

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » лютого 2023 р.

УДК 159.942-053.2:37

КОРЕКЦІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

Кваліфікаційна робота магістра
за освітньо-професійною програмою «Психологія»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:

студентка 665Мз групи

Трибухіна Ольга Вячеславівна

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор

Лисенкова Ірина Петрівна

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
«01» лютого 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Студентці **Трибухіній Ользі Вячеславівні.**

1. Тема роботи: «Корекція психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – арт-терапія у роботі з дітьми з психосоматичними розладами.
3. Предмет дослідження – корекція психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії.
4. Завдання дослідження:
 - 1) дослідити поширеність психосоматичних розладів у дітей як проблему сучасності;
 - 2) розглянути особливості психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку;
 - 3) вивчити арт-терапевтичні інструменти для роботи з дітьми молодшого дошкільного віку, які мають психосоматичні проблеми;

4) проаналізувати результати діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

5. Науковий керівник роботи.

ПІБ та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Лисенкова Ірина Петрівна доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри психології	21 вересня 2022 року	20 січня 2023 року

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи магістра (КРМ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРМ	21.09.2022 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	07.10.2021 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРМ	15.10.2022 р.
3.1	Розділ 1. Теоретичні засади психосоматичних розладів у дітей засобами арт-терапії	20.10.2022 р.
3.2	Розділ 2. Експериментальне дослідження психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії	23.11.2022 р.
3.3	Розділ 3. Корекційна програма впливу арт-терапії на психосоматичні розлади у дітей молодшого шкільного віку	1.12.2022р
4	Висновки	13.12.2022 р.
5	Захист КРМ на кафедрі (попередній захист)	23.01.2023 р.
6	Захист КРМ перед Екзаменаційною комісією	21.02.2023 р.

Студентка

_____ Ольга ТРИБУХІНА

Науковий керівник

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ ТА ПРОБЛЕМАТИКА ЇХ КОРЕКЦІЇ	7
1.1. Поширеність психосоматичних розладів у дітей як проблема сучасності	7
1.2. Особливості психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку	14
1.3. Арт-терапевтичні інструменти для роботи з дітьми молодшого шкільного віку, які мають психосоматичні проблеми	21
Висновки до першого розділу	32
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ	34
2.1. Методика та організація діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку	34
2.2. Аналіз результатів діагностики	37
Висновки до другого розділу	55
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ВПЛИВУ АРТ-ТЕРАПІЇ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	57
3.1. Потенціал арт-терапевтичних технологій в сучасній психологічній практиці	57
3.2. Структура експериментальної програми по арт-терапії як засобу корекції психосоматичних розладів у дітей шкільного віку	66
3.3. Аналіз ефективності впровадженої експериментальної програми по арт-терапії	72
Висновки до третього розділу	77
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	100

ВСТУП

Актуальність проблеми. Одним із найбільш актуальних питань сьогодення є проблема зростання психосоматичних розладів у дітей, особливо у молодшому шкільному віці. Ця проблема не втрачає своєї актуальності в зв'язку з розширенням кола різноманітних психотравмуючих факторів. Вивчення стану психосоматичного здоров'я дітей, розробка питань, пов'язаних із діагностикою, корекцією та профілактикою його порушень, є в даний час однією з найбільш актуальних проблем медичної науки.

Актуальність цієї проблеми зумовлена зростанням поширеності психосоматичних розладів у дітей в останні десятиліття. Власне Психосоматичні симптоми за визначенням є клінічними симптомами без основної органічної патології. Загальні симптоми, які спостерігаються в педіатричній віковій групі, включають біль у животі, головний біль, біль у грудях, втому, біль у кінцівках, біль у спині, занепокоєння за здоров'я та утруднене дихання. Ці симптоми, які спостерігаються частіше, слід диференціювати від соматоформних або невротичних розладів, які спостерігаються переважно у дорослих. Вважається, що ці симптоми є реакцією на стрес. Потенційні джерела стресу у дітей і підлітків включають шкільну роботу, сімейні проблеми, тиск з боку однолітків, хронічні захворювання або інвалідність батьків, переїзд сім'ї, психічні розлади батьків і погані академічні успіхи. Характеристики, які свідчать на користь психосоматичної основи симптомів, включають нечіткість симптомів, різну інтенсивність, суперечливий характер і структуру симптомів, наявність кількох симптомів одночасно, хронічний перебіг із видимим хорошим здоров'ям, запізнення у зверненні за медичною допомогою та відсутність занепокоєння щодо пацієнта.

При цьому необхідно відзначити, що у формуванні особистості дитини, сім'я відіграє одну із визначальних ролей. Сім'я – це мала соціальна група, що базується на кровній спорідненості, члени сім'ї споріднені ще й емоційними

зв'язками, моральною відповідальністю та відповідальністю один перед одним, побутом тощо.

Для дитини сім'я – це цілий світ, у якому вона живе, діє, робить відкриття, вчиться любити, ненавидіти, радіти, співчувати. Будучи членом родини, дитина вступає у певні відносини із батьками, що можуть здійснювати на неї як позитивний, так і негативний вплив й провокувати тим самим виникнення психосоматичних розладів.

На думку багатьох авторів Л. Божович, А. Бодальов, В. Мухіна, Т. Рєпіна та ін., дитина як найчуттєвіша частина соціуму піддається різноманітним негативним впливам. В останні роки, як свідчать спеціальні емпіричні дослідження, найбільш розповсюдженими серед дітей, особливо молодшого шкільного віку, є тривожність і страхи (І. Дубровіна, В. Гарбузов, А. Захаров, Є. Ковальова та ін.). На жаль, частота психосоматичних порушень в структурі загальної захворюваності в дітей з кожним роком зростає. Такі діти не мають діагностично верифікованих захворювань, хоча й відчують безліч соматичних скарг. Питома вага таких дітей у різних популяціях має значні варіації в залежності від етнокультуральних особливостей, соціального оточення, стилю виховання. С. Бріль, Д. Патель та Е. Макдональдс відзначають, що поширеність психосоматичних скарг у дітей коливається у діапазоні від 10 до 25 %.

Досвід використання арттерапії у своїй професійній діяльності описаний українськими педагогами: О. Вознесенська, Ю. Гундертайло, В. Доренський, М.І. Замелюк, Є.О. Казаков, С.М. Казакова, Н. Калька, Н. Квітка, З. Ковальчук, С.М. Коляденко, В.М. Кошель, І.О. Ликова, Л.І. Магдисюк, І.М. Мельченко, О.І. Міхеєнко, М.В. Новик, І.В. Опанасюк, О.А. Орловська, Р.П. Федоренко, Т.Є. Христова та інших.

На сьогоднішній день психосоматика недостатньо досліджена у психологічній науці, тому рівень і глибина уявлень про психосоматичні порушення, зокрема, у дітей молодшого шкільного віку, залишаються не достатньо вивченими, й відображають лише зовнішні аспекти цього феномена.

Актуальність нашого дослідження визначається також високою соціальною значимістю проблеми дослідження, швидким темпом її поширення, а також необхідністю проведення нових фундаментальних досліджень у цій галузі. Крім цього, зважаючи на активні військові дії внаслідок широкомасштабного російського вторгнення, діти піддаються додатковому стресу, а більшість із них безпосередньо стане свідками терористичних та агресивних дій нападників та окупантів. Це безумовно посилить поширеність психосоматичних розладів, із якими педагогами необхідно буде працювати після закінчення війни. Тому дослідження сьогодні набуває особливої важливості та потребує ґрунтовного вивчення.

Означені вище чинники визначили тему нашої роботи: «Корекція психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами АТ».

Мета дослідження: вивчити сучасні проблеми психосоматичних розладів та можливості їх корекції засобами арт-терапії.

Завдання дослідження:

- 1) дослідити поширеність психосоматичних розладів у дітей як проблему сучасності;
- 2) розглянути особливості психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку;
- 3) вивчити арт-терапевтичні інструменти для роботи з дітьми молодшого дошкільного віку, які мають психосоматичні проблеми;
- 4) проаналізувати результати діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

Об'єкт дослідження: арт-терапія у роботі з дітьми з психосоматичними розладами.

Предмет дослідження: корекція психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії.

Методи дослідження: У роботі були використані теоретичні методи (аналіз літератури з обраної наукової проблеми, узагальнення, абстрагування, систематизація наукових даних); психодіагностичні (Проектна методика

«Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан); Методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич); Методика «Рука» (Е.Е. Вагнер)) для виконання діагностики; математично-статистичні для обробки отриманих результатів та графічні для їх візуалізації.

Експериментальна база дослідження. Мішково-Погорілівська загальноосвітня санаторна школа-інтернат I-III ступенів Миколаївської обласної ради, діти 6-7 років.

Теоретичне та практичне значення. Матеріали дослідження можуть бути використані: при організації освітнього процесу для майбутніх психологів; в організації корекційної роботи психосоматичних розладів у дітей шкільного віку.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 103 найменування. Загальний зміст викладено на 114 сторінках друкованого тексту, ілюстрованого 17 рисунками та 9 таблицями.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ ТА ПРОБЛЕМАТИКА ЇХ КОРЕКЦІЇ

1.1. Поширеність психосоматичних розладів у дітей як проблема сучасності

Тривалі емоційні навантаження, які виникають протягом життя, зумовлюють психосоматичні явища – тілесне віддзеркалення душевного життя людини [31; 20; 63].

За даними ВООЗ, від 38 до 42 % пацієнтів, які відвідують лікарів соматичного профілю, належать до групи психосоматичних хворих [20; 63]. Натомість поширеність психосоматичних скарг у дітей коливається у діапазоні від 10 до 25% [84].

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого.

