів : Галицька Видавнича Спілка.
107. Строева, Н., Козлова, А., & Янковець, В. (2022). *Як допомогти внутрішньо-переміщеним дорослим та дітям, яких зустрічає ваша громада*. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, ВПЦ «Волонтер».
108. Суковський, Є. І. (2013). Доказова освіта в Україні: майбутнє осіб з особливими потребами – чи недосяжний Західний обрій? *НЕЙРОNEWS*, 10(55). Взято з <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/10%2855%29/article-1297/dokazova-osvita-v-ukrayini-maybutnie-osib-z-osoblivimi-potrebam-i-chi-nedosyazhniy-zahidniy-obriy-#gsc.tab=0>
109. Сулятицький, І., & Кравчук, Т. (2018). Емпіричні параметри для психотерапевтичної практики учасників АТО-ООС. *Наука і освіта*, 9-10, 86–91.
110. Плетка, О., & Чаплінська, Ю. (2017). Інтенсивна робота із травмою: психотерапевтичні методи. Київ : Талком. (російською).
111. Таран, Т. (2015). Психологічна травма як чинник виникнення психічних розладів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Серія: Психологія*, 1(3), 108–110.

112. Тараріна, О. (2024). *Практикум з арт-терапії в роботі з дітьми*. Київ : АСТАМІР-В.
113. Татенко, В. (2017). *Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір : монографія*. К. : Міленіум.
114. Терлецька, Л. (2020). *Психологія здоров'я: психічна саморегуляція*. Київ : Слово.
115. Титаренко, Т. М. (2003). *Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності*. Київ : Либідь.
116. Титаренко, Т. М. (2018). *Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогли в умовах тривалої травматизації*. Кропивницький : Імекс-ЛТД.
117. Титаренко, Т. М. (2019). Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 43, 54–62.
118. Титаренко, Т. М. (1989). *Хлопчики та дівчатка: психологія становлення індивідуальності*. Київ : Знання.
119. Титаренко, Т. М., Дворник, М. С., & Климчук, В. О. (Ред.). (2019). *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій*. Кропивницький : Імекс-ЛТД.
120. Томчук, М., & Яцюк, М. (2016). Психологічний супровід дітей, які зазнали втрату батьків в умовах рекреації. *Наука і освіта*, 9, 174–176.
121. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій*. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал»».
122. Уварова, С. Г. (2019). Концептуальна модель психологічної допомоги особистості в умовах суспільної кризи. *Психологія особистості*, 1(15), 225–243.
123. Улько, Н. М. (2019). Вплив життєвих втрат на зміну ціннісних смислів психотравмованої особистості. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості*, VI, 16, 360–368.

124. Умеренкова, Н. Ф., & Смірнова, Т. М. (2022). Психосоціальна підтримка сімей військовослужбовців: виклики повномасштабної війни. *Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (23–24 верес. 2022 р.), 147–151. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка.

125. Фромм, Е. (2017). *Мистецтво любові*. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля».

126. Халько, М. (2018). Проблема тривожності дітей молодшого шкільного віку у навчальній діяльності. *Гуманітарний корпус*, 16, 174–178.

127. Харченко, А. О. (2018). *Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією*. (Дис. канд. психол. наук). Харківський національний університет імені В. М. Каразіна, Харків.

128. Хей, Л. (2020). *Станьте щасливим за 21 день*. Харків : Клуб сімейного дозвілля.

129. Царенко, Л., Вебер, Т., Войтович, М., Гриценюк, Л., Кочубей, В., & Гридковець, Л. (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи*. (Т. 2). Київ : ОБСЄ.

130. Чепелєва, Н. В., & Рудницька, С. Ю. (2022). Наративне конструювання досвіду особистості. *Psychological journal*, 8, 2(58), 7–17.

131. Червонна, Т. (2008). *Адаптація дітей у 1, 5, 10-х класах*. Київ : Шкільний світ.

132. Чуйко, О. В. (2017). Зарубіжні моделі психосоціальної реабілітації дітей, травмованих війною. *Український психологічний журнал*, 1(3), 192–204.

133. Шарон Максимов, Д., Єфімцева, Г., & Сищук, Г. (2023). *Хібукі-терапія: використання в освітньому процесі та в інтеграції з СЕЕН*. Харків.

134. Шарон Максимов, Д., Грисюк, В., & Сищук, Г. (2024). *Зошит для розвитку емоційного інтелекту «Хібукі – світ обіймів»*.

135. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2023). Метод Хібукі-терапії як один з найефективніших методів роботи з психологічною травмою у дітей. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська психологія. XXI століття. Початок. (Дні української психології в Берліні)»*, (27-28 квіт. 2023 р.), 386–388. Київ.

136. Шарон Максимов, Д. (2023). Модель трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*, 1(9), 75–79.
<https://doi.org/10.17721/2616-7786.2023/9-1/12> Взято з
<https://visnyk.soch.robota.knu.ua/index.php/journal/article/view/198>

137. Шарон Максимов, Д. (2024). Особливості когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань залежно від віку молодших школярів, *Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (25-26 жовт. 2024 р.), 324–327. Київ : Вид-во Ліра-К.

138. Шарон Максимов, Д. (2025). Особливості емоційно-афективної сфери травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, *Матеріали XII Науково-практичного Семінару за участі міжнародного експертного кола «Інтеграція соціально-емоційного навчання в освіту і соціальну роботу в контексті інклюзивного та недискримінаційного підходів»*, (26 листоп., 2024 р.), 90–94. Харків.

139. Шарон Максимов, Д. (2024). Психологічні особливості прояву травмівних переживань, пов'язаних з війною, у дітей молодшого шкільного віку. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*, 30(59), 125–138.
[https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-125-138](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-125-138) Взято з
http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/30_59_2024/admin/Bulletin_30_59_sciences_Social_and_Behav_Manag_Admin_Dafna%20Sharon%20Maksimov.pdf

140. Шарон Максимов, Д., & Садикіна, А. С. (2023). Метод Хібукі-терапії, як один з методів формування резильєнтності у дітей, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості»*, 20–24. Київ.

141. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2022а). Терапія військової травми для дітей та молоді за допомогою ляльки тропоїда-Hibuki, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання надання психологічної допомоги в системі освіти під час війни»*, (24 листоп. 2022 р.), 17-22. Дніпро : КЗВО «ДАНО» ДОР».

142. Шарон Максимов, Д. (2022). Хібукі-терапія, як метод подолання психічної травми у дітей в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3-4(27), 48–54. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.4> Взято з <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opecp/article/view/360>

143. Шарон Максимов, Д. (2023). *Хібукі: бронезилет для дитячої душі*. Київ : Вид-во Bookmag.

144. Шарон Максимов, Д. (2024). *Хібукі – песик, який вміє обіймати. Терапевтичні дитячі казки*. Київ : Вид-во NOV.

145. Шварц, А. (2020). *Терапія комплексного посттравматичного стресового розладу*. Київ : Діалектика. (російською).

146. Шевчук, А. М. (2011). Особливості психологічного захисту у осіб, які пережили екстремальні події. *Проблеми сучасної психології*, 3(14), 127.

147. Шевцова, Г. Г. (2015). Молодший шкільний вік як предмет психолого-педагогічних досліджень: традиції та інновації. *Педагогічні науки*, 18, 134–138.

148. Ювінальні прокурори: 503 дитини загинули в Україні внаслідок збройної агресії РФ. (2023). *Офіс генерального прокурора*. Взято з <https://www.gp.gov.ua/ua/posts/yuvenalni-prokurori-503-ditini-zaginuli-v-ukrayini-vnaslidok-zbroinoyi-agresiyi-rf-35692>

149. Якимчук, Б. А., & Якимчук, І. П. (2013). *Основи психологічного консультування (лекційний курс)*. Умань : ПП Жовтий О. О.
150. Яценко, Т. С. (2004). *Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання*. Київ : Вища школа.
151. Яцина, О. Ф. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*, 7(25), 554–567.
152. Acierno, R., Kilpatrick, D., Resnick, H., Saunders, B., Arellano, M., & Best, C. (2005). Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: Findings from the national survey of adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 381–396.
153. Alford, C. F. (1990). *Melanie Klein and Critical Social Theory: An Account of Politics, Art, and Reason Based on Her Psychoanalytic Theory*. Yale University Press.
154. Allen, P., Bennett, K., & Heritage, B. (2014). *SPSS Statistics Version 22: A Practical Guide*. Sydney : Cengage Learning.
155. Alvis L., Zhang N., Sandler I. N., & Kaplow J. B. (2022). Developmental Manifestations of Grief in Children and Adolescents: Caregivers as Key Grief Facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 1–11.
156. Amir, M., Kaplan, Z., & Kotler, M. (1996). Type of trauma, severity of posttraumatic stress disorder core symptoms, and associated features. *J Gen Psychol*, 123, 4, 341–351.
157. Avi, S., Shai, H.-G., & Liat, T. (2008). Young Children's Reactions to War-Related Stress: A Survey and Assessment of an Innovative Intervention. *PEDIATRICS*, 121, 1, 46–53.
158. Basson, M., Guinn, J., McElligott, J., Vitale, R., Brown, W., & Fielding, L. (1991). Behavioral disturbances in children after trauma. *National Library of Medicine*, 31(10), 1363–1368.

159. Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66, 6, 1081–1124. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00043>
160. Blum, H. P. (2007). Holocaust trauma reconstructed: Individual, familial, and social trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 63–73. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.24.1.63>
161. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Attachment*. New York : Basic Books.
162. Bradshaw, S. L. Jr., Ohlde, C. D., & Home, J. B. (1991). The love of war: Vietnam and the traumatized veteran. *Bull. Meninger Clin.*, 55, 1, 96–103.
163. Brandshaft, B., Atwood, G., & Stolorow, R. (2021). *Clinical psychoanalysis. Intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Intel.
164. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269.
165. Cain, A. C., Fast, I., & Erickson, M. E. (1976). Children's Disturbed Reactions to the Death of a Sibling. R. H. Moos (Ed.). *Human Adaptation. Coping with Life Crises*, 88–100.
166. Carlson, M., & Birkeet, A. (2022). *Physiology of behavior*. Books of Edition.
167. Cohen, S., & Janicki-Deverts (2012). Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320–1334.
168. Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). *Post traumatic stress disorder in children* (pp. 71–99). Washington, DC : American Psychiatric Press.
169. Fletcher, C. (1996). Childhood post-traumatic stress disorder. *Child Psychopathology*, 242–276.
170. Freud, A., & Burlingham, D. T. (1973). *War and Children*. Greenwood Press.