У зв'язку із цим в сучасних психологічних дослідженнях чітко оформилися два протилежних напрямки. До одного з них відносять аналіз сутності патогенного впливу хвороби на особистість, змін перебігу психічних процесів та операціонально-технічних можливостей пацієнтів в умовах певної хронічної соматичної хвороби.

Зв'язок між емоціями та хворобами вже давно захоплює людство. Відомий британський лікар сімнадцятого століття Томас Вілліс (1621-1675) розглядав діабет як наслідок смутку чи тривалого смутку [89]. Хоча він більш відомий тим, що описав те, що згодом стало відомим як «Коло Вілліса», він надав досить повний опис ролі нервової системи в захворюваннях [87]. При цьому Т. Вілліс не був першим, хто побачив існування взаємозв'язку, але його трактування було

найбільш чітким. У наступні роки та століття проблематика психосоматики потрапляла і вилучалася із медичного дискурсу [89].

Х. Сторроу вказував на те що, що психосоматика у сенсі слова включає всі взаємодії між поведінкою (думки, емоції, дії) і соматичними захворюваннями [83]. Існування таких складно зумовлених відносин душі та тіла визнавалося протягом століть. Психосоматичні розлади загалом означають тип психічного захворювання, етіологія якого зумовлена значними психологічними чинниками.

У зарубіжній психології З. Фрейд спеціально звертав увагу до роль психічного детермінізму в соматичній істерії [96].

У 1983 році Дж. Сергент відзначив, що важливим прогресом у розумінні підтримки психосоматичних розладів стала розробка теоретичної моделі, що використовує концепції загальної теорії систем. Модель безпосередньо розглядає вплив контекстуальних факторів на фізіологічне та емоційне функціонування людини. Сімейні та позасімейні впливи, на думку автора, пов'язані з психосоматичними симптомами за принципом циклічного зворотного зв'язку. Дослідження, проведене у Філадельфійській дитячій клініці, виявило характерні дисфункціональні моделі сімейної взаємодії в сім'ях з психосоматичним членом. До них належать:

- заплутаність,
- надмірна опіка,
- ригідність,
- відсутність ефективного вирішення конфлікту та залучення постраждалої дитини до подружнього конфлікту [98].

У вигляді корекційного впливу автор розглядав структурну сімейну терапію та системне сімейне лікування, що включає цільове втручання у сімейну взаємодію, яке застосовувалося для лікування психосоматичних розладів у дітей, підлітків і молодих людей з дуже успішними результатами. Терапевтичні методи спеціально розроблені та впроваджені для трансформації дисфункціональних моделей сімейної взаємодії та надання членам сім'ї методів ефективного реагування на психосоматичні симптоми, заохочуючи при цьому відповідні

функції розвитку членів сім'ї та покращуючи загальну функцію сім'ї. Важливе значення в цій роботі має створення спільної медико-психіатричної бригади, яка забезпечує комплексне та послідовне лікування [98].

У 1994 році В.І. Рікерт та М.С. Джей відзначили, що у своїй повсякденній клінічній практиці педіатри часто стикаються з пацієнтами, які мають хронічні або рецидивуючі симптоми, які не вказують на фізичний розлад. Насправді соціальні, емоційні чи поведінкові проблеми можуть становити до 25% відвідувань педіатричної практики, і було підраховано, що до 68% дітей, які звертаються за медичною допомогою, мають психологічні фактори, пов'язані з соматичними скаргами. Ці кластери симптомів зазвичай називають психосоматичними захворюваннями, і лікування зазвичай потребує більше часу, ніж гостра інфекція, наприклад середній отит. Крім того, підхід, діагностична оцінка та план лікування вимагають ретельної розробки, що накладає на педіатра підвищене навантаження щодо «вилікування» пацієнта та праця із батьками і оточенням. Проведені дослідження показали, що близько 10% педіатричної практики складається з пацієнтів із психосоматичним діагнозом. Крім того, дослідження показали, що психосоматичні симптоми досягають піку в певному віці (7 років для хлопчиків і 6 і 16 років для дівчаток) або в залежності від діагнозу (психогенний біль частіше зустрічається у дівчаток і частіше вражає дітей віком від 4 до 12 років). У дітей ці хронічні та нечіткі соматичні симптоми часто включають рецидивуючий біль у животі, головний біль та біль опорно-рухового апарату [97].

На початку ХХ століття вітчизняні психіатри писали про те, що на соматичні розлади в організмі великий вплив має сама особистість, зокрема, її емоційні стани [34].

В теорії морбогенних стосунків матері і дитини (Г. Аммон) пояснюється, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини, нав'язуючи дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у

формі жорсткості. Ці відоме як феномен самоконтролю: мати підтримує дитину в стані готовності до адекватного реагування на:

- соціальне сирітство;
- соціальну нерівність; контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою [34].

Н.Г. Старинець відзначив, що психологічні механізми, пов'язані з впливом емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції у певній мірі пояснюють поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок із культурними традиціями та умовами життя. Порушення емоційно-вегетативної сфери внаслідок психоемоційного стресу вважають основними тригерами формування психосоматичних розладів [63].

Незважаючи на десятиліття роботи, ключовим питанням у психосоматичних дослідженнях залишається: чи психічні розлади викликають або сприяють фізичним захворюванням. І, враховуючи методи лікування, які ми маємо, виникає друге питання: чи своєчасне та оптимальне лікування психічних розладів запобігає, зупиняє або сповільнює прогресування фізичного захворювання. Оскільки було показано, що мозок впливає на системну фізіологію як у здоров'ї, так і в хворобах, вплив когнітивних функцій і емоцій, а не лише психіатричних захворювань, на загальне фізичне здоров'я став важливим напрямком дослідження. Дійсно, психосоматичні дослідження – це щось більше, ніж просто психосоматична медицина. З новим інтересом до позитивної психології вплив «позитивних емоційних станів», таких як незворушність, урівноваженість і конгруентність, також є важливою темою у психосоматичному контексті.

Р. Джиндаль та Дж. Дженінгс серед позитивних зрушень у дослідженні психосоматичних розладів та їх корекції виділяють позитивні результати нейровізуалізаційних досліджень, а також перспективи генетичних досліджень [89].

Незважаючи на низку досліджень у психологічних науках, досі залишаються дискусійними питання, що стосуються сутнісного змісту та ролі факторів різного рівня у виникненні психосоматичних скарг та розладів у дітей.

Психосоматичні розлади у дитинстві впливають на розвиток особистості, а психічні стани впливають на здоров'я. Показано, що на виникнення та подолання соматичних розладів молодого організму великий вплив має сама особистість дитини [51].

За визначенням Л.В. Пипа, Н.В. Пілюйко, А.В. Філик загальноадаптивні реакції – це відображення резистентності та реактивності організму людини. Саме їх станом можна пояснити індивідуальну варіабельність патогенезу та клінічних виявів, хронічний прогресивний перебіг інфекційних та соматичних захворювань у дітей [45].

Автори намагаються дати теоретичний аналіз існуючих вітчизняних та зарубіжних досліджень макросоціальних факторів ризику психосоматичних розладів та скарг дітей, заснованого на багатфакторній моделі, запропонованій А.Б. Холмогоровою щодо афективних розладів [62].

Якщо говорити про фактори ризику порушення психосоматичного здоров'я дітей на макросоціальному рівні, то домінуючими з них є девіантні форми батьківства, соціальна нерівність та недосконала система дошкільної освіти.

У структуру девіантних форм батьківства, слід включити такі фактори ризику психосоматичних розладів, як соціальне сирітство, алкоголізація батьків, різні форми сімейного насильства і тотальну зайнятість сучасних батьків, що не дозволяє їм адекватно реалізовувати батьківські функції.

Науковці К. Катані, Н. Якобс, Е. Шауер, М. Кохіла, Ф. Нейнер розглядали проблеми сімейного насильства, та дійшли висновку, що діти, будучи або прямими жертвами, або свідками насильства, відчують ті ж емоційні стани, що й учасники військових чи стихійних лих [85]. У таких випадках у дітей та підлітків найбільш часто зустрічаються такі психосоматичні симптоми як

хронічні абдомінальні болі, головний біль, біль у малому тазі, дисфункції голосових зв'язок, передменструальний синдром, фіброміалгія тощо.

Натомість К. Джермбро, Б. Свенссон, Й. Тінберг та С. Дженсон зазначають, що у молодшому шкільному віці висока частота даних психосоматичних симптомів може бути маркером домашнього насильства [88]. До аналогічної думки дійшли і вітчизняні науковці Т. О. Перцева, В. В. Огоренко [44]. Це стало причиною розробки Методичних рекомендацій щодо запобігання та протидії насильству МОН України (Лист від 18.05.2018 № 1/11-5480) [32].

Отже, психосоматичні розлади, що формуються у дітей – жертв або свідків насильства, можуть виступати:

- дисфункціональні комунікації;
- чинники ризику порушення психосоматичного здоров'я.

Проблемні та стресові ситуації допомагають здійснювати контроль над тривогою та страхом, пов'язані з відсутністю емоційної підтримки в сім'ї та неможливістю встановити відносини надійної та безпечної прихильності до батьківських фігур. Така ситуація виявляється у разі соціального сирітства. Згідно з дослідженням К. Бхат, Т. Апідекчу, П. Шріхан та Н. Бзат, діти-сироти є однією з основних груп ризику за девіантною поведінкою та різними психічними порушеннями, у тому числі розладами психосоматичного характеру [80]. Така теза підтримана вітчизняним дослідником О.І. Масік, який виконав порівняльне дослідження підлітків, розділивши їх на дві групи: вихованих у повній сім'ї та сиріт й напівсиріт. У всіх учасників дослідження вивчали скарги, дані анамнезу, проводили детальний аналіз психічного та соматичного станів. У результаті дослідження виявлено наявність передвісників психосоматичної патології у вигляді окремих симптомів нервового перенапруження (тривоги, відчуття внутрішнього занепокоєння або напруження, скутості, неможливості розслабитися, підвищеної нервозності та роздратованості, зниження концентрації уваги і, як наслідок, — погіршення пам'яті, агрипничні розлади, підвищена стомлюваність та різноманітні страхи) у підлітків 2-ї групи. У

представників 1-ї групи цих ознак не спостерігали. Це дослідження підтверджує тезу про підвищену схильність до психосоматичних розладів у дітей-сиріт.