171. Freud, A. (1966). *The Ego and the mechanisms of Defence*. London : Karnac books.
172. Freud, S. (1977). *Introductory Lectures On Psychoanalysis*. W. W. Norton Company.
173. Frounfelker, R. L., Islam, N., Falcone, J., Farrar, J., Ra, Ch., Antonaccio, C. M., Enelamah, N., & Betancourt, T. S. (2019). Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. *International Review of the Red Cross*, 101(911), 481–506.
174. Gabbard, G., & Lester, E. (2018). *Psychoanalytic boundaries and their violations*. Analytical.
175. Gaddini, R. & Gaddini, E. (1970). Transitional Objects and The Process of Individuation: A Study in Three Different Social Groups. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 9(2), 347–365. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61842-2](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61842-2)
176. Geydgi, B., & Bars, B. (2019). *Brain. Cognition. Intelligence. Introduction to Cognitive neuroscience*. Analytical.
177. Grohol, J. (2010). Do You Still Have a Security Blanket? *Psych Central*. Retrieved from <http://psychcentral.com/blog/archives/2010/10/13/do-you-still-have-a-security-blanket/>
178. Gwadz, M. V., Nish, D., Leonard, N. R., & Strauss, S. M. (2007). Gender differences in traumatic events and rates of post-traumatic stress disorder among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 30(1), 117–129.
179. Harikrishnan, U., Kavitha, P., Sekar, K., & Marykutty. E. P. (2018). Assessment of knowledge on psychosocial care children in difficult circumstances; TOT workshop for community level volunteers. *Research Journal of Recent Sciences*, 7(8), 30–34.
180. Hochheimer, M., Ellis, J., Maher, B., & Strickland, J. (2024). The Association Between Sleep Disturbances and Perceived Stress in Substance Use Disorder Treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(3), 23m15220.

181. Horni, K. (2009). *Neurosis and Human Growth*. Green balloon publishing.
182. Horowitz, K., Weine, S., Jekel, J. (1995). PTSD Symptoms in Urban Adolescent Girls: Compounded Community Trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1353–1361.
183. Horowitz, M. J. (1992). The effects of psychic trauma on mind: Structure and processing of meaning. J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 489–500). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10118-022>
184. Hunt, N. C. (2010). *Memory, War and Trauma*. Cambridge : Cambridge University Press.
185. Jung, C. G. (2022). *Psychological Types (Collected Works of C. G. Jung)*. German : Gesammelte Werke.
186. Kalshed, D. (2015). *Trauma and the Soul. A psycho-spiritual approach to human development and its interruption*. Analitical.
187. Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2016). *Clinical research in neuropsychanalysis. Introduction to deep neuropsychology*. Books of Edition.
188. Kast, V. (2000). *Der Schatten in uns. Die subversive Lebenskraft*. Fromm Intl.
189. Kavitha, P., Sekar, K., & Raj, W. (2012). Psychosocial Care for Children in Difficult Circumstances-A Community Based Approach. *National Journal of Professional Social Work*, 13(1–2), 28–41.
190. Klein, M. (1975) *Envy and Gratitude and Other Works 1946-1963*. London : Virago Press.
191. Kristal, G. (2008). *Integration And Self-Healing. Affect, trauma, alexithymia*. The Guildford Press.
192. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York : McGraw-Hill.
193. Lewis, H. J. (1992). *Trauma and recovery*. New York : BasicBooks.

194. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 149–156.
195. Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1121.
196. Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407–474). London : The Analytic Press.
197. Maksimov, D. (2023). Evidence of the effectiveness of the Hibuki therapy method in working with children with psychological trauma from the war in Ukraine, *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) «Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення»*, (13 жовт. 2023 р.), 27–30. Київ : НУБІП України.
198. Mazhak, I., Maltseva, K., & Sudyn, D. (2024). Assessing psychometric of the perceived stress scale and identifying stress-associated factors in a sample of Ukrainian female refugees in the Czech Republic. *Journal of Migration and Health*, 10, 100271.
199. McWilliams, N. (2003). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London : The Guildford Press.
200. Miller, A. (2003). *The Drama of the Gifted Child : The Search for the True Self*. The Guildford Press.
201. Mills, J. (2010). *Object Relations Theory*.
<https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0614>
202. Nauchitel, E., & Sharon Maksimov, D. (2023). The role of hibuki psychotherapeutic toy in the rehabilitation of children's psychological trauma, *IXth International Scientific and Practical Conference Basics of learning the latest theories and methods*, (March 07-10, 2023), 340–348. Boston, USA : International Science Group.

203. Njiokiktjien, Ch. (2007). *Developmental dyspraxias and related motor disorders*. Amsterdam NL : Suyi Publications.
204. Rosenberg, M. B. (2015). *Nonviolent Communication: A Language of Life: Life-Changing Tools for Healthy Relationships (Nonviolent Communication Guides)*. PUDDLEDANCER PRESS.
205. Rupert, F. (2010). *Trauma, Bonding & Family Constellations : Understanding and Healing Injuries of the Soul*. Green balloon publishing.
206. Scaer, R. C. (2005). *The Trauma Spectrum: Hidden Wounds and Human Resiliency*. New York : Norton.
207. Sekar, K, Kavitha, P, Roncalli, T. Arul, A. E., Kumar, S., & Babu, S. (2012). *Psychosocial care for children in difficult circumstances*. Bangalore : NIMHANS.
208. Sekar, K. (2015). Psychosocial Problems among Children in Difficult Circumstances. *Journal of Social Sciences*, 14(2), 53–70.
209. Selye, H. (1976). Stress without Distress. *Psychopathology of Human Adaptation*, 137–146.
210. Sites, K. (2013). *The Things They Cannot Say: Stories Soldiers Won't Tell You About What They've Seen, Done or Failed to Do in War*. Harper Perennial.
211. Sharon Maksimov, D., & Bryl, M. (2023). Hibuki-therapy combined with other art-therapy methods in group work with School-Age children of different inclusive categories during the war in Ukraine. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia / Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 18, 3-4: 152-160. <https://doi.org/10.5114/nan.2023.134151>
212. Sharon Maksimov, D., & Sadykina, A. (Eds.). (2023). The neuropsychological and art therapy methods in the structure of Hibuki-Therapy method as factors developing children's creative abilities, *Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Дитинство XXI століття: інноваційна освіта»*, (27 жовт. 2023 р.), 152–155. Кременчук : Метод. кабінет.

213. Sharon Maksimov, D. (2022). Transformation of mental trauma in children using the Hibuki-therapy method. *Psychological Journal*, 8(3), 18-26.
<https://doi.org/10.31108/1.2022.8.3.2> Взято 3
<https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/1506>
214. Shpits, R. A. (2019). *Psychoanalysis of early childhood*. Advans.
215. Shwartz-Salant, N. (2001). *Narcissism and Character Transformation : The Psychology of Narcissistic Character Disorder*. Toronto, Canada : Intel City Books.
216. Steinhardt, L. (2000). *Foundation and Form in Jungian Sandplay*. USA : Jessica Kingsley Publishers Ltd.
217. Taylor, C. E. (1998). Mow care for childhood psychological trauma in wartime may contribute to peace. *International Review of Psychiatry*, 10, 3, 175–186.
218. Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New consideration. *Psychological Inquiry*, 15, 93–102.
219. Thomas, H., & Hetuey, K. (2019). *Modern psychoanalysis*. Analitika.
220. Van der Kolk, B. A. (2015). *The Body Keeps the Score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. New York : Penguin.
221. Van der Kolk, B. A, McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York : Guilford Press.
222. Vasilyuk, F. (1991). *The Psychology of Experiencing*. New York : Harvester Wheasheaf.
223. Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession. *J. Psycho-Anal.* 34, 89–97.
Retrieved from <https://nonoedipal.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/09/transitional-objects-and-transitional-phenomenae28094a-study-of-the-first-not-me-possession.pdf>

ДОДАТКИ

Додаток А

**Соціально-демографічні характеристики вибірки на етапі адаптації
опитувальника дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною
(авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя) та
Опитувальника «Спогади про травматичну подію»**

Стать

		Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувал ьний процент
Допустимо	Хлопець	336	54,4	54,4	54,4
	Дівчина	282	45,6	45,6	100,0
	Всього	618	100	100,0	
Всього		618	100,0		

Форма здобування освіти

		Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувал ьний процент
Допустимо	Звичайна	569	92,2	92,2	92,2
	Спеціальна	49	7,8	7,8	100,0
	Всього	618	100,0	100,0	
Всього		618	100,0		

Кількість дітей

		Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувал ьний процент
Допустимо	Одна	243	39,3	39,4	39,4
	Дві	280	45,3	45,4	84,8
	три і більше	95	15,4	15,4	100,0
	Всього	618	100,0	100,0	
Всього		618	100,0		

Статус дитини

		Частота	Процент и	Процент допустимих	Накопичувальн ий процент
Допустимо	переміщення не було	326	52,8	52,8	52,8
	повернулися додому	141	22,8	22,8	75,6
	ВПО	139	22,5	22,5	98,1
	ЗПО	12	1,9	1,9	100,0
	Всього	618	100,0	100,0	
Всього		618	100,0		

Додаток Б

**Показники факторної моделі опитувальника дослідження реакції дітей
на стрес пов'язаний із війною**

(авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)

Показник Альфа Кронбаха на 53 елементи

Статистика надійності

Альфа Кронбаха	N елементів
,950	53

Показники КМО та критерій Бартлетта

Міра адекватності вибірки Кайзера-Майера-Олкина (КМО)		,964
Критерій сферичності Бартлетта	Приблизна Хи- квадрат	24076,511
	ст.св.	1378
	Знач.	,000

Повернута матриця компонентів

	Компонент				
	1	2	3	4	5
Дитині довелося покинути свій будинок				,871	
Будинок дитини було пошкоджено або зруйновано під час війни.				,518	
Дитина чула вибухи чи постріли				,556	
Дитина бачила солдатів або людей, що борються				,521	
Дитина бачила поранених				,515	
Дитина бачила людей дуже наляканими та стурбованими				,536	
Дитині не було де жити				,618	
Дитина була у важкій подорожі до місця безпеки				,874	

Протягом усього шляху у дитини були періоди без їжі та води та/або сильна фізична втома				,711	
Дитині довелося попрощатися із рідними/друзями				,769	
Дитині не подобається бути з незнайомими людьми	,620				
Дитина турбується, що все піде не так, як вона планує	,594				
Дитині вночі сняться погані сни про те, що з нею чи її батьками щось станеться	,591				
Дитина боїться спати одна	,709				
Дитина турбується, що робить щось не так	,583				
Дитина боїться йти до школи	,594				
Дитина боїться прощатися з батьками	,766				
Дитина боїться, що з нею трапиться щось страшне	,668				
Дитина боїться, що щось страшне станеться з її близькими	,676				
Дитина боїться, що втратить дім	,533				
Дитина боїться гучних звуків	,612				
Дитина боїться бути наодинці	,767				
Дитина менше грає, ніж до війни	,539				
Дитина багато плаче	,550				
Дитину більше хвилює смерть	,512				
Дитина більше нервується і злиться	,523				
Дитина думає, що зовсім одна			,528		
У дитини немає друзів			,527		
Дитина вважає, що батьки її не чують			,657		
Дитина часто грає одна			,612		
Дитині здається, що її ніхто не може зрозуміти			,672		
Дитині немає з ким поговорити			,656		
Дитина хоче бути одна			,641		