Дискусійним залишається питання про роль соціальної нерівності у виникненні у дітей психосоматичних порушень. Деякими дослідниками зазначається, що частота формування психосоматичних порушень серед дітей із сімей з низьким соціально-економічним статусом набагато вища, ніж серед дітей із сімей із середнім і високим рівнем доходу [100].

Розробники системно-динамічної концепції, П.І. Сидорова та І.А. Новікова, в своїх роботах переконують, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо- психо- і патогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез – розвиток психічних функцій; соціогенез – розвиток соціальних ролей і відношень. Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складних причино-наслідкових відносин. Спочатку виникає напруженість і дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вітальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі збігом стресора із значимою життєвою сферою, яка формується в ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини. На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивного впливу на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи під час допомоги хворим з психосоматичною патологією [43].

Таким чином, психосоматичні явища зумовлюються тривалими емоційними навантаженнями, які виникають протягом життя. Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге,

впливу соматичних факторів на психіку хворого. На соматичні розлади в організмі великий вплив має сама особистість, зокрема, її емоційні стани. Психологічні механізми, пов'язані з впливом емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції у певній мірі пояснюють поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок із культурними традиціями та умовами життя. Незважаючи на десятиліття роботи, ключовим питанням у психосоматичних дослідженнях залишається: чи психічні розлади викликають або сприяють фізичним захворюванням. Серед позитивних зрушень у дослідженні психосоматичних розладів та їх корекції необхідно виділити позитивні результати нейровізуалізаційних досліджень, а також перспективи генетичних досліджень.

Психосоматичні розлади у дитинстві впливають на розвиток особистості, а психічні стани впливають на здоров'я. Якщо говорити про фактори ризику порушення психосоматичного здоров'я дітей на макросоціальному рівні, то домінуючими з них є девіантні форми батьківства, соціальна нерівність та недосконала система шкільної освіти.

Дискусійним залишається питання про роль соціальної нерівності у виникненні у дітей психосоматичних порушень.

1.2. Особливості психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку

Як основні макросоціальні фактори ризику психосоматичних розладів у дітей у системі шкільної освіти можна виділити, насамперед, дисфункціональні комунікації вихователів з дитиною та ранній початок навчання дітей з використанням неадаптивних технологій, методів та засобів навчання. Адже відомо, що з вихователем дитина отримує перший досвід поліадичного (замість діадичного – з батьками) спілкування. Як показали дослідження, вихователь зазвичай не помічає близько половини спрямованих до неї звернень дітей. Даний аспект дисфункціональної комунікації може призвести, з одного боку, до

зростання самостійності дитини, зниження його егоцентризму, а може – до незадоволення потреби в безпеці, розвитку тривожності, психосоматизації дитини. Крім того, результати сучасних наукових досліджень незаперечно свідчать про те, що ранній початок навчання дитини, форсований виробіток у молодших школярів шкільної готовності негативно позначаються на їхньому психосоматичному здоров'ї [16].

Як фактори ризику порушень психосоматичного здоров'я дітей у системі шкільної освіти виділяються такі:

- стресова тактика педагогічних впливів;
- соціальні та навчальні загрози;
- стрес обмеженого часу та конкуренції;
- інноваційні школи;
- перфекціонізм та енерговитрати.

Стрессова тактика педагогічних впливів (тобто дитина перебуває у ситуації постійної загрози стресу). Дуже часто в системі діадичного спілкування «дитина – педагог» з боку останнього проявляються різноманітні реакції негативної модальності, починаючи від відкритої агресії і закінчуючи байдужістю.

Соціальна загроза асоціюється у дітей та підлітків з відкиданням, ворожістю з боку педагогічного колективу або з нестачею дружелюбності та прийняття з їхнього боку. Навчальна загроза пов'язана із передчуттям психологічної небезпеки у навчальних ситуаціях: очікування провалу на уроці, страх покарання за неуспіх з боку батьків [37]. Такі тривалі емоційні переживання дітей можуть призвести до соматизації, а надалі і до психосоматичних розладів. Важливо відзначити, що несприятлива взаємодія педагога з дитиною може бути пов'язана з високим рівнем стресового стану самого педагога, що знижує адаптаційні можливості його організму і, відповідно, впливає на ефективність його професійної діяльності.

Стрес обмеженого часу та постійної конкуренції. Через присутність у школі елемента змагання, пов'язаного з орієнтацією на високі показники, учнів, що відстають, неминуче «стигматизують», як, власне, самі діти, так і

педагогічний колектив. У зв'язку з цим у дітей розвивається негативне уявлення про власну особистість, що перешкоджає їх подальшому розвитку та збільшує ризик психосоматичних розладів [57].

Слід взяти до уваги і те що, в Україні є значна кількість інноваційних освітніх установ. При цьому навчання в ліцеях, гімназіях та інших установах, які часом презентуються як елітні, реально несуть у собі фактор ризику психосоматичних розладів у дітей. Цю обставину можна розглядати у двох аспектах. З одного боку, великі енерговитрати дитини, пов'язані зі збільшенням інформаційних навантажень в інноваційних школах, тягнуть за собою серйозне напруження функціональних систем організму, що, негативно відбивається на психосоматичному здоров'ї дитини [36].

Обмежений час для виконання обов'язкових завдань і постійна необхідність перемагати в конкурентних відносинах з однолітками, щоб реалізувати свою природну потребу в визнанні, виступають для дитини і підлітка як стрес, як фактор ризику. Як вказували С.М. Коц, В.П. Коц, особливо гостро проблема адекватності педагогічних впливів рівню фізіологічної та психологічної зрілості організму школярів стоїть на початку навчання у школі на час вступу до першого класу [22].

Щодо психологічних факторів, що є передумовою виникнення психосоматичних порушень у дітей молодшого шкільного віку, то вони досить різноманітні. Г.П. Мозгова, Т.І. Ханецька, О.І. Якимчук пояснили виникнення психосоматичних порушень поєднанням соціальних, психологічних та біологічних впливів, яким піддається дитина [36].

За визначенням Т.І. Ханецька та О.І. Якимчук особливу увагу привертає вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку, оскільки незалежно від матеріального достатку та економічного становища, навіть при сприятливих факторах розвитку дитини, неконструктивні стилі сімейного виховання можуть провокувати виникнення у них психосоматичних розладів [74]. Отже, вплив сім'ї та внутрішніх сімейних відносин є основними факторами становлення та розвитку особистості дитини у

молодшому шкільному віці. І виникнення й формування психосоматичних розладів у дітей цього віку передусім викликані порушеними дитячо-батьківськими стосунками. Науковці виділяють п'ять характеристик психосоматогенних сімей (рис. 1.1).

Крім цього необхідно відзначити, значущим чинником, що впливає на перебіг психосоматичних порушень, є ставлення батьків не тільки до самої дитини, а й до такого порушення [74].

Досить важливим видається і стиль виховання, яким можливо віднести до наступних типів [74]:

1. Гіпопротекція. Такий стиль характеризується недоліком опіки й контролю, дитина часто залишається без нагляду, їй приділяється мало уваги, відчувається фізична занедбаність, немає інтересу до її життя з боку батьків. Виховання носить формальний характер, тому недостатня залученість дитини в життя сім'ї призводить до асоціальної поведінки через незадоволення потреби в любові та прихильності.

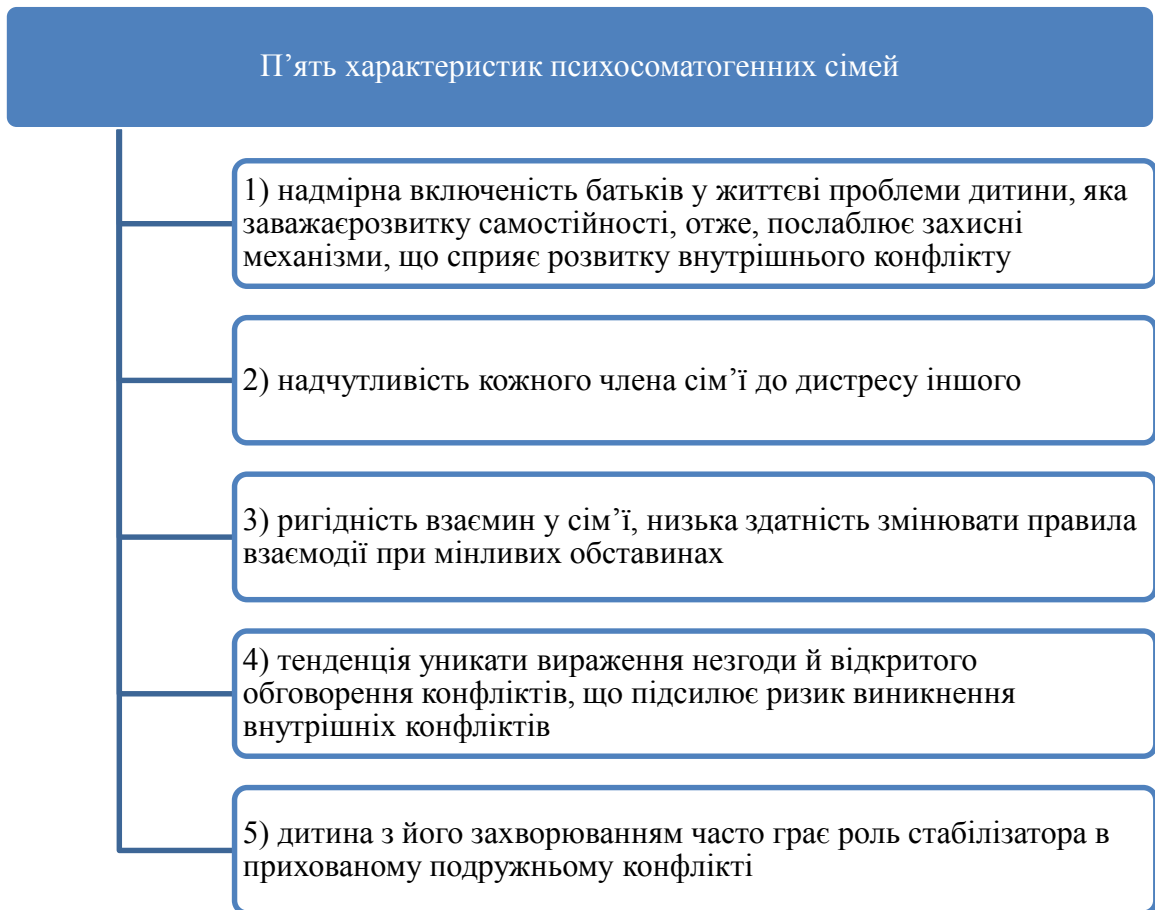


Рис. 1.1. Характеристики психосоматичних сімей (Джерело: складено автором на основі [74]).

2. Домінуюча гіпопротекція, яка проявляється в заборонах, у підвищеній увазі до дитини, в надмірній опіці та контролі над її поведінкою, в обмеженні дитини в діях, що згодом призводить або до реакції емансипації, або до формування таких якостей як безініціативність, несамоствійність, безвідповідальність, невміння постояти за себе.

3. Потуральну гіпопротекцію, яку називають «вихованням кумира сім'ї». Батьки намагаються звільнити своє дитя від найменших труднощів, обожнюють й надмірно опікають, потурають будь-яким його бажанням, захоплюються його мінімальними успіхами й вимагають такого ж захоплення від інших. У дитини формується високий рівень домагань, прагнення до лідерства. А. Маслоу зазначав, що такий стиль формує патологічну потребу в любові й визнанні.

Особистість, яка виховується в такій сім'ї, нерідко відчуває в житті негативні переживання, оскільки «сліпа» батьківська любов не навчила дитину справлятися з труднощами й неприємностями.

4. При стилі «емоційне відкидання» батьки обтяжені своєю дитиною, її потреби ігноруються, з нею жорстоко поводяться, дитина-тягар часто зустрічає приховане емоційне відкидання. Цей стиль сімейного виховання надає найбільш негативний вплив на розвиток особистості дитини. З. Фройд писав, що в таких сім'ях можуть бути присутніми всі чотири «тривожні» ситуації: втрата бажаного об'єкта, втрата любові, втрата особистості, втрата любові до себе.

5. Стиль сімейного виховання «підвищена моральна відповідальність» виражається у вимозі від дитини надмірної чесності, порядності, розвитку почуттів, що не відповідають її віку. Іноді підлітку насильно приписують роль «голови сім'ї», передоручають догляд за молодшими братами та сестрами або за престарілими. Батьки пророкують особливе майбутнє своєї дитини, а дитина боїться їх розчарувати, щиро намагаючись виправдати їх надії [74].

Н. Макєєва, А. Пеньков, Р. Марабян, М. Холодова, І. Вашава у дослідженні причини психосоматичних розладів резюмували, що у 91,6 % дітей виявлено особливості виховання, які сприяють розвитку відхилень у поведінці та розвитку психосоматичних захворювань: за рахунок гіперпротекції (у 52,8%) та гіпопротекції (у 38,8%). Гіперпротекцію дітей пов'язують із розширенням батьківських почуттів (56%), вихованням невпевненості батьків (61%). У половині сімей спостерігається проєкція на дитину небажаних якостей батьків [91].

Основні симптоми психосоматичних розладів, які проявляються і дітей молодшого шкільного віку представлені на рис. 1.2.

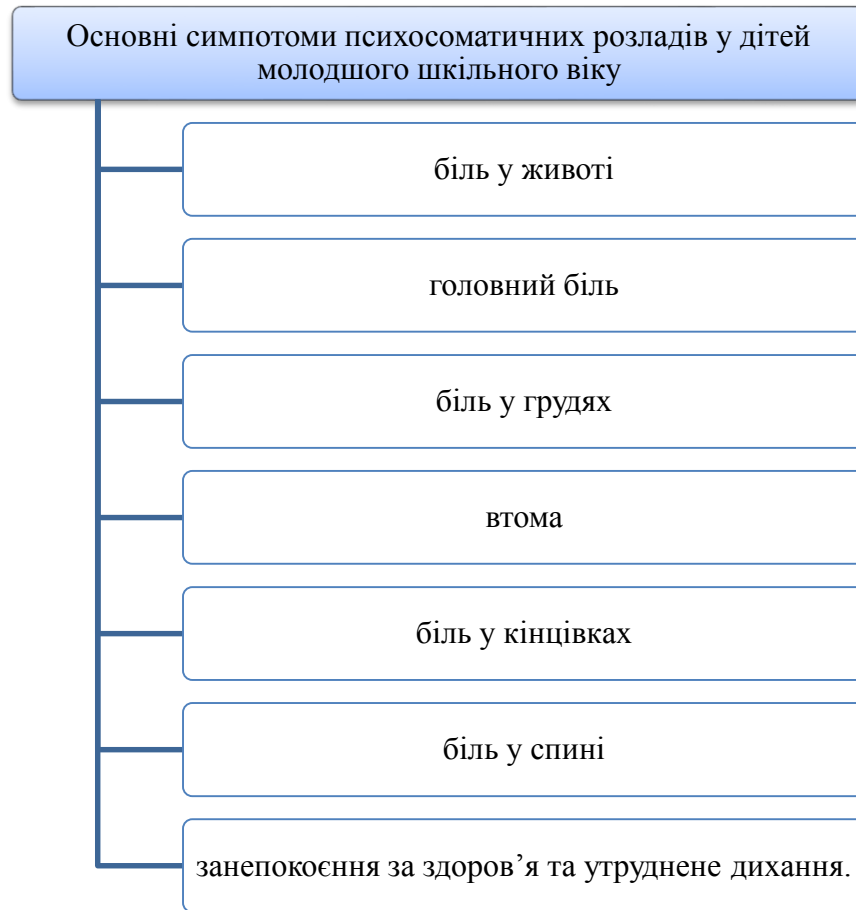


Рис. 1.2. Основні симптоми психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку (Джерело: складено автором на основі [84]).

Таким чином, існуючі відхилення у сімейних відносинах та стилі виховання дитини стають основним фактором виникнення певних психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Додатковими факторами виступає соціальна нерівність та недосконалість системи освіти. В структуру девіантних форм необхідно додати такі фактори ризику психосоматичних розладів як соціальне сирітство, залежності батьків, різні форми сімейного насильства та тотальну зайнятість сучасних батьків. Ці фактори можуть перешкоджати батькам виконувати свої батьківські функції в адекватній формі.

1.3. Арт-терапевтичні інструменти для роботи з дітьми молодшого шкільного віку, які мають психосоматичні проблеми

Арт-терапія – це метод розвитку та зміни свідомих і несвідомих сторін психіки особистості за допомогою різних форм і видів мистецтва. Даний метод побудований на використанні мистецтва як символічної діяльності. Основною метою є гармонізація внутрішнього стану людини, відновлення здатності людини знаходити оптимальне, що сприяє активному продовженню життя і стану рівноваги. До теперішнього часу дослідники соціальних, педагогічних і психологічних проблем дітей накопичили значний науковий матеріал, узагальнення якого дозволяє зробити конкретний аналіз використання арт-терапії в роботі з дітьми. Застосування видів арт-терапії розкривається в роботах таких дослідників, як от: В. Доренський, О. Вознесенська, Ю. Гундертайло та інших вчених. Велика частина дослідників, що займаються терапією в західних країнах продовжує працювати, виходячи з фрейдовських або юнговських концепцій.

Однак багато фахівців у цій галузі відчувають великий вплив з боку гуманістичної психології і приходять до висновку, що гуманістичні теорії особистості представляють більш підходящу основу для їх роботи, ніж психоаналітична теорія. З точки зору представників гуманістичного спрямування, зокрема на думку Н. Денисенко «корекційні можливості арт-терапії пов'язані з наданням людині практично необмежених можливостей для самовираження і самореалізації в продуктах творчості, затвердженням і пізнанням свого «Я» [15, с. 13].

Для теоретичного осмислення арт-терапії та вирішення практичних завдань виховної роботи потрібно конкретизація її термінологічного визначення. Дати вичерпне визначення арт-терапії досить важко, тому що воно в певній мірі залежить від теоретичних уявлень і області практичної діяльності фахівця, від характерних для тієї чи іншої країни моделей арттерапії та ступеня їх розробленості.