Дитина почувається всіма покинутою/нікому немає до неї справи			,699		
Дитині кажуть, що вона всім заважає			,509		
Дитина злиться		,782			
Дитині хочеться виплеснути свою злість на когось		,785			
Дитині важко контролювати свою агресію		,779			
Дитині хочеться виплеснути свою злість на щось		,759			
Дитина стала битися з іншими дітьми		,664			
Дитина стала грубити іншим людям		,767			
Дитина хоче завдавати собі болю		,606			
Коли дитині погано, вона хоче кричати		,660			
Дитину сварять за погану поведінку		,610			
Дитина спить довше, ніж до війни					,710
У дитини безперервний біль у тілі					,693
Дитина погано спить, часто прокидається					,671
У дитини відсутній апетит					,654
Дитина відчуває підвищену втомлюваність					,739
До дитини повертаються фізичні відчуття, що супроводжували травмуючу подію					,554
Дитина постійно хоче їсти					,513
Дитині складно контролювати свої природні випорожнення					,582
Дитина не може заснути, коли вона одна					,611

Метод виділення факторів: метод головних компонент

Метод обертання: варімакс с нормалізацією Кайзера

а. Обертання зійшлося за 7 ітерацій

Додаток В**Опитувальник дослідження реакції дітей на стрес пов'язаний із війною
(авторська модифікація опитувальника Шай Хен-Галя)*****Шкала «Вплив життєвих подій»***

Інструкція: нижче наведено список подій, які дитина, можливо, нещодавно пережила. Будь ласка, позначте біля кожної події, чи відбулася відбулася вона з дитиною, чи ні.

Якщо це трапилося, вкажіть, наскільки складною була для дитини ця подія.

Під час відповіді орієнтуйтеся на такі варіанти:

Ні – 1;

Так, зовсім не складно – 2;

Так, дещо складно – 3;

Так, помітно складно – 4;

Так, надзвичайно складно – 5.

1. Дитині довелося покинути свій будинок.
2. Будинок дитини було пошкоджено або зруйновано під час війни.
3. Дитина чула вибухи чи постріли.
4. Дитина бачила солдатів або людей, що борються.
5. Дитина бачила поранених.
6. Дитина бачила людей дуже наляканими та стурбованими.
7. Дитині не було де жити.
8. Дитина була у важкій подорожі до місця безпеки.
9. Протягом усього шляху у дитини були періоди без їжі та води та/або сильна фізична втома.
10. Дитині довелося попрощатися із рідними/друзями.

Шкала «Тривожні/нав'язливі думки»

Інструкція: нижче наведено список тверджень, позначте, будь ласка, біля кожного з них, якою мірою це стосується дитини, за п'яти бальною шкалою, де:

Ніколи – 1;

Рідко – 2;

Іноді – 3;

Часто – 4;

Завжди – 5.

Із початком війни

1. Дитині не подобається бути з незнайомими людьми.
2. Дитина турбується, що все піде не так, як вона планує.
3. Дитині вночі сняться погані сни про те, що з нею чи її батьками щось станеться.
4. Дитина боїться спати одна.
5. Дитина турбується, що робить щось не так.
6. Дитина боїться йти до школи.
7. Дитина боїться прощатися з батьками.
8. Дитина боїться, що з нею трапиться щось страшне.
9. Дитина боїться, що щось страшне станеться з її близькими.
10. Дитина боїться, що втратить дім.
11. Дитина боїться гучних звуків.
12. Дитина боїться бути наодинці.
13. Дитина менше грає, ніж до війни.
14. Дитина багато плаче.
15. Дитину більше хвилює смерть.
16. Дитина більше нервується і злиться.

Шкала «Самотність»

Інструкція: нижче наведено список тверджень, оберіть, будь ласка, одну відповідь, якою мірою це стосується дитини за п'яти бальною шкалою, де:

Ніколи – 1;

Рідко – 2;

Іноді – 3;

Часто – 4;

Завжди – 5.

1. Дитина думає, що зовсім одна.
2. У дитини немає друзів.
3. Дитина вважає, що батьки її не чують.
4. Дитина часто грає одна.
5. Дитині здається, що її ніхто не може зрозуміти.
6. Дитині немає з ким поговорити.
7. Дитина хоче бути одна.
8. Дитина почувається всіма покинутою/нікому немає до неї справи.
9. Дитині кажуть, що вона всім заважає.

Шкала «Агресивна поведінка»

Інструкція: нижче наведено список тверджень, оберіть, будь ласка, одну відповідь, якою мірою це відображається у дитині, за п'яти бальною шкалою, де:

Ніколи – 1;

Рідко – 2;

Іноді – 3;

Часто – 4;

Завжди – 5.

1. Дитина злиться.
2. Дитині хочеться виплеснути свою злість на когось.

3. Дитині важко контролювати свою агресію.
4. Дитині хочеться виплеснути свою злість на щось.
5. Дитина стала битися з іншими дітьми.
6. Дитина стала грубити іншим людям.
7. Дитина хоче завдавати собі болю.
8. Коли дитині погано, вона хоче кричати.
9. Дитину сварять за погану поведінку.

Шкала «Фізичне самопочуття»

Інструкція: нижче наведено список тверджень, оберіть, будь ласка, одну відповідь, якою мірою це відображається у дитині, за п'яти бальною шкалою, де:

Ніколи – 1;

Рідко – 2;

Іноді – 3;

Часто – 4;

Завжди – 5.

З того часі, як почалася війна,

1. Дитина спить довше, ніж до війни.
2. У дитини безперервний біль у тілі.
3. Дитина погано спить, часто прокидається.
4. У дитини відсутній апетит.
5. Дитина відчуває підвищену втомлюваність.
6. До дитини повертаються фізичні відчуття, що супроводжували травматичну подію.
7. Дитина постійно хоче їсти.
8. Дитині складно контролювати свої природні випорожнення.
9. Дитина не може заснути коли вона одна.

Підрахунок та інтерпретація результатів. За кожною із п'яти шкал підраховується сумарно набраний бал та визначається якому рівню вираженості шкали він відповідає: низькому, середньому чи високому.

1. Шкала вплив життєвих подій

Низький рівень: ≤ 27 ; Середній рівень: 28-45; Високий рівень: 46-60.

2. Шкала «Тривожні/нав'язливі думки»

Низький рівень: ≤ 38 ; Середній рівень: 39-61; Високий рівень: 62-80.

3. Шкала «Самотність»

Низький рівень: ≤ 21 ; Середній рівень: 22-34; Високий рівень: 35-45.

4. Шкала «Агресія»

Низький рівень: ≤ 21 ; Середній рівень: 22-34; Високий рівень: 35-45.

5. Шкала «Фізичне самопочуття»

Низький рівень: ≤ 21 ; Середній рівень: 22-34; Високий рівень: 35-45.

Примітка: особливості більш розгорнутої інтерпретації наведено у розділі 2 дисертаційної роботи.

Додаток Д

**Показники факторної моделі авторського опитувальника
«Спогади про травматичну подію»**

Показник Альфа Кронбаха на 18 елементів

Статистика надійності

Альфа Кронбаха	N елементів
,702	18

Повернута матриця компонентів

	Component		
	1	2	3
Чи сняться дитині сновидіння, сюжет яких побудовано навколо травматичної події	0.828		
Чи часто дитина в своїх фантазіях повертається до травматичної події	0.814		
Чи часто дитина бачить травматичну подію у теперішньому	0.798		
Наскільки часто дитина згадує травматичні події	0.727		
Чи часто дитина бачить травматичну подію у минулому	0.767		
Чи часто дитина бачить травматичну подію у майбутньому	0.733		
Як осмислює дитина поточну ситуацію			
Якою є забарвленість сюжету її мрії			
Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які переживала в минулому у складній ситуації		0.736	
Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття які переживає в даний момент		0.684	

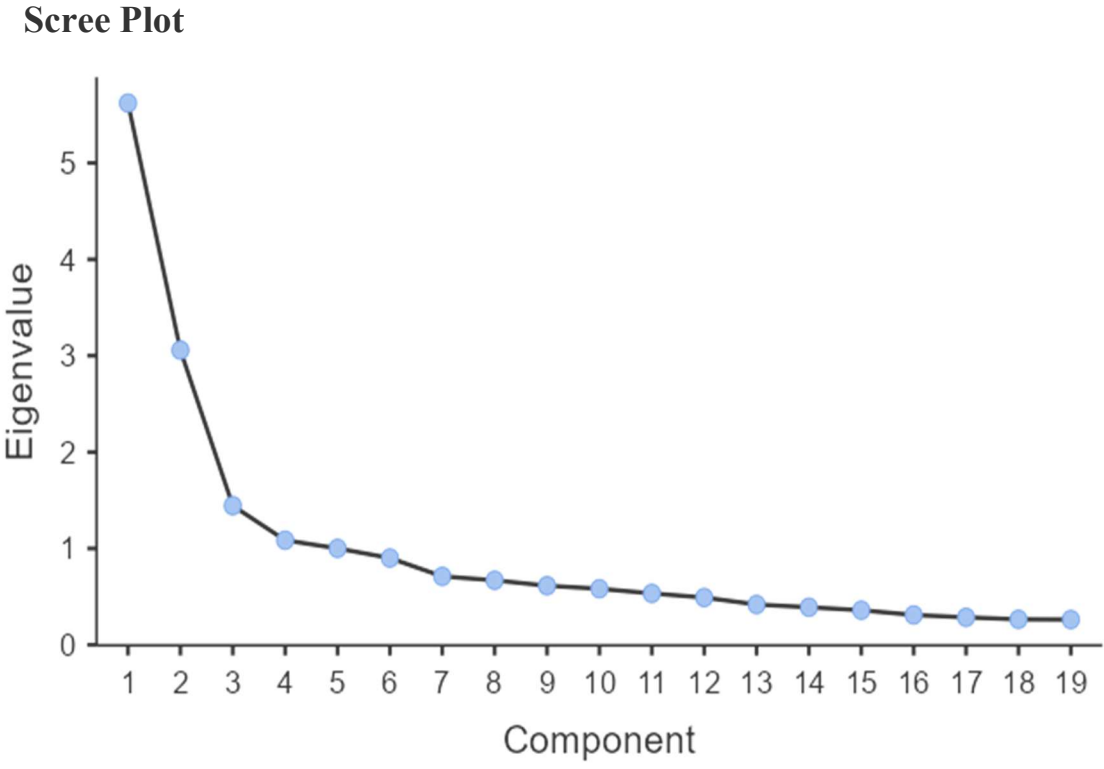
Чи виокремлює дитина в собі особисті якості, які допоможуть їй впоратися із складною ситуацією	0.660	
Чи замислюється дитина над тим, як можна вийти зі складної ситуації	0.646	
Наскільки далеко в своє майбутнє заглядає дитина	0.625	
Як дитина уявляє себе в найближчому майбутньому	0.527	
Чи мріє дитина про щось	0.520	
Якою є забарвленість сюжету її мрій	0.512	
Чи виявляє дитина готовність приймати емоційну підтримку у складних ситуаціях		0.813
Чи виявляє дитина активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації		0.810
Чи виявляє дитина готовність надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях		0.769
Чи охоче дитина розповідає про травматичний досвід		0.551