Ми пропонуємо кваліфікувати дане визначення наступним чином (за Я.І. Юрків): арттерапія – це метод розвитку та корекції сторін особистості за допомогою різних видів мистецтва. Арт-терапія використовується при вирішенні специфічних завдань, пов'язаних з психокорекцією, лікуванням психосоматичних захворювань, емоційним вихованням, врегулюванням конфліктів [73]. За допомогою лікування мистецтвом, на думку В. Доренського, можна зміцнювати особисту ідентичність, удосконалювати навички прийняття рішень, розслабитися, виплеснути безпечним чином негативні думки і почуття, реалізувати свою здатність до творчості [16]. Спонтанне вираження своїх емоцій, почуттів, ширість, сам процес творчості, а не оцінка професіоналізму художника або музиканта аудиторією – ось що є важливим в арт-терапії. Для методів арт-терапії характерно те, що в центрі уваги знаходиться не стільки твір мистецтва (продукт творчості), скільки конкретна і унікальна особистість автора з її потребами, мотивами, цінностями і стереотипами. При цьому розглядаються процеси взаємодії особистості з твором мистецтва (з творчою продукцією) в усьому їх якісному різноманітті.

Арт-терапія повинна базуватися на принципах «не нашкодити», «допомагати», «розвивати» і може застосовуватися в роботі з різними групами дітей. Таким чином, це ефективна методика в роботі вихователя установи дошкільної освіти, соціального педагога, логопеда, педагога дефектолога, вчителя молодших класів. Психіка дитини дуже ранима і вимагає дбайливого до себе ставлення.

Дитина тільки починає пізнавати саму себе, інших людей і світ навколо, причому часто стикається з серйозними труднощами: в сім'ї, в дитячому саду, в школі. Дорослі хочуть допомогти дитині, але часто не знають, як правильно і без травм для психіки це зробити. Пояснення, переконання і моралі не допомагають, а сама дитина не може пояснити, що з нею відбувається: наприклад, чому вона не хоче йти в дитячий сад або чого вона боїться в темряві. Якраз в таких випадках і може допомогти арт-терапія.

Можна сказати, що арт-терапія будується на вірі в творчу основу людини. Вона не ставить собі за мету зробити дитину художником або музикантом, спрямована в першу чергу на вирішення соціально-психологічних проблем.

При терапії образотворчим мистецтвом також не важливий результат, кінцевий «продукт», тому дитина може отримувати більше задоволення від самого процесу малювання. Техніки і прийоми арт-терапії теж представляють великий спектр для творчості дитини і часто є нетрадиційними: пальчикова живопис, малювання на камінцях, на піску і так далі. Дитина може самостійно вибрати матеріал, виконувати завдання на довільну тему. Важливо, що для занять арт-терапією не потрібно спеціальної підготовки. Позитивний терапевтичний ефект занять багато в чому обумовлений позитивними емоціями від враження дитини про свої роботи [8].

В даний час, на думку Ю. Гундертайло, існує необхідність побудови єдиної системи арт-терапевтичної роботи для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, при якій враховувався б контингент дітей, на яких спрямований арт-терапевтичний вплив і рівень їх психологічного здоров'я [14].

Виділяють три рівні психологічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку:

– креативний рівень (дитина – творець) – ідеальний рівень, що виражає досконалу ступінь психологічного здоров'я дитини. Це діти, щасливо отримали в спадок здорову генетику, здорових в психологічному плані батьків, хороше розвиваюче середовище. Таким дітям практично не потрібна корекційна допомога, вони стійко адаптовані. Таких дітей близько 5-7% в дитячому колективі.

– адаптивний рівень – середній рівень психологічного здоров'я. В цілому, це адекватні діти, але проявляють ознаки дезадаптації. Такі діти мають підвищену тривожність, конформністю. Це група відносного ризику, що становить близько 80% дітей. Таким дітям рекомендується корекційна допомога.

– асимілятивно-аккомодативний рівень – низький рівень психологічного здоров'я. Діти не здатні до гармонійної взаємодії з оточуючими, не володіють

системою і механізмами захисту. До цієї категорії відносяться низкоадаптивні діти, «зручні тихі» і гіпервідповідальні діти. Їх прихована дезадаптація часто призводить до соматичних порушень. Цим дітям необхідна глибока індивідуальна корекційна робота.

У зв'язку з цим, як вказує І. Ликова, всі види арттерапії можуть бути використані. як засіб корекції психологічного здоров'я таких дітей» [24]

Використання арт-терапевтичної методики, і зокрема музикотерапії, в роботі з дітьми молодшого віку в умовах шкільних установ, розглядається як досить ефективний засіб впливу в розвитку особистості, в корекції емоційної і поведінкової функцій [19, с. 7].

Отже, арт-терапія розвиває творчі можливості. Методика арт-терапії дозволяє дитині мобілізувати латентні творчі сили і спостерігати досить хороші результати своєї діяльності навіть в тих сферах, в яких вона, можливо, не має великих здібностей (наприклад, в образотворчому мистецтві, в співі, в танцювальній діяльності). Під час занять арт-терапією дитина може відкрити в собі невідомі раніше таланти. Це обумовлено тим, що заняття арт-терапією суттєво відрізняються від навчальних занять музикою, танцями, малюванням. Наприклад, при танцювальній терапії дитина вчиться пізнавати своє тіло, довільно відчувати свої рухи, а не розучує окремі елементи танцю.

Будь-яка хвороба сама по собі є психотравмуючим фактором тому, що у комплексному лікуванні психосоматичних захворювань важливу роль відіграє психотерапія та, зокрема, арт-терапія.

Н. Калька та З. Ковальчук зазначають, що відомі психотерапевти сьогодні, відзначають позитивний вплив арт-терапії не тільки на поліпшення загального фізичного та психічного стану хворих, але також і на їхнє позбавлення від психосоматичних порушень. Об'єктивність цих даних підтверджується психофізіологічними дослідженнями [18, с. 5-6].

У процесі арт-терапії змінюється ставлення людини до власного минулого травматичного досвіду, переживань та хвороб. А психотерапевтичний ефект, що досягається, виявляється в упорядкуванні психосоматичних процесів.

Образотворча діяльність дозволяє досягти стану психічного комфорту. При цьому «художник» перетворюється на «глядача», дистанціюючись від проблеми, ніби спостерігаючи за її перетвореннями збоку.

Існує досить велика кількість теорій і моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. В узагальненому вигляді серед факторів виникнення психосоматичних розладів, на думку багатьох дослідників істотний вплив мають когнітивні та особистісні фактори.

Більшість психологів виокремлюють наступні когнітивні фактори, що зумовлюють розвиток психосоматичних розладів:

- 1) викривлення уявлення про здоров'я, звідки сподівання, що здорова людина ніколи не відчуває дискомфорту та не має жодних симптомів;
- 2) зацикленість на тілесних відчуттях;
- 3) надто серйозні висновки у разі виникнення незначних симптомів.

Серед особистісних факторів, насамперед великого значення надається істеричному типу особистості, як головного чинника розвитку психосоматичного захворювання. Діти з істеричним типом особистості є схильними до певних моделей поведінки, орієнтованої на привернення уваги інших, до емоційності та драматизму, відкриті до емоційності та егоїстичні. Сукупність цих чинників підвищує ризик формування самонавіяного психосоматичного розладу.

У дітей із психосоматичними розладами, як правило, утруднена здатність до розрядки емоційної напруги. Використання ж арт-терапії полегшує відреагування переживань та фантазій, сприяє зміні поведінки та покращенню стану здоров'я через формування внутрішньої картини здоров'я.

При цьому значний інтерес представляє також і бачення внутрішньої картини хвороби, тобто динаміка власного сприйняття дитиною свого захворювання в міру її лікування, оскільки її самовідстеження має сильний терапевтичний вплив.

В даний час в арт-терапії досить широко використовуються різні прикладні види мистецтва, що призвело до створення казкотерапії, музикотерапії,

лялькотерапії, терапії за допомогою образотворчого мистецтва, танцювальної терапії, маскотерапії, пісочної терапії, глинотерапії, фототерапії, кольоротерапії та ін. Також до арт-терапії відносять вишивкотерапію, ліпку, моделювання з папером, фарбами, каменем, різьблення по дереву, карбування, мозаїку, вітражі, вироби з хутра та тканин, плетіння, шиття, випалювання [18].

Загалом арт-терапевтичні методи, на думку О. Міхеєнко, мають свої відмінності і особливості, що визначаються як жанровою приналежністю до певного виду мистецтва, так і спрямованістю технологій психо-корекційного лікувального застосування. Дуже продуктивною формою є ігротерапія. Вона використовується для корекції розбалансованою комунікативної, опорно-рухової або емоційно-вольової сфери дитини [33].

В процесі гри дитина підкоряється правилам, а значить, добровільно протистоїть безпосереднім імпульсам. У дитини формується уява. Гра може служити для розкриття і лікування спотворень в розвитку дитини. Вона дозволяє показати підсвідомі процеси і дає можливість педагогу побачити, з чим в грі асоціюється у дитини травма, досвід минулого, проблема, що заважає йому нормально жити. До ігротерапії належать сюжетно-рольові ігри, ляльковий кружок, будівельні ігри, пізнавальні ігри, що сполучаються з іншими видами мистецтва: гри-танці, ігри-театралізації, музичні ігрові імпровізації. За твердженням І. Омельченко, ефективною формою є казкотерапія, яка допомагає зняти накопичене психічне напруження [39].

За визначенням О.А. Орловського сильними сторонами казкотерапії, які викликають жвавий інтерес у педагогів, психологів, психотерапевтів та фахівців, є:

- фантазійність,
- художність образів,
- алегоричність,
- метафоричність,
- широке поле для вираження,
- відсутність жорстких рамок [41, с. 86].

Дослідники дають різні інтерпретації підходів до терапії казкою. Наприклад, у дослідниці С. Коляденко зустрічаємо такий перелік:

- 1) реконструктивний підхід – казковий матеріал використовується для вивчення проблем дитинства;
- 2) сценарний підхід – казка як концепція життєвого сценарію (транзактний аналіз);
- 3) рольовий підхід – казка розігрується по ролях з клієнтами (психодрама);
- 4) символічний підхід – казка як символічне відображення реальної драми;
- 5) екзистенціально-феноменологічний підхід – казка як екзистенціальна криза [21, с. 81].

Авторські казки складаються з проблем, характерних для тих дітей, з якими працює педагог-арт-терапевт. Іноді казка пишеться для конкретної дитини. У такому випадку педагог може скласти історію, в якій головний герой і його ситуація аналогічні тим, з якими дитина зустрічалася в житті. Завдання дорослого – через казкові події показати дитині, як можна вийти зі складної ситуації, запропонувати альтернативні моделі поведінки, знайти позитивний сенс в тому, що відбувається.

У такому разі необхідно анонсувати дитині казку як його особисту; казки повинні містити спеціально закладаються «зачіпки» для клієнта або групи дітей; актуальна проблема представляється в казці в метафоричній формі і, як правило, приписана значущому герою – принцесі, королю тощо. Сюжети казок, створених спеціально для арт-терапії, обов'язково повинні містити можливості для зміни героїв казки, а також ситуації вибору, що вимагають відповідального рішення [27].

За допомогою казкотерапії можна також працювати з тими, хто відчуває ті чи інші емоційні, поведінкові, соціальні труднощі (наприклад, з агресивними, сором'язливими дітьми). Казки взагалі – це дивовижний жанр. Класики психології неодноразово зверталися до аналізу казок (К. Юнг, Е. Берн). Цей вид арт-терапії більш прийнятний для роботи зі старшими дошкільнятами та молодшими школярами, які мають проблеми в розвитку. Потенціал казки

набагато багатше її художньо-образної значимості. Як зазначено В. Доренським, в арт-терапевтичній практиці можна використовувати як народні або відомі авторські казки (Г. Андерсена, К. Льюїса, Є. Шварца), так і спеціально складені для арт-терапії [16, с. 61].

Лялькотерапія – використання лялькової драматизації. Її завданнями є збагачення емоційних ресурсів, комунікативних можливостей, виховання здатності адекватно реагувати на виникнення несприятливих ситуацій. Дорослі розігрують виставу лялькового театру, в якому вводять конфліктні і значущі для дитини ситуації, пропонуючи йому як би з боку оцінити їх. В процесі лялькотерапії створюється певний творчий інтерес у дитини, який збагачує його життя. Як вказує О. Вознесенська, постановка казки – завжди свято для її учасників. Якщо її вміло організувати, вона допоможе в корекції і терапії навіть найскладніших проблем [3].

Терапевтичний груповий процес, заснований на драматичній імпровізації, називається класичною психодрамою, або драматерапією. Драматичні твори можливо використовувати для вивчення особистісних проблем, страхів, мрій і фантазій. За допомогою психодрами створюються рольові ігри, що будуються за принципом «тут і тепер». На відміну від театру, як вказує Ю. Гундертайло, в психодрамі учасник виконує роль в імпровізаційному поданні та експериментує з тими значимими для нього соціальними ролями, які він грає в реальному житті [14, с. 23].

Театралізація як форма арт-терапевтичних занять дає можливість арттерапевту краще пізнати дітей – учасників терапевтичної сесії, вчить їх самостійності, сприяє інтегруванню в групі, допомагає навчитися спонтанному вираженню своїх почуттів і дає можливість вивчити самого себе. За допомогою музичної терапії (спів, гра на музичних інструментах, ритмічна декламація, сеанси музичної релаксації) можна домогтися поліпшення загального стану дитини з соматичними та психічними відхиленнями.

Музикотерапія – це вид арт-терапії, де музика використовується в лікувальних або корекційних цілях. В даний час музикотерапія є цілим

психокорекційним напрямом (в медицині і психології), який має у своїй основі два аспекти впливу: психосоматичний (в процесі якого здійснюється лікувальний вплив на функції організму) і психотерапевтичний (в процесі якого з допомогою музики здійснюється корекція відхилень в особистісному розвитку, психоемоційному стані). Саме катарсичний (очищаючий) вплив музики дозволяє використовувати її в такій якості в корекційній роботі з дітьми, що мають проблеми в розвитку [18].

На думку вченого В. Доренського, Музикотерапія являє собою вільне фантазування, пробудження відчуття прекрасного, уяви, прояв емоцій, зняття напруги за допомогою музики, спроба невербального спілкування з групою, вироблення вміння слухати інших [16, с. 61]. Тож в танцювальній терапії використовуються спонтанні рухи з метою більш глибокого пізнання власного тіла. Важливим для танцювальної терапії є зв'язок рухів з свідомістю. Танцювальна терапія широко застосовується з метою формування у дітей здатності до вираження сильних емоцій, підвищення самооцінки. Танець є базовим навиком комунікації, він також є цінним засобом терапії і може використовуватися для поліпшення емоційного, розумового, суспільного і фізичного здоров'я [18].

Музика може проникати в організм дітей не тільки через органи слуху, але і через шкіру. Виявлено, що музика – це потік звукових хвиль, і шкіра сприймає її в широкому діапазоні. Звукові сигнали потрапляють на резонансну частоту, яка відповідає фізичним характеристикам того чи іншого органу, і надають стимулюючу дію на нього. За спостереженнями вчених і лікарів вібрації музичних звуків активізують вегетативні механізми вищої нервової діяльності дітей. В першу чергу музикотерапія дозволяє домогтися успіхів у лікуванні різного роду психічних розладів: психозів (в поєднанні з психотропними засобами), депресивних станів [23, с. 15]. Добре вона допомагає і в терапії багатьох психосоматичних захворювань. В останні роки прийшло розуміння того, що музикотерапія – це міждисциплінарна наука, що виникла на стику

багатьох областей, основними з яких є психологія, педагогіка, фізіологія, медицина і мистецтвознавство.

Позитивний ефект в терапевтичній та корекційній роботі забезпечується вокалотерапією. В процесі вокалотерапії відбувається стимуляція роботи внутрішніх органів за рахунок активних рухів грудної клітки, діафрагми і м'язів черевного преса. Корекційний вплив забезпечується і в процесі «навчання основам ніжнереберно-діафрагмального дихання, як найбільш фізіологічного», яке сприятливо впливає на загальний стан організму людини. Крім вокалотерапії, активна музикотерапія може виражатися в формі танкотерапії, хореотерапії, корекційної ритміки, психогімнастики. Ці види музично-рухової терапії засновані на єдності музики і руху, на активній руховій діяльності дитини під музику і в останні роки все частіше розглядаються як складові цілого самостійного напрямку – кінезотерапії.

Кінезотерапія це музично-пластичне мистецтво, що відображає життя в рухових образах. Танкотерапія заснована на вираженні пластикою тіла певних почуттів і переживань. В якості головного засобу вираження цих станів в танці є пантоміма, жести, які становлять особливу виразну мову, що передає внутрішній стан людини. Завдяки своєрідності мови танець здатний з психоемоційної сфери людини несвідомо витягувати пригнічені потяги, бажання і конфлікти людини і робити їх доступними для усвідомлення і регуляції психомоторного стану. Позитивний ефект використання танцетерапії, рухових ритмічних вправ в корекції психоемоційних станів та інших порушень підтверджується рядом авторів, передусім таких як: Т.Є. Христова, С. М. Казакова, Є. О. Казаков тощо. В основі застосування танцетерапії знімається м'язове й емоційне напруження, яке з'явилося в результаті стресу.

Корекційна ритміка – це вид активної музичної терапії і кінезотерапії, в основі якої лежить синтез музико-ритмо-рухового впливу [35]. Прояв ритму лежить в основі багатьох напрямків використання ритміки. Ритм виступає як універсальна космічна категорія. Відчуття ритму в своїй основі має активну природу, завжди супроводжується моторними реакціями.

Музичне сприйняття в поєднанні з активізацією зорових образів справляє надзвичайно сильний психотерапевтичний вплив на дитину, допомагає їй вийти з конфліктної ситуації, а також травмуючих її переживань і побачити красу навколишнього світу.

Імаготерапія (від лат *imago* – образ) займає особливе місце серед видів арт-терапії. За визначенням В.А. Литвиненко та К.О. Сидоренко, імаготерапія має різні підвиди: лялькотерапія, образно-рольова драмотерапія, психодрама. Дані види арттерапії активно використовують у своїй роботі дефектологи, психологи, музичні керівники [26].

Ізотерапія популярна для психологічної корекції невротичних та психосоматичних порушень, складнощів у навчанні та соціальній адаптації, а також для розвитку емоційного інтелекту малюючого. Ізотерапія сприяє підвищенню самооцінки, розвитку уяви, покращенню навичок комунікації.

Що можна використовувати в ізотерапії:

- фарби;
- олівці;
- воскова крейда;
- фломастери;
- крейда;
- пластилін;
- стрічки;
- кольоровий папір;
- нитки;
- намистини;
- макарони;
- природні матеріали.

Терапія образотворчим мистецтвом – корекція стану дитини за допомогою образотворчої діяльності. Говорячи про арт-терапію, найчастіше мають на увазі саме образотворче мистецтво. Картини, написані олійними або акварельними фарбами, малюнки олівцями, крейдою, фломастерами, складання колажів – все

це терапія образотворчим мистецтвом. Даний вид арт-терапії допомагає звільнити придушені почуття, а також дозволяє дитині зосередитися на своєму внутрішньому світі. Таким чином, види арт-терапії дозволяють дітям розвивати уяву, опанувати цінностями культури і виробити певні навички спілкування і взаємодії в середовищі дорослих і однолітків .