Показники КМО та критерій Бартлета

Bartlett's Test of Sphericity		
χ^2	Df	P
3540	171	< .001

KMO Measure of Sampling Adequacy

	MSA
Overall	0.866
Чи сняться дитині сновидіння, сюжет яких побудовано навколо травматичної події	0.888
Чи часто дитина в своїх фантазіях повертається до травматичної події	0.862
Чи часто дитина бачить травматичну подію в минулому	0.923
Чи часто дитина бачить травматичну подію в теперішньому	0.858
Чи часто дитина бачить травматичну подію в майбутньому	0.846
Чи мріє дитина про щось	0.914
Як дитина уявляє себе в найближчому майбутньому	0.921
Якою є забарвленість сюжету її мрії	0.893
Чи виокремлює дитина в собі особисті якості, які допоможуть їй впоратися із складною ситуацією	0.847
Наскільки далеко в своє майбутнє заглядає дитина	0.871
Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які пережила в минулому у складній ситуації	0.743
Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття які переживає в даний момент	0.806
Чи замислюється дитина над тим, як можна вийти зі складної ситуації	0.885
Наскільки часто дитина згадує травматичні події	0.892
Чи охоче дитина розповідає про травматичний досвід	0.826
Чи виявляє дитина готовність приймати емоційну підтримку у складних ситуаціях	0.850
Чи виявляє дитина активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації	0.818
Чи виявляє дитина готовність надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях	0.863



Додаток Е

Авторський опитувальник «Спогади про травматичну подію»

Інструкція: нижче наведено список питань, оберіть, будь ласка, одну відповідь із наведених варіантів, якою мірою це відображається у дитині.

1. Чи сняться дитині сновидіння, сюжет яких побудовано навколо травматичної події?»

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

2. Чи часто дитина в своїх фантазіях повертається до травматичної події?

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

3. Чи часто дитина бачить травматичну подію у теперішньому?

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

4. Чи часто дитина бачить травматичну подію у минулому?

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

5. Чи часто дитина бачить травматичну подію у майбутньому?

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

6. Наскільки часто дитина згадує про події?

Взагалі ні – 1; Рідко – 2; Інколи – 3; Часто – 4

7. Чи мріє дитина про щось?

Ні – 2; Так – 1

8. Як дитина уявляє себе в найближчому майбутньому?

Негативно – 3; Важко визначитись – 2; Позитивно – 1

9. Якою є забарвленість сюжету її мрії?

Негативна – 2; Позитивна – 1

10. Чи виокремлює дитина в собі особистісні якості, які допоможуть їй впоратись із складною ситуацією?

Не виокремлює – 3; Утруднюється – 2; Виокремлює (я сильний, я сміливий ...) – 1

11. Наскільки далеко в своє майбутнє заглядає дитина?

Тиждень – 4; 1-3 місяці – 3; Пів року-рік – 2; Понад рік – 1

12. Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які переживала в минулому у складній ситуації?

Ні – 2; Так – 1

13. Чи розуміє (може назвати) дитина свої емоції і почуття, які переживає в даний момент?

Ні – 2; Так – 1

14. Чи замислюється дитина над тим, як можна вийти із складної ситуації (подолати дану ситуацію)?

Ні – 2; Так – 1

15. Чи охоче дитина розповідає про травматичний досвід?

Ніколи – 3; Час від часу – 2; Часто – 1

16. Чи виявляє дитина готовність приймати емоційну підтримку у складних ситуаціях?

Ніколи – 3; Час від часу – 2; Часто – 1

17. Чи виявляє дитина активність у спробі подолати негативні наслідки травматичної ситуації?

Ніколи – 3; Час від часу – 2; Часто – 1

18. Чи виявляє дитина готовність надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях?

Ніколи – 3; Час від часу – 2; Часто – 1

Підрахунок та інтерпретація результатів.

Після заповнення опитувальника потрібно підрахувати сумарно набрану кількість балів за трьома шкалами: повернення до травматичного досвіду; усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів; поведінкова реакція на травматичний досвід. Кожній шкалі відповідають визначені питання та рівні вираженості показників залежно від набраного балу.

Шкала «Повернення до травматичного досвіду» (питання: від 1 до 6). Максимально можлива кількість балів: 23. Мінімально можлива кількість балів: 6.

Рівні вираженості (сформованості): Низький рівень: ≤ 12 ; Середній рівень: 13-18; Високий рівень: 19-23.

Шкала «Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів» (питання: від 7 до 14). Максимально можлива кількість балів: 20. Мінімально можлива кількість балів: 8. Ця шкала має зворотне оцінювання (кожна відповідь отримує ту кількість балів, яка вказана вище біля варіантів до номерів запитань).

Рівні вираженості: Низький рівень: ≤ 12 ; Середній рівень: 13-17; Високий рівень: 18-20.

Шкала «Поведінкова реакція на травматичний досвід» (питання: від 15 до 18). Максимально можлива кількість балів: 12. Мінімально можлива кількість балів: 4. Ця шкала має зворотне оцінювання (кожна відповідь отримує ту кількість балів, яка вказана вище біля варіантів до номерів запитань).

Рівні вираженості: Низький рівень: ≤ 6 ; Середній рівень: 7-10; Високий рівень: 11-12.

Примітка: детальний аналіз щодо особливостей інтерпретації шкал наведено у розділі 2 дисертаційної роботи.

Додаток Ж**Питання бесіди на виявлення особливостей травматичного досвіду,
розуміння власних емоцій та почуттів дитиною**

1. Чи здатна дитина чітко визначити свої емоції і почуття?
2. Чи фіксується дитина на негативних моментах поточної ситуації?
3. Чи відчуває дитина утруднення у визначенні власного найближчого майбутнього і відтермінованого в часі, чи присутня негативна забарвленість сюжету мрій дитини?
4. Чи дитина часто згадує травматичні події без її належного осмислення й інтеграції травматичного досвіду у своє життя?
5. Чи виявляє дитина нерозуміння власних дій і ресурсів у складній ситуації та неспроможність подолати її конструктивно?

Опрацювання та інтерпретація.

Кожна відповідь оцінюється відповідним балом з метою більш якісного узагальненого аналізу та виділення рівнів вираженості вимірюваних показників: Ні – 1; важко сказати – 2; так - 3 бали. В межах бесіди виділено три рівні вираженості впливу травматичного досвіду на розуміння власних емоцій і почуттів: низький, якому відповідає розподіл у балах до 8; середній – від 9 до 12 балів та високий – від 13 до 15 балів.

Додаток И

Проективна методика «Безпечне місце» (Л. Хей)

Інструкція: запропонуйте дитині намалювати її «безпечне місце». Дайте відповіді на наведені нижче твердження за трибальною шкалою, де:

Ні – 1; Важко сказати – 2; Так – 3.

Аналізуючи малюнок, можна стверджувати ...

1. Переживання негативних почуттів щодо травматичної події.
2. Частий прояв негативних емоцій, як при згадуванні емоційної події, так і в цілому.
3. Зосередженість на власних переживаннях, не здатність розпізнавати відмінні від них почуття інших людей.
4. Однобічне негативне ставлення до травматичного досвіду, нездатність бачити позитивні аспекти поточної ситуації.
5. Негативне налаштування на майбутнє.

Додаток К

Спостереження за поведінкою дитини

Інструкція: нижче наведено список тверджень, оберіть, будь ласка, одну відповідь із наведених варіантів, якою мірою це відображається у дитині.

Шкала для оцінювання: Ні – 1; Важко сказати – 2; Так – 3.

Спостерігаючи за поведінкою дитини, ви помітили ...

1. Нав'язливе прагнення розповідати про травматичну подію «по колу» без її належного осмислення або замкненість, уникнення обговорення переживань у травматичній ситуації та їх перетворення у позитивний бік.
2. Не здатність стабілізувати власний емоційний стан, що може спричинити девіації у поведінці.
3. Неконтрольовані прояви агресії.
4. Сюжетні ігри, малюнки, ліплення, пов'язані із травматичною подією.
5. Пасивність у виробленні власних стратегій виходу із травматичної ситуації.
6. Нездатність приймати та надавати емоційну підтримку у складних ситуаціях.

Додаток К.1

Спостереження за міжособистісною взаємодією

Інструкція: нижче наведено список тверджень, оберіть, будь ласка, одну відповідь із наведених варіантів, якою мірою це відображається у дитині.

Шкала для оцінювання: Ні – 1; Важко сказати – 2; Так – 3.

Спостерігаючи за міжособистісною взаємодією дитини, чи можете Ви відмітити ...

1. Переживання самотності, ізолюваності від оточуючих.
2. Відсутність друзів, екологічного кола спілкування в цілому.
3. Скарги на нерозуміння батьків та інших значущих дорослих.
4. Бажання усамітнитися, перебувати і грати наодинці.
5. Відчуття непотрібності іншим людям.

Додаток Л

**Соціально-демографічні характеристики вибірки основного
(констатувального) етапу дослідження**

Вік

	Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувальний процент
Допустимо 6 років	107	23,3	23,3	23,3
7 років	131	28,5	28,5	51,7
8 років	72	15,7	15,7	67,4
9 років	91	19,8	19,8	87,2
10 років	36	7,8	7,8	95,0
11 років	23	5,0	5,0	100,0
Всього	460	100,0	100,0	

Стать

	Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувальний процент
Допустимо Хлопець	254	55,2	55,2	55,2
Дівчина	206	44,8	44,8	100,0
Всього	460	100,0	100,0	

Форма здобування освіти

	Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувальний процент
Допустимо Звичайна	424	92,2	92,2	92,2
Спеціальна	36	7,8	7,8	100,0
Всього	460	100,0	100,0	

Кількість дітей

	Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувальний процент
Допустимо Одна	167	36,3	36,3	36,3
Дві	212	46,1	46,1	82,4
три і більше	81	17,6	17,6	100,0
Всього	460	100,0	100,0	

Статус дитини

	Частота	Проценти	Процент допустимих	Накопичувальний процент
Допустимо переміщення не було	246	53,5	53,5	53,5
повернулися додому	111	24,1	24,1	77,6
ВПО	92	20,0	20,0	97,6
ЗПО	11	2,4	2,4	100,0
Всього	460	100,0	100,0	

Додаток М

Показники переживання досвіду за шкалою впливу життєвих подій пов'язаних із війною залежно від рівня його вираженості (результати порівняння трьох груп за критерієм Крускала-Уолліаса Н)

Крускал-Уолліс				
	χ^2	df (ступенів свободи)	p	ϵ^2
1. Дитині довелося покинути свій будинок	225.5	2	< .001	0.491
2. Будинок дитини було пошкоджено або зруйновано	98.1	2	< .001	0.314
3. Дитина чула вибухи чи постріли	156.2	2	< .001	0.340
4. Дитина бачила солдатів або людей, що борються	73.2	2	< .001	0.360
5. Дитина бачила поранених	84.5	2	< .001	0.384
6. Дитина бачила людей дуже наляканими та стурбованими	154.4	2	< .001	0.336
7. Дитині не було де жити	199.7	2	< .001	0.435
8. Дитина була у важкій подорожі до місця безпеки	219.0	2	< .001	0.477
9. Протягом усього шляху були періоди без їжі і води	143.4	2	< .001	0.312
10. Дитині довелося попрощатися із рідними і друзями	179.1	2	< .001	0.390

Додаток Н

Порівняльний аналіз за шкалою «Вплив життєвих подій» залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами (за критерієм Крускала-Уолліса Н)

Паралельні порівняння – Шкала впливу життєвих подій

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-5.22	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-5.73	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-2.67	0.142

Додаток Н.1

Порівняльний аналіз за опитувальником «Спогади про травматичну подію» залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами (за критерієм Крускала-Уолліса Н)

Описові статистики

	11. Як осмислює дитина поточну ситуацію	Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	Поведінкова реакція	Повернення до травматичного досвіду
Середнє	зосереджена лише на негативних аспектах	15.4	9.07	17.4
	бачить як негативні, так і позитивні моменти	12.7	7.68	14.3
	Здатна бачити позитивні аспекти	11.2	6.85	11.5
Медіана	зосереджена лише на негативних аспектах	15	9	17

	бачить як негативні, так і позитивні моменти	13	8.00	15.0
	Здатна бачити позитивні аспекти	11	6	11
Стандартне відхилення	зосереджена лише на негативних аспектах	2.87	2.19	3.85
	бачить як негативні, так і позитивні моменти	2.66	2.00	3.86
	Здатна бачити позитивні аспекти	2.48	1.94	4.03

Паралельні порівняння – Повернення до травматичного досвіду

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-7.78	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.26	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-7.19	< .001

Паралельні порівняння – Розуміння емоцій і почуттів

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-9.29	< .001

зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.74	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-6.25	< .001
Паралельні порівняння – Поведінкова реакція			
		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-7.31	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-8.18	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-4.65	0.003

Додаток Н.2

Порівняльний аналіз показників за результатами бесіди спрямованої на виявлення особливостей травматичного досвіду залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами (за критерієм Крускала-Уолліса H)

Паралельні порівняння – 1. Бесіда 1 питання			
		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-7.43	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.02	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-6.37	< .001
Паралельні порівняння – 2. Бесіда 2 питання			
		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-10.23	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-12.07	< .001

бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-7.54	< .001
--	---------------------------------	-------	--------

Паралельні порівняння – 3. Бесіда 3 питання

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-9.57	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.90	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-5.72	< .001

Паралельні порівняння –4. Бесіда 4 питання

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-9.88	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.88	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-5.56	< .001

Паралельні порівняння – 5. Бесіда 5 питання

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-9.46	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-11.86	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-8.04	< .001

Додаток Н.3

**Порівняльний аналіз за показниками емоційно-афективної сфери
переживань залежно від оцінки поточної ситуації молодшими
школярами (за критерієм Крускала-Уолліса Н)**

Описові статистики

	11. Як осмислює дитина поточну ситуацію	Тривожні / нав'язливі думки	Тривожність ДВОР	Проективна методика Безпечне місце	Емоційно- афективна сфера
Середнє	зосереджена лише на негативних аспектах	55.5	7.73	12.6	75.9
	бачить як негативні, так і позитивні моменти	43.8	5.97	9.09	58.8
	Здатна бачити позитивні аспекти	32.3	3.77	7.13	43.2
Медіана	зосереджена лише на негативних аспектах	59	9	13	78
	бачить як негативні, так і позитивні моменти	44.0	6.00	9.00	60.0
	Здатна бачити позитивні аспекти	31	3	7	42
Стандартне відхилення	зосереджена лише на негативних аспектах	14.9	2.70	2.42	18.2

бачить як негативні, так і позитивні моменти	12.0	3.09	2.39	15.3
Здатна бачити позитивні аспекти	10.7	2.63	1.99	13.9

Паралельні порівняння – Тривожні/нав'язливі думки

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-8.85	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-11.51	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-9.75	< .001

Паралельні порівняння – Тривожність ДВОР

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-6.54	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.33	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-7.75	< .001

Паралельні порівняння – Проективна методика Безпечне місце

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-13.09	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-13.17	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-9.18	< .001

Паралельні порівняння – Емоційно-афективна сфера

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-10.1	< .001
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-12.3	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.4	< .001

Додаток Н.4

Порівняльний аналіз показників мотиваційно-поведінкової сфери залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами (за критерієм Крускала-Уолліса H)

	χ^2	df (ступенів свободи)	P
Агресивна поведінка	76.6	2	< .001
Агресивність ДВОР	37.1	2	< .001
Самотність	116.1	2	< .001
Спостереження за поведінкою	115.9	2	< .001
Спостереження за міжособистісною взаємодією	99.9	2	< .001
Мотиваційно-поведінкова сфера	122.5	2	< .001

Додаток Н.5

Порівняльний аналіз за шкалою «Фізичне самопочуття» залежно від оцінки поточної ситуації молодшими школярами (за критерієм Крускала-Уолліса H)

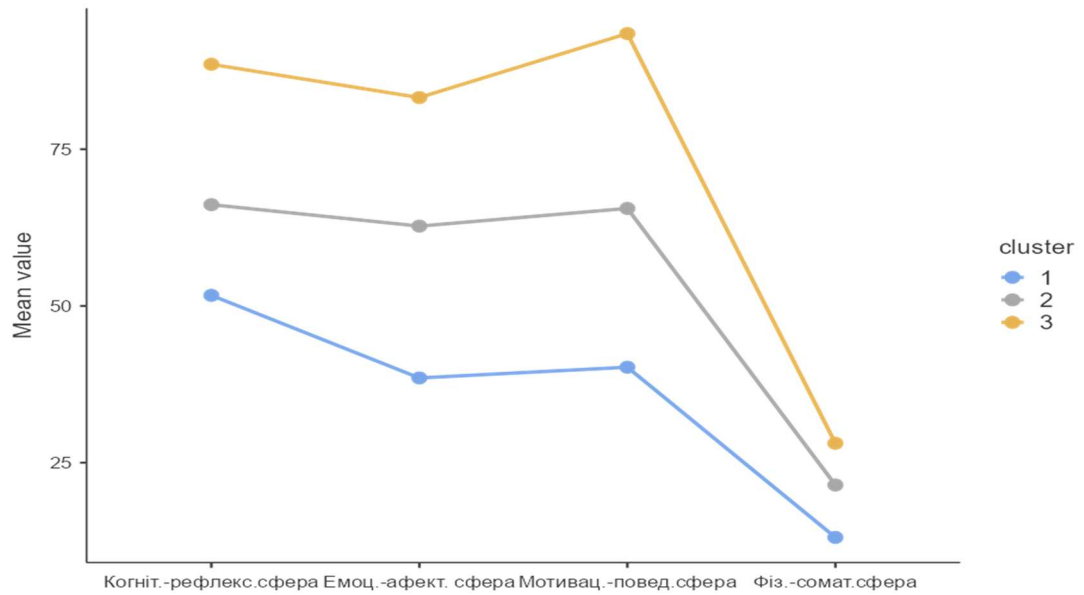
Паралельні порівняння – Шкала фізичного самопочуття

		W	P
зосереджена лише на негативних аспектах	бачить як негативні, так і позитивні моменти	-8.32	< .001

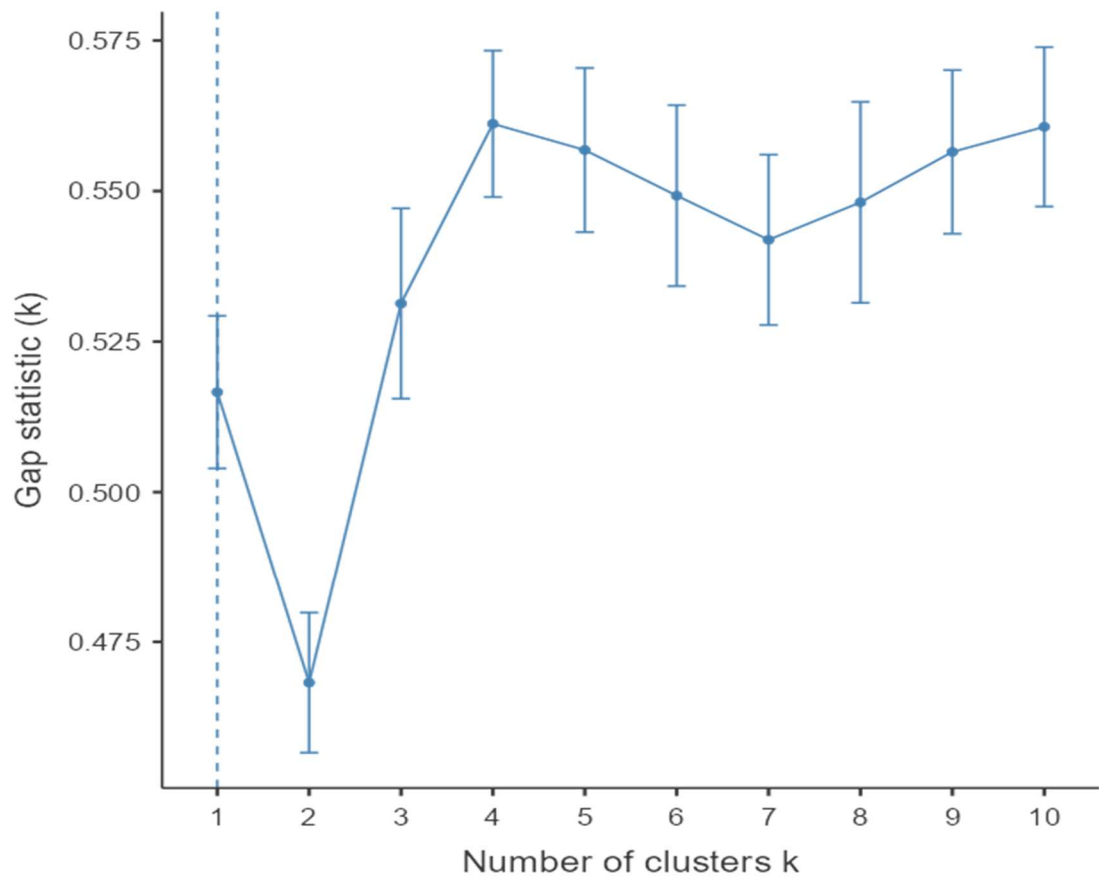
зосереджена лише на негативних аспектах	Здатна бачити позитивні аспекти	-10.57	< .001
бачить як негативні, так і позитивні моменти	Здатна бачити позитивні аспекти	-8.61	< .001

Додаток П

Показники типів (за результатами кластерного аналізу)



Optimal number of clusters



Clustering Table

Cluster No	Count
1	140
2	83
3	237

Centroids of clusters Table

Cluster No		Когнітивно-рефлексивна сфера	Емоційно-афективна сфера	Мотиваційно-поведінкова сфера	Шкала фізичного самопочуття
1	1.00	51.686	38.514	40.229	13.086
2	2.00	88.537	83.232	93.439	28.098
3	3.00	66.152	62.730	65.553	21.443

Додаток Р

Лист підтримки (нагадування для батьків)

Терапевтичний інструмент Пес-Хібукі наданий дитині з метою емоційної підтримки, як частина психотерапевтичного супроводу при подоланні травм війни в Україні. У рамках міжнародного проєкту «Хібукі-терапія».