На даний момент арт-терапія є незалежним напрямком, який застосовується у психотерапії, психодіагностиці та психокорекції. За допомогою арттерапії можна надати допомогу дітям з психологічними і особистісними проблемами (агресивним, невпевненим, сором'язливим, з проблемами прийняття своїх почуттів, а також з різного роду психосоматичними захворюваннями).

Висновки до першого розділу

Виконаний аналіз психологічної літератури вітчизняних і зарубіжних дослідників для визначення теоретичних засад психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії та проблематика їх корекції свідчить про наступне.

1) Психосоматичні розлади, зазвичай, визначаються як такі, при яких психологічні фактори вважаються основними в розвитку або збереженні соматичного розладу. Психосоматичні захворювання залежать від психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних чинників, що взаємодіють між собою. Психосоматичні розлади у дитинстві впливають на розвиток особистості, а психічні стани впливають на здоров'я. Якщо говорити про фактори ризику порушення психосоматичного здоров'я дітей на макросоціальному рівні, то домінуючими з них є девіантні форми батьківства, соціальна нерівність та недосконала система шкільної освіти. Дискусійним залишається питання про роль соціальної нерівності у виникненні у дітей психосоматичних порушень.

2) Внутрішні сімейні проблеми, такі як міжособисті відносини та стилі виховання дитини, формують основні фактори виникнення певних психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Додаткові фактори – це соціальна нерівність та недосконалість системи освіти. Ускладнюючими чинниками можуть стати залежності батьків, сімейне насильство, зайнятість батьків.

3) Узагальнення різних підходів до поняття арт-терапії у сучасній психологічній науці дозволило зробити висновки у тому, що у психології «арт-терапія» у двох контекстах. По-перше, це всі види занять мистецтвом. Однак це визначення надто широке. По-друге, це сукупність психокорекційних методик. Переваги арт-терапії у роботі з молодшими школярами полягають у наступному: можливість невербального спілкування, що важливо для таких дітей, тому що вони не можуть у словесному описі своїх переживань; полегшення процесу комунікації, створення відносин взаємного прийняття та емпатії; можливість вільного самовираження та самопізнання; мобілізація творчого потенціалу, внутрішніх механізмів саморегуляції; підвищення адаптаційних здібностей, зниження втоми та напруги; створення позитивного емоційного настрою.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Методика та організація діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку

Базою нашого дослідження стала Мішково-Погорілівська загальноосвітня санаторна школа-інтернат I-III ступенів Миколаївської обласної ради. У діагностиці прийняло участь 21 дитина молодшого шкільного віку.

Для виявлення психосоматичних розладів у молодших школярів було виконано дослідно-експериментальне дослідження. Основою роботи з визначення емоційних порушень молодших школярів став комплексний підхід, головним змістом якого стали психодіагностичні та психокорекційні заходи.

Дослідницька робота містила три етапи, які представлені на рис. 2.1.

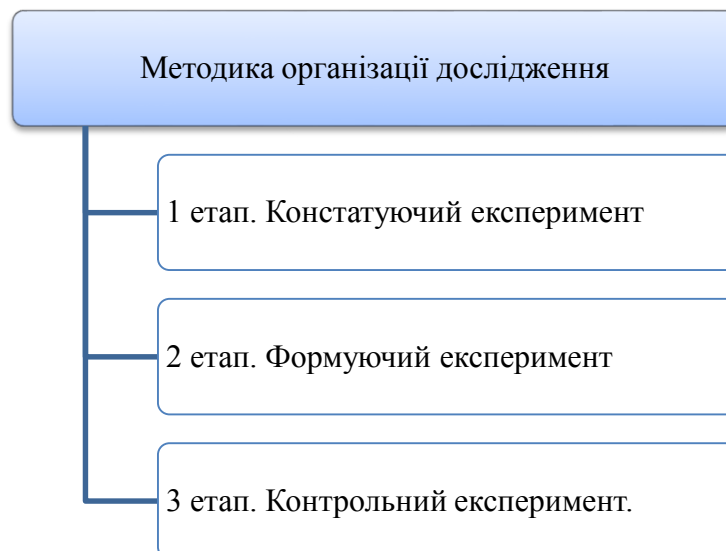


Рис. 2.1. Методика організації дослідження (Джерело: складено автором)

Отже, методика організації дослідження включатиме три послідовних етапи:

1 етап. Констатуючий експеримент. Метою даного етапу є виявлення найбільш типових психосоматичних порушень молодших школярів.

2 етап. Формуючий експеримент. Ціль – розробити психолого-педагогічну програму для корекції психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії.

3 етап. Контрольний експеримент. Метою даного етапу є визначення ефективності проведеної корекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети 1 етапу експерименту (констатуючого) у дослідженні використано такі психодіагностичні методики, які за віковими критеріями відповідають можливостям молодших школярів:

1. Проектна методика «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан);

2. Методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич);

3. Методика «Рука» (Е.Е. Вагнер).

1. Проективна методика А. М. Прихожан (Додаток А) для визначення шкільної тривожності. Наведена методика була розроблена протягом 1980-1982 років А. М. Прихожан [49]. Основою для даної розробки стала методика Е. Амен та Е. Ренісон (1954) щодо дослідження зв'язку між моделями гри та тривогою у маленьких дітей [76]. За допомогою даної методики є можливість діагностувати шкільну тривожність у учнів 6-9 років.

Для проведення тесту використовуються 2 набори по 12 малюнків розміром 18 на 13 см у кожному. При цьому для дівчат і хлопців використовуються різні набори. Набір А призначено для дівчаток, а Б – для хлопців. Номери кожної картинки проставляється на звороті малюнка. Відповідно до даної методики діагностика здійснюється окремо із кожною дитиною індивідуально. Перед початком роботи роз'яснюється загальна інструкція. А перед показом певних зображень надаються додаткові інструкції. При цьому перший малюнок використовується як прикладі і не враховується у висновках діагностики [49].

Діагностика проводилася в індивідуальній формі, без вчителів і класного керівника, що дозволяло налагодити позитивний контакт психолога із дітьми. Відповіді дітей реєструвалися на бланках. Кожній дитині були дані інструкції з виконання методики і в ході виконання завдання з першої картинки ці інструкції нагадувалися і роз'яснювалися, оскільки виконання завдання з картинки 1 розглядається як тренувальне. Потім послідовно дитині подавалися картинки з 2-ї по 12-ту.

2. Проективна методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич) (Додаток Б) призначена для діагностики особистісних особливостей [48]. Методика не має стимульного матеріалу і не є стандартизованою, використовується при обстеженні дітей та дорослих як орієнтовна методика, дані якої допомагають висунути гіпотезу про особливості особистості. Усі ознаки інтерпретуються символічно. Інтерпретація отриманих малюнків забезпечує дослідників набором засобів, що полегшують аналіз внутрішнього світу, наочно показує розуміння унікальності кожного з нас.

3. Проективний тест «Рука» Е.Е. Вагнера (Додаток В). Головною особливістю цієї методики є акцент на ймовірності реалізації агресивних тенденцій у поведінці [65]. Це завдання здійснюється за рахунок специфічної системи підрахунку балів та коефіцієнтів тесту, розробленої Брікліном та Піотровським. У теоретичному обґрунтуванні тесту його автори виходять із положення про те, що розвиток функцій руки пов'язаний з розвитком головного мозку. Велике значення рука надає сприйняттю простору та орієнтації в ньому. Рука безпосередньо залучена до зовнішньої активності, звідси можна зробити висновки про активність обстежуваних. Автори припускають, що агресивність як інтегративна характеристика визначається співвідношенням мотивів, що спонукають і гальмують агресію. При цьому вказується, що ймовірність агресивної поведінки зростає у тих випадках, коли домінують та агресивні тенденції переважають тенденції соціальної кооперації (доброчливість, товариськість, залежність, страх).

Стимульний матеріал тесту є десять карток: дев'ять – із зображеннями людської руки в різних положеннях, а десята картка порожня. Середній час проведення тесту – 15 хвилин.

Дітям у стандартній послідовності пред'являлися всі 10 карток з проханням відповісти на запитання: «Що, на Вашу думку, робить ця рука?». Якщо дитина вагалася з відповіддю, їй пропонували таке запитання: «Як Ви думаєте, що робить людина, якій належить ця рука? Назвіть усі варіанти, які можете собі уявити. Усі відповіді досліджуваних фіксувалися в протоколі. Становище, в якому дитина тримає картку, було довільним, але воно також фіксувалося в протоколі. Під час тестування ми намагалися отримати кілька відповідей (загалом 2-3) кожен з пред'явлених карток. Для цього після першого висловлювання дитині ставилося питання: «Добре, а ще що?».

Представлені діагностичні методики дозволять визначити загальний стан тривожності учнів молодшої школи та визначити напрямки корекційної програми із використання доцільних інструментів арт-терапії, що дозволить у перспективі понизити вплив основних чинників психосоматичних розладів.

2.2. Аналіз результатів діагностики

Наведемо результати проведеного діагностування за методикою А. М. Прихожан. У опитуванні прийняли участь 21 дитина (табл. 2.1). Їх ідентифікація обмежена ім'ям дитини та першою літерою прізвища. У нашому дослідженні приймало участь 11 хлопчиків та 10 дівчат (рис. 2.2).

Список дітей, які приймали участь у діагностиці

№ п/п	П.І. випробуваного	№ п/п	П.І. випробуваного
1	Женя А.	12	Надя М.
2	Аліна С.	13	Денис М.
3	Богдан Д.	14	Данило Н.
4	Ірина Д.	15	Оля О.
5	Денис О.	16	Світлана О.
6	Коля Ж.	17	Григорій П.
7	Світлана Ж.	18	Діана Р.
8	Сергій І.	19	Аня С.
9	Сергій Д.	20	Микита З.
10	Віка Д.	21	Сашко Т.
11	Ніна Л.		