Він належить виключно дитині. Не може бути проданим чи переданим іншим особам.

Просимо вас поважати право дитини користуватись інструментом на власний розсуд для психічної стабілізації у всіх процесах життєдіяльності дитини.

Просимо вас:

1. Не брати його без дозволу дитини.
2. Не ховати його від дитини.
3. Не передавати його іншим дітям чи особам.
4. Не забирати силоміць.
5. Не висказувати власні думки з приводу використання
6. Не порушувати право дитини перебувати з терапевтичним інструментом в потрібний для дитини час.

Це визнаний міжнародною спільнотою методичний посібник, який стабілізує стан та поведінку дитини, що зазнала травми.

Просимо звернути увагу, якщо дані умови НЕ будуть дотримані, то це вказує на те, що:

- Ви порушуєте Конституцію України
- Ви порушуєте Конвенцію про права людини
- Ви порушуєте Конвенцію про права дитини

Це може призвести до звинувачення.

З повагою та вірою у підтримку Засновник методу

Міжнародний керівник проєкту, психолог, Хібукі-терапевт.

Додаток С

Історія для батьків

Привіт!

Познайомимось?

Мене звати Хібукі – собака-обіймака. З часом ти можеш обрати для мене ім'я, яке тобі більше подобається і я радо прийму його та відкликатимусь на нього. А як звати тебе?

Розповім трішки про себе.

Прилетів я сюди на великому літаку з самісінького Єрусалима. Якщо ти ще не знаєш – це чудове місто в теплій красивій країні Ізраїль, яке ще називають Святою Землею. Саме зі Святої Землі я привіз свої обійми і даруватиму їх своїм новим друзям.

Моя історія розпочалася з того часу, коли дітям Ізраїлю потрібно було ховатися у сховища від небезпечних ракет. Їм було дуже страшно. Щоб зменшити цей страх, на допомогу прийшов я – Хібукі собака-обіймака, сміливець, який завжди поруч, коли погано або коли потрібен захист, вірний товариш, який завжди готовий обійняти, коли страшно чи боляче. Зараз я живу майже в кожній оселі Ізраїлю.

Хібукі – іграшка, але не звичайна. Глянь на мене, я трохи смішно і дивно виглядаю, бо в мене надто великі лапи і довжелезні вуха. Такі лапи мені потрібні, бо ними я зможу гарненько обійняти тебе, а такими смішними, величезними вухами, я зможу вислухати тебе, почути кожне твоє слово, яке ти захочеш мені сказати. До речі, моїми вухами ти можеш затулити свої вушка, якщо певні звуки тобі не до вподоби. Торкаючись до мене ти відчуєш лагідну шерсть, яка робить мої обійми, ще теплішими.

Напевне ти себе запитуєш – чому ж Хібукі такий класний, гарний і добрий, а очка має сумні!? Відповідь проста – мені сумно, коли комусь важко, боляче чи самотньо. Я дуже засмучуюсь, коли бачу, що хтось чинить погано і кривдить інших. Мої сумні очі говорять про те, що і Хібукі також потрібна підтримка та обійми.

Придумав! Якщо це будуть твої обійми, то я радо підтримаю тебе на час небезпеки чи поки ти почуватимешся погано! Домовилися?

Хібукі в світі не один. Якось один з них вирушив у Японію, там саме сталося лихо, чимало людей втратили свої домівки. Обіймаючи Хібукі, усі діти почували себе в безпеці. Тож тепер у Японії живе Хібукі.

Сьогодні дітям в Україні теж потрібний захист, тому Хібукі собака-обіймака прилетів сюди, щоб обійняти, заспокоїти, втішити та зробити все щоб кожен малюк (ну і дорослий теж, звісно) почував себе у затишку та у безпеці.

Я вірю, що скоро настане Мир, тому хочу поділитися з тобою своєю вірою!

Дозволиш себе обійняти?

Твоя собака-обіймака Хібукі.

Додаток Т

Показники порівняння результатів експериментальної групи до та після
Хібукі-терапії

Парні зразки Т-Тесту

			Статистика	Р	Розмір ефекту	
Повернення до травматичного досвіду	ПІСЛЯ Повернення до травматичного досвіду	Вілкоксон W	20584 ^a	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.693
Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	ПІСЛЯ Усвідомлення та розуміння емоцій і почуттів	Вілкоксон W	4549 ^b	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.663
Поведінкова реакція на травматичний досвід	ПІСЛЯ Поведінкова реакція на ТД	Вілкоксон W	3282 ^d	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.634
Вплив життєвих подій	Після Вплив життєвих подій	Вілкоксон W	18239 ^e	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.571
Бесіда Загальне	ПІСЛЯ БЕСІДА	Вілкоксон W	17970 ^f	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.862
Тривожні думки	ПІСЛЯ Тривожні думки	Вілкоксон W	32063 ^g	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.934
Безпечне місце Загальне	ПІСЛЯ Безпечне місце	Вілкоксон W	18774 ^h	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.850
Агресивна поведінка	ПІСЛЯ Агресивна поведінка	Вілкоксон W	170 ⁱ	0.017	Рангова бісеріальна кореляція	0.614
Самотність	ПІСЛЯ Самотність	Вілкоксон W	43668 ^j	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.859
Спостереження за поведінкою	ПІСЛЯ Спостереження за поведінкою	Вілкоксон W	18266 ^f	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.912
Спостереження за міжособис. взаємодією	ПІСЛЯ Спостереження за міжособис.	Вілкоксон W	13016 ^k	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.791
Мотиваційно-поведінкова сфера	ПІСЛЯ Мотиваційно-поведінкова СФ	Вілкоксон W	29056 ^l	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.882
Фізичне самопочуття	ПІСЛЯ Фізичне самопочуття	Вілкоксон W	25669 ^b	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.883

Емоційно-афективна сфера	ПІСЛЯ Емоційно-афективна СФ	Вілкоксон W	33019 ^m	< .001	Рангова бісеріальна кореляція	0.931
--------------------------	--------------------------------	----------------	--------------------	--------	-------------------------------------	-------

Примітка. $H_a \mu_{\text{Міра 1 - Міра 2}} \neq 0$

^a 49 пар значень були зв'язані

^b 36 пар значень були зв'язані

^d 80 пар значень були зв'язані

^e 53 пар значень були зв'язані

^f 73 пар значень були зв'язані

^g 12 пар значень були зв'язані

^h 68 пар значень були зв'язані

ⁱ 250 пар значень були зв'язані

^j 41 пар значень були зв'язані

^k 99 пар значень були зв'язані

^l 21 пар значень були зв'язані

^m 8 пар значень були зв'язані

Додаток У

Довідки про впровадження результатів дослідження

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«КІНДЕР ВЕЛЬТ»

65026, Україна, Одеська область, м Одеса, площа Грецька 3/4, ЄДРПОУ 44958245

м. Одеса

«03» жовтня 2023 року

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Дафни Максимов
на тему: «Психологічні особливості трансформації травмівних
переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії»

Науково-методичні розробки дисертаційного дослідження Дафни Максимов «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії» було впроваджено в практику діяльності спеціалістів благодійного реабілітаційного центру KINDERVELT протягом 2022-2023 рр.

Теоретичні положення, діагностичний комплекс та програма трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії сприяє підвищенню професійного рівня спеціалістів благодійного реабілітаційного центру KINDERVELT та вдосконаленню технології Хібукі-терапії для стабілізації психологічного стану молодших школярів.

Результати впровадження матеріалів дисертаційного дослідження Дафни Максимов у практику діяльності благодійного реабілітаційного центру KINDERVELT дають підстави для висновку про наукову та практичну цінність розробленої авторкою програми трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії.

Директор



Аліса РИБКО



ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «ОБ'ЄДНАННЯ БАГАТОДІТНИХ РОДИН «КРИЛА»

м.Черкаси, вул. 30-ча Перемоги, 26

067 757 53 05

Код ЄДРПОУ 43528678

вих. № 3

від 11 листопада 2024 р.

м. Черкаси

ДОВІДКА**про впровадження результатів дисертаційного дослідження****Дафни Максимов****на тему «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі - терапії»**

Науково-методичні розробки дисертаційного дослідження Дафни Максимов «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії» було впроваджено в практику діяльності спеціалістів Громадської організації «Об'єднання багатодітних родин Крила» протягом 2023-2024 років.

Теоретичні положення, діагностичний комплекс та програма трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії сприяє підвищенню професійного рівня спеціалістів Громадської організації «Об'єднання багатодітних родин «Крила» та вдосконаленню технології Хібукі-терапії для стабілізації психологічного стану молодших школярів.

Результати впровадження матеріалів дисертаційного дослідження Дафни Максимов у практику діяльності Громадської організації «Об'єднання багатодітних родин «Крила» дають підстави для висновку про наукову та практичну цінність розробленої авторкою програми трансформації травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку засобами Хібукі-терапії.

Голова ГО

«Об'єднання багатодітних родин «Крила» Валерія ШИНКАРЬОВА





Львівська міська рада
Департамент розвитку
Управління освіти

79008, Львів, пл. Ринок, 9 тел.: (032)254-60-48, тел./факс: (032) 235-80-04, e-mail: osvitalviv@ukr.net

18.11.2024 р. № 2709-вх-881482

На № _____ від _____

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного
дослідження Максимов Дафни
на тему: «Психологічні особливості трансформації травмівних
переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії»

Науково-методичні розробки дисертаційного дослідження Дафни Максимов «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії» було впроваджено у практику надання психологічної допомоги постраждалим від війни дітям спеціалістами Львівського освітнього волонтерського проекту «Сонцелєви» протягом 2022-2023 рр., де експериментом було охоплено понад 600 дітей та у практику діяльності педагогів у 128 закладах освіти Львівської територіальної громади протягом 2023-2024 рр.

Теоретичні положення, діагностичний комплекс та програма трансформацій травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку сприяє підвищенню професійного рівня педагогів та вдосконаленню використання технології Хібукі-терапії у роботі спеціалістів по стабілізації психологічного стану дітей у закладах освіти.

Результати впровадження матеріалів дослідження у практику діяльності дають підстави для висновку про дієвість науково-методичних заходів та практичну цінність розробленої авторкою програми трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії.

Довідка видана для пред'явлення за місцем захисту дисертації.

Начальник управління

Андрій ЗАКАЛЮК



61002, Україна, Харків, вул. Куликівська, 11, пов. I

вих. № 42/11/2024

від 11.11.2024 р.

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження на здобуття
наукового ступеня доктора філософії Максимов Дафни
на тему: «Психологічні особливості трансформації травматичних переживань
молодших школярів засобами Хібукі-терапії»
зі спеціальності 053 «Психологія»

Протягом 2022-24 років на базі ГО «ЕдКемп Україна» було реалізовано проекти, спрямовані на підсилення спроможності педагогічних працівників і працівниць щодо забезпечення психологічної підтримки учнівства в умовах військового стану. А саме, спільно з Дафною Максимов, проведено навчання за програмою підвищення кваліфікації «Хібукі-школа: використання терапевтичної іграшки Хібукі в закладах освіти у воєнні та повоєнні часи і в рамках інтеграції з програмою СЕЕН». Навчання за програмою пройшло 400 вчителів й вчительок з різних регіонів України.

Напрацювання Дафни Максимов увійшли до методичного посібника для освітян «Хібукі-терапія: використання в освітньому процесі та в інтеграції з СЕЕН». Головною метою посібника є ознайомлення педагогічних працівників/-иць, вихователів/-льок закладів освіти, працівників/-иць психологічних служб та адміністрацій закладів із можливостями методу Хібукі-терапії та демонстрації його результативності задля стабілізації дитини під час освітнього процесу та в інтеграції з соціально-емоційним та етичним навчанням (СЕЕН) й зменшення симптомів стресу та травми.

За Участю дисертантки реалізовано експертні сесії під час Національного EdCamp-Воля 2023 та тренінгового навчання TOT-2 для тренерів/-рок СЕЕН.

Результати дослідницько-практичної діяльності Дафни Максимов є важливим підґрунтям для оптимізації системи надання послуг з підвищення кваліфікації освітян в контексті забезпечення психологічної підтримки учасників й учасниць освітнього процесу.

З повагою,
 Голова Ради ГО «ЕдКемп Україна»,
 член Консультативної ради з питань
 сприяння розвитку системи загальної
 середньої освіти при Президентіві України,
 кандидат технічних наук

Олександр Елькін

for@edcamp.ua
 +380 50 29 12 555

Ми об'єднуємо освітян
 і допомагаємо їм зростати!



edcamp.ua



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ
МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
**МИКОЛАЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНСТИТУТ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ**
54001 м. Миколаїв, вул. Адміральська, 4-а, тел./факс 37 85 89
<http://www.moippo.mk.ua>, e-mail: moippo@moippo.mk.ua

від 779/17-03
№ 26.10.2023
на № _____
від _____

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Дафни Максимов
на тему
«Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших
школярів засобами хібукі-терапії»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
зі спеціальності 053 «Психологія»

У Миколаївському обласному інституті післядипломної педагогічної освіти впродовж 2022–2023 років під час проведення курсів підвищення кваліфікації практичних психологів здійснювалося впровадження окремих результатів дисертаційного дослідження Максимов Дафни з теми «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами хібукі-терапії».

Процес апробації результатів експериментального дослідження в практику роботи МОППО включав упровадження діагностичного інструментарію для визначення психологічних особливостей травмівних переживань, перевірку ефективності практичного застосування структурно-функціональної моделі травмівних переживань, запровадження на курсах підвищення кваліфікації практичних психологів програми хібукі-терапії для трансформації травмівних переживань молодших школярів.

Вважаємо, що впровадження зазначених результатів дисертаційного дослідження Дафни Максимов засвідчують дієвість запропонованих науково-методичних заходів та підтверджують їх теоретичну й практичну значущість.

Довідка видана для пред'явлення за місцем захисту дисертації.

Директор,
доктор педагогічних наук, доцент



Василь ШУЛЯР

Ф-07 П-01



ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ЖИТОМИРСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПЕДАГОГІЧНОЇ ОСВІТИ»
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
(КЗ «ЖИТОМИРСЬКИЙ ОІППО» ЖОР)

вул. Михайлівська, 15, м. Житомир, 10014

тел./факс: (0412)47-37-87, e-mail: oippoz@gmail.com, https://zipro.net.ua, код ЄДРПОУ 02139713

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ВІДПОВІДАЄ ДСТУ ISO 9001:2015

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2015

30.10.2023 № 01/656
На № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Максимов Дафни

на тему: «Психологічні особливості трансформації травмівних
переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
із спеціальності 053 «Психологія»

У КЗ «Житомирський ОІППО» ЖОР упродовж 2022-2023 років для проведення підвищення кваліфікації педагогічних працівників здійснювалося впровадження окремих результатів дисертаційного дослідження Максимов Дафни з теми «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії».

Процес апробації результатів експериментального дослідження у практику роботи КЗ «Житомирський ОІППО» ЖОР передбачав включення Кльоц Л. А., кандидатом психологічних наук, доцентом кафедри психології в освітні програми підвищення кваліфікації педагогічних працівників тем щодо впровадження діагностичного інструментарію для визначення психологічних особливостей травмівних переживань молодших школярів, перевірки ефективності практичного застосування структурно-функціональної моделі травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, методів програми Хібукі-терапії для трансформації травмівних переживань молодших школярів. Висновки дисертаційного дослідження покладені в основу програми досвідно-експериментальної роботи за темою «Психолого-педагогічні особливості трансформації травмівних переживань дітей засобами терапевтичної іграшки», що реалізується у КЗ «Житомирський ОІППО» ЖОР (затверджено вченою радою протокол №6 від 31.10.2022 р) за наукового керівництва Дафни Максимов. Експериментом охоплено п'ять закладів освіти Житомирської області, залучено у цілому 640 дітей.

Вважаємо, що впровадження зазначених результатів дисертаційного дослідження Дафни Максимов засвідчують дієвість запропонованих науково-методичних заходів та підтверджують їх теоретичну й практичну значущість.

Довідка видана для пред'явлення за місцем захисту дисертації.

Директор,
доктор педагогічних наук, доцент



Ігор СМАГІН



Dec 28, 2023

To Whom It May Concern:

This letter is to acknowledge that Hebrew Public, a national public charter school network in the US, with headquarters in New York City, has used Dafna Sharon-Maksimov's original Hibuki Therapy methodology to develop a US-based adaptation of the model that is currently being implemented at 10 school campuses across.

Dafna Sharon-Maksimov has conducted professional development training and provided staff supervision to ensure successful piloting of the program. She has worked with Hebrew Public's mental health professionals to adapt the model to American use; we continue to collaborate to perfect the model and expand to elementary and middle school children of all backgrounds.

The results of Hibuki therapy sessions with children demonstrate the intervention's positive impact on their social and emotional well-being. Among the most noticeable improvements we have observed are:

- Decrease in trauma-related and psychosomatic symptoms (anxiety, difficulty of falling asleep, fear of letting go) associated with single and multiple traumas.
- Better integration in social settings, such as an improved ability to make friends and communicate with other children
- Decrease in irritability and aggression
- The development of "haatzama", Hebrew word meaning a sense of self-confidence and empowerment

We are grateful for Dafna Sharon-Maksimov's outstanding contributions to improve children's mental health and look forward to continuing our collaboration with you.

If you have further questions or require additional information, please do not hesitate to contact me at valerie@hebrewpublic.org.

Best regards,

Valerie Khaytina

Valerie Khaytina
Chief External Officer



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

вул. Іоанна Павла II, 17, м. Київ, 01042; e-mail: uni@snu.edu.ua,
код ЄДРПОУ 02070714

04.06.2024 № 465/15.17 На № _____ від _____

ДЗВО «Університет менеджменту
освіти» НАПН України
завідувачці аспірантури
Ануфрієвій Оксані Леонідівні

Шановна Оксано Леонідівно!

Висловлюємо Вам свою повагу та доводимо до відому, що 15 березня 2024 року, для здобувачів вищої освіти спеціальності 053 «Психологія», освітньої програми «Психологія» кафедри психології та соціології факультету здоров'я людини Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля проведено навчальний вебінар на тему «Метод Хібукі-терапії». Ведуча вебінару – психологиня Дафна Шарон Максимов (Ізраїль), засновниця методу, координаторка програми хібукі-терапії на міжнародному рівні та в Україні. Кількість учасників заходу – більш 100 осіб. Під час навчально-ознайомчого вебінару авторка методу приділила увагу особливостям проживання дітьми травмивного досвіду, поділилася історією створення терапевтичної іграшки Хібукі. Даний метод є дуже ефективним для відновлення ментального здоров'я дітей та дорослих, це інструмент усвідомлення власного внутрішнього психологічного стану, почуттів та переживань.

Інформація про захід знаходиться на сайті університету <https://snu.edu.ua/> та сторінках кафедри у соціальних мережах.

З повагою, завідувачка кафедри
психології та соціології,
д. психол. н., проф.



[Handwritten signature]

Юлія Бохонкова



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
ЦЕНТРАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

вул. Січових Стрільців, 52-а, м. Київ, 04053; тел. (044)484-39-65, ф.481-38-12,
e-mail: cippo.umo@gmail.com

10.09.2024 № 19-03/03

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Дафни Шарон Максимов
за темою: «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань
молодших школярів засобами Хібуки-терапії»
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD) зі
спеціальності 053 «Психологія»

Результати дисертаційного дослідження Дафни Шарон Максимов «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібуки-терапії» впроваджувалася в освітній процес Центрального інституту післядипломної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» протягом 2024 р. в межах виконання НДР «Трансформація професійного розвитку педагогічних і науково-педагогічних працівників в умовах відкритого університету післядипломної освіти» (ДР № 0120U104637, 2020-2025 рр.), напрям «Умови психологічного благополуччя учасників освітнього процесу у відкритому університеті післядипломної освіти».

Для впровадження було використано зміст психологічної програми трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібуки-терапії та методичні рекомендації щодо її використання в психологічній практиці. Цільовою групою впровадження стали слухачі курсів підвищення кваліфікації – директори (фахівці) Інклюзивно-ресурсних центрів (Ресурсних центрів інклюзивної освіти), навчально-методичних центрів психологічної служби та психологи центрів професійного розвитку педагогічних працівників.

Аналіз результатів упровадження напрацювань Дафни Шарон Максимов свідчить про позитивну динаміку психологічної компетентності цільової групи освітян і практичних психологів з питань забезпечення особистісного благополуччя учасників освітнього процесу.

Директор ЦПО

Т. М. Сорочан



ЗАПОРІЗЬКА МІСЬКА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ
ЦЕНТРАЛЬНИЙ ВІДДІЛ ОСВІТИ
ЗАПОРІЗЬКА ГІМНАЗІЯ № 25 ЗАПОРІЗЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

вул. Патріотична, 76, м. Запоріжжя, 69005, тел. 226-05-59, 226-05-58,
E-mail: zp25gimn@ukr.net, Код ЄДРПОУ 26291532

11.11.2024 № 02-08/224

на № _____ від _____

Адміністрація Запорізької гімназії № 25 Запорізької міської ради засвідчує, що наш заклад освіти активно впроваджує методику програми Хібукі-терапії.

В нашій гімназії сертифіковано 5 педагогічних працівників, включаючи директора і психолога. Вчителі активно впроваджують Хібукі-терапію в освітній простір та гурткову роботу нашої гімназії. Гурток на даний час відвідує 15 дітей. Завдяки цій програмі ми успішно допомагаємо нашим учням долати психологічні труднощі, знижувати рівень стресу й тривожності, а також адаптуватися до змін та навчального процесу в безпечному середовищі.

Методика Хібукі-терапії активно використовується вчителями початкових класів, які пройшли відповідну сертифікацію, в процесі проведення уроків як в дистанційному, так і в офлайн форматі. Така робота проводиться серед учнів 1-4 класів, а це понад 200 дітей. Програма сприяє покращенню психологічного стану учнів та полегшує встановлення емоційного контакту з дітьми.

Також педагоги нашого закладу, проводять заняття за програмою у Хабі "Орбіта" для дітей ветеранів війни, загинувших героїв нашого міста, підтримуючи їхню емоційну стабільність та сприяючи психологічній адаптації. Загалом такі заняття на даний момент відвідує 25 дітей.

Директор Запорізької гімназії № 25 Запорізької міської ради координує діяльність Хібукі-терапії у м. Запоріжжі. За підтримки Департаменту освіти і науки Запорізької міської ради протягом цього навчального року, було проведено навчання для 55 педагогічних працівників та психологів міста Запоріжжя. На даний момент проект впроваджується приблизно у 35 школах та 20 дитячих садках нашого міста.

Досвід роботи з програмою Хібукі-терапії показав, що ця методика є дієвою та потужною підтримкою для дітей, особливо в умовах війни. Ми бачимо позитивний вплив методики на наших учнів, тому плануємо активно розвивати та впроваджувати Хібукі-терапію в освітній процес нашого закладу, адже переконані в її цінності та ефективності.

З повагою,
директор Запорізької гімназії № 25



Марина ЛУЦЕНКО

**ЗОЛОТОНІСЬКА МІСЬКА РАДА ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТІ
ЗОЛОТОНІСЬКА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ШКОЛА № 2
ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

вул. Миколаївська, 5, м. Золотоноша, Черкаська область, 19700, телефон (04737) 5-32-95
web: <http://zolsit2.ck.ua/>, e-mail: zolo.school2@gmail.com, код ЄДРПОУ 21382106

13 листопада 2024 р. № 369

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Дафни Максимов

на тему: «Психологічні особливості трансформації

травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії»,

поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії

із спеціальності 053 «Психологія»

Науково-методичні розробки дисертаційного дослідження Дафни Максимов «Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії» було впроваджено в практику освітньої діяльності учасників освітнього процесу Золотоніської спеціалізованої школи № 2 інформаційних технологій.

Дослідження включало розробку та апробацію методик Хібукі-терапії, спрямованих на психологічну підтримку дітей молодшого шкільного віку, які зазнали емоційних та психологічних травм. Хібукі-терапія, як метод, допомагає дітям у процесі відновлення та трансформації негативних переживань через символічну гру з м'якою іграшкою-собакою Хібукі, яка виконує роль емоційної підтримки.

Методика Хібукі-терапії з 2022 року успішно інтегрована в шкільну систему психологічного супроводу та сприяє створенню безпечного і сприятливого середовища для розвитку дітей.

На першому етапі до проєкту долучилися 57 учнів СШТ № 2, а також команда вчителів у кількості 13 осіб та психолог школи, які пройшли спеціальне навчання. За результатами анкетування, яке було проведено до початку та після впровадження проєкту, відзначено помітне покращення психологічного стану дітей. Ці позитивні результати стали основою для розширення участі: з 2023 року до проєкту «Школа Хібукі» приєднано ще 150 учнів.

Батьки, обираючи школу для своїх дітей, частіше віддають перевагу саме нашій школі, тому що тут активно впроваджується проєкт «Хібукі Школа». Цей проєкт не тільки допомагає учням краще адаптуватися до викликів сучасного життя, але й забезпечує атмосферу підтримки, де діти можуть відчувати себе комфортно в міру можливого. Батьки знають, що в нашій школі їхні діти отримують не тільки якісну освіту, а й психологічну допомогу, яка сприяє їхньому загальному розвитку.

Результати дисертаційного дослідження Дафни Максимов мають високу практичну цінність та підтверджують ефективність Хібукі-терапії як засобу трансформації травмівних переживань молодших школярів. Запровадження методики в освітньо-психологічну практику сприятиме емоційній стабільності та психологічному благополуччю дітей.

Вважаємо, що впровадження зазначених результатів дисертаційного дослідження Дафни Максимов засвідчують дієвість запропонованих науково-методичних заходів та підтверджують їх теоретичну й практичну значущість.



Директор школи

Олена ВЕРТИПОРОХ



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

пр-кт. Берестейський, 10, м. Київ, 01135, тел. (044) 481-32-21, факс (044) 481-47-96
E - mail: mon@mon.gov.ua, код ЄДРПОУ 38621185

вг 15.10.2024 №1/18993-24

Проекту «Хібукі терапія»

Шановні колеги!

Щиро дякуємо Вам за активну участь у форумі інноваційних ідей до Всеукраїнського дня дошкілля та організацію виставки «Креативні рішення для маленьких мрійників», яка стала джерелом натхнення для освітян та освітянок українського дошкілля.

Ваша підтримка є вагомим внеском у розвиток сучасної дошкільної освіти в Україні. Цінуємо вашу працю та прагнення зробити освітній процес у закладах дошкільної освіти ще цікавішим та ефективнішим.

З повагою
Заступник Міністра

Євгенія СМІРНОВА

Додаток Ф

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті, опубліковані у наукових фахових виданнях, включених до переліку, затвердженого МОН України

1. Sharon Maksimov, D. (2022). Transformation of mental trauma in children using the Hibuki-therapy method. *Psychological Journal*, 8(3), 18–26.
<https://doi.org/10.31108/1.2022.8.3.2> Взято з 3
<https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/1506>
2. Шарон Максимов, Д. (2022). Хібукі-терапія, як метод подолання психічної травми у дітей в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3-4(27), 48–54. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.4> Взято з 3
<http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/opec/article/view/360>
3. Шарон Максимов, Д. (2023). Модель трансформації травмівних переживань дитини методом Хібукі-терапії. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*, 1(9), 75–79.
<https://doi.org/10.17721/2616-7786.2023/9-1/12> Взято 3
<https://visnyk.soch.robota.knu.ua/index.php/journal/article/view/198>
4. Шарон Максимов, Д. (2024). Психологічні особливості прояву травмівних переживань, пов'язаних з війною, у дітей молодшого шкільного віку. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*, 30(59), 125–138.
[https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30\(59\)-125-138](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-30(59)-125-138) Взято 3
http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/30_59_2024/admin/Bulletin_30_59_sciences_Social_and_Behav_Manag_Admin_Dafna%20Sharon%20Maksimov.pdf

Статті, включені до міжнародної наукометричної бази Scopus

5. Sharon Maksimov, D., & Bryl, M. (2023). Hibuki-therapy combined with other art-therapy methods in group work with School-Age children of different

inclusive categories during the war in Ukraine. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia / Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 18, 3-4: 152–160.
<https://doi.org/10.5114/nan.2023.134151>

Статті у міжнародних виданнях

6. Nauchitel, E., & Sharon Maksimov, D. (2023). The role of hibuki psychotherapeutic toy in the rehabilitation of children's psychological trauma, *IXth International Scientific and Practical Conference Basics of learning the latest theories and methods*, (March 07-10, 2023), 340–348. Boston, USA : International Science Group.

Статті апробаційного характеру, опубліковані у спеціалізованих наукових журналах, збірниках матеріалів наукових конференцій

7. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2022). Терапія військової травми для дітей та молоді за допомогою ляльки тропоїда-Hibuki, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання надання психологічної допомоги в системі освіти під час війни»*, (24 листоп. 2022 р.), 17–22. Дніпро : КЗВО «ДАНО» ДОР».

8. Шарон Максимов, Д. (Ред.). (2023). Метод Хібукі-терапії як один з найефективніших методів роботи з психологічною травмою у дітей, *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Українська психологія. XXI століття. Початок. (Дні української психології в Берліні)»*, (27-28 квіт. 2023 р.), 386–388. Київ.

9. Шарон Максимов, Д., & Садикіна, А. С. (2023). Метод Хібукі-терапії, як один з методів формування резильєнтності у дітей, *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості»*, 20–24. Київ.

10. Maksimov, D. (2023). Evidence of the effectiveness of the Hibuki therapy method in working with children with psychological trauma from the war in Ukraine, *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (з*

міжнародною участю) *«Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення»*, (13 жовт. 2023 р.), 27–30. Київ : НУБІП України.

11. Sharon Maksimov, D., & Sadykina, A. (Eds.). (2023). The neuropsychological and art therapy methods in the structure of Hibuki-Therapy method as factors developing children's creative abilities, *Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Дитинство XXI століття: інноваційна освіта»*, (27 жовт. 2023 р.), 152–155. Кременчук : Метод. кабінет.

12. Шарон Максимов, Д. (2024). Особливості когнітивно-рефлексивної сфери травмівних переживань залежно від віку молодших школярів, *Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*, (25-26 жовт. 2024 р.), 324–327. Київ : Вид-во Ліра-К.

13. Шарон Максимов, Д. (2025). Особливості емоційно-афективної сфери травмівних переживань дітей молодшого шкільного віку, *Матеріали XII Науково-практичного Семінару за участі міжнародного експертного кола «Інтеграція соціально-емоційного навчання в освіту і соціальну роботу в контексті інклюзивного та недискримінаційного підходів»*, (26 листоп., 2024 р.), 90–94. Харків.

Публікації у інших типах видань

14. Шарон Максимов, Д. (2023). *Хібукі: бронезилет для дитячої душі*. Київ : Вид-во Bookmag.

15. Шарон Максимов, Д. (2024). *Хібукі – песик, який вмів обіймати. Терапевтичні дитячі казки*. Київ : Вид-во NOV.

16 Шарон Максимов, Д., Єфімцева, Г., & Сищук, Г. (2023). *Хібукі-терапія: використання в освітньому процесі та в інтеграції з СЕЕН*. Харків.

17. Шарон Максимов, Д., Грисюк, В., & Сищук, Г. (2024). *Зошит для розвитку емоційного інтелекту «Хібукі – світ обіймів»*.