52% випробуваних – це дівчата, а 48% – хлопці.

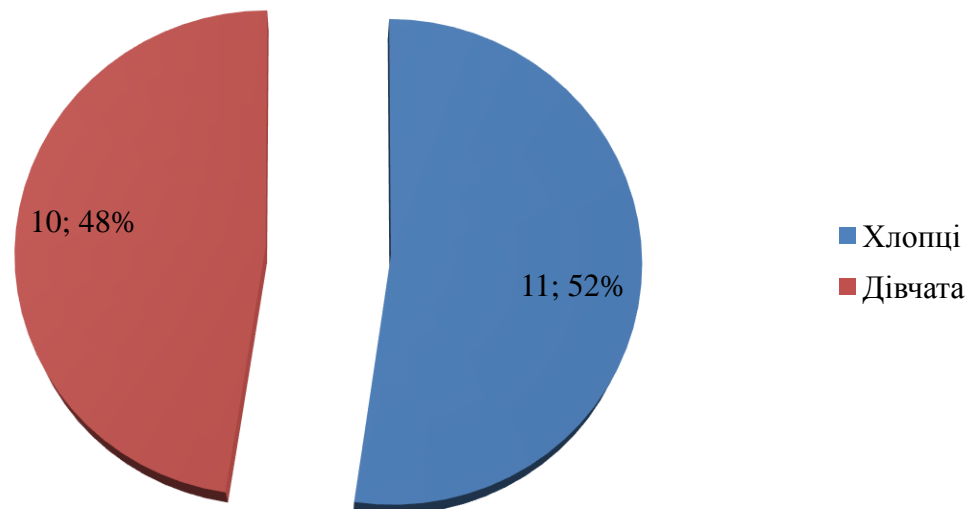


Рис. 2.2. Гендерний розподіл випробуваних

Узагальнення отриманих даних за результатами опитування за методикою А. М. Прихожан представимо у таблиця 2.2. Для цього закодуємо «благополучні» та «неблагополучні» відповіді відповідно до методики.

**Розподіл «благополучних» та «неблагополучних» відповідей за
проективною методикою «Діагностика шкільної тривожності»**

(А.М. Прихожан)

№ п/п	П.І. випробуваного	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Женя А.	Х	Б	Б	Б	НБ	НБ	Б	Б	Б	НБ	Б	Б
2.	Аліна С.	Х	НБ	НБ	Б	НБ	Б	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	Б
3.	Богдан Д.	Х	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б
4.	Ірина Д.	Х	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	Б	НБ	НБ	НБ	Б
5.	Денис О.	Х	Б	Б	Б	Б	Б	НБ	Б	Б	НБ	Б	Б
6.	Коля Ж.	Х	Б	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б	Б	Б	НБ	Б
7.	Світлана Ж.	Х	НБ	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	Б
8.	Сергій І.	Х	НБ	Б	Б	Б	Б	Б	НБ	Б	Б	Б	Б
9.	Сергій Д.	Х	Б	НБ	Б	НБ	Б	НБ	Б	НБ	Б	Б	Б
10.	Віка Д.	Х	НБ	НБ	НБ	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	НБ	НБ	Б
11.	Ніна Л.	Х	НБ	НБ	Б	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	Б
12.	Надя М.	Х	Б	Б	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б	НБ	Б	Б
13.	Денис М.	Х	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	Б	Б	НБ	НБ	НБ	Б
14.	Данило Н.	Х	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б	НБ	НБ	Б	Б	Б
15.	Оля О.	Х	НБ	НБ	Б	НБ	НБ	Б	НБ	НБ	Б	НБ	Б
16.	Світлана О.	Х	Б	Б	Б	НБ	Б	Б	Б	НБ	Б	Б	Б
17.	Григорій П.	Х	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	Б	Б	НБ	НБ	НБ	Б
18.	Діана Р.	Х	НБ	Б	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	НБ	Б
19.	Аня С.	Х	Б	Б	Б	Б	НБ	Б	НБ	Б	Б	НБ	Б
20.	Микита З.	Х	Б	Б	НБ	НБ	НБ	Б	Б	Б	НБ	НБ	Б
21.	Сашко Т.	Х	Б	НБ	НБ	НБ	Б	НБ	НБ	НБ	НБ	Б	Б

Примітка:

«Б» – «благополучна» відповідь,

«НБ» – «неблагополучна» відповідь.

Джерело: складено автором.

Необхідно відзначити, що при оцінюванні 12-го малюнку жодна дитина не визнала його у негативному форматі. Малюнок №12 у даній діагностиці здійснює «буферну» функцію, його призначенням є вдале закінчення тесту, щоб дитина закінчила виконання завдання позитивною відповіддю. При цьому за даними А. М. Прихожан іноді трапляються рідкісні випадки, частка яких не перевищує

поріг 5,7%, коли дитина на малюнок під номером 12 надає негативну відповідь. У такому разі такі випадки потребують додаткового аналізу та повинні розглядатися окремо. У нашому дослідженні такі випадки не виявлено.

Отже, отримані результати можемо узагальнити на рис. 2.3.

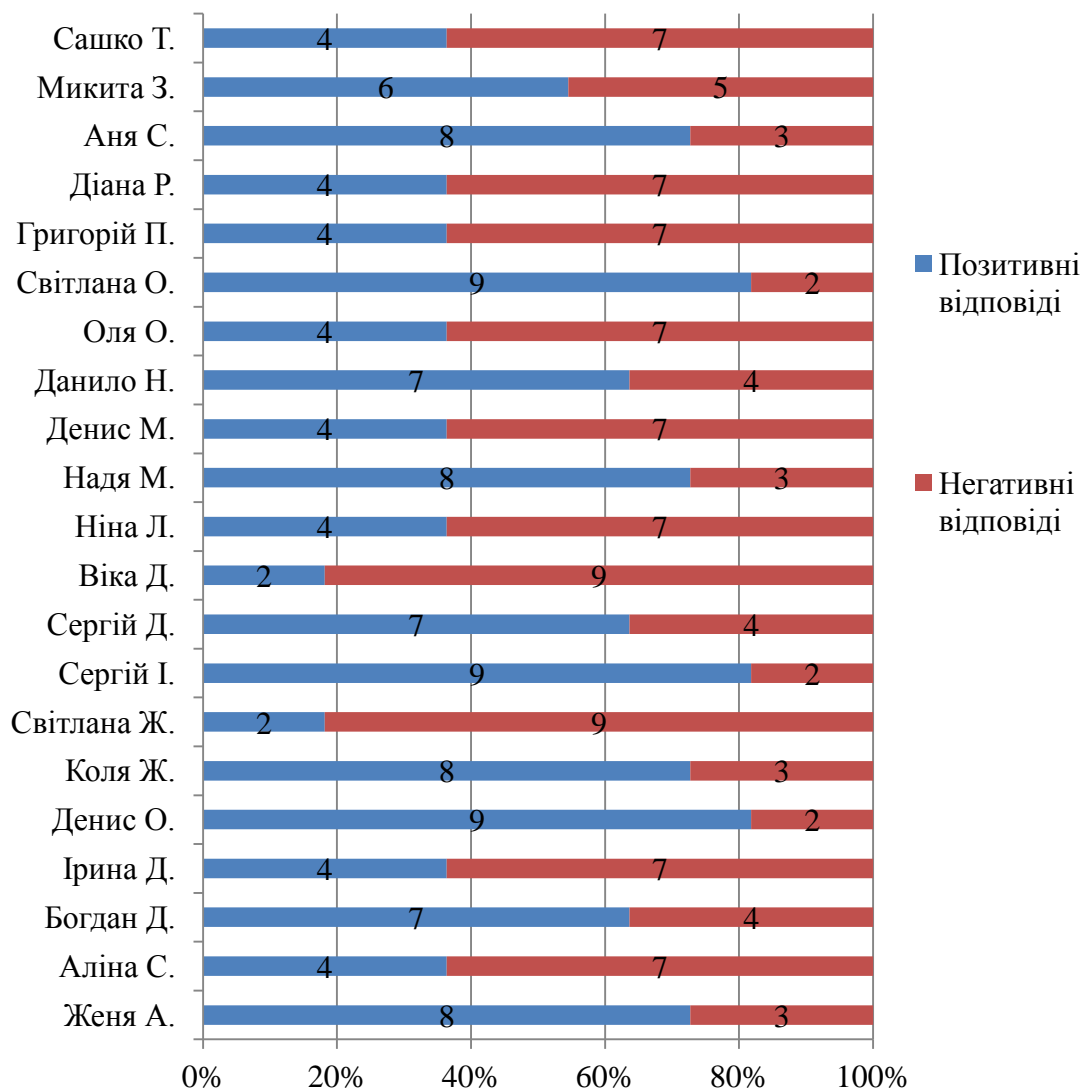


Рис. 2.3. Результати узагальнення за проективною методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан)

У таблиці 2.3 представимо найбільш типові «благополучні» та «неблагополучні» відповіді дітей за картинками.

Найбільш типові «благополучні» та «неблагополучні» відповіді дітей за картинками проектної методики для діагностики шкільної тривожності

№ картинки	Благополучні відповіді	Неблагополучні відповіді
1	Дівчина йде на прогулянку з мамою та татом. Їм весело.	Батьки ведуть хлопчика додому, і сварять за погану поведінку на вулиці.
2	Дівчинка каже сестричці: «Не сумуй, ти скоро виростеш і теж ходитимеш до школи»	Дівчинка захворіла і не йде до школи та інші діти заздрять їй, адже вони не хочуть іти до школи теж.
3	Хлопчики грають м'ячем. Їм дуже весело!	Хлопчик з м'ячем розізлився і намагається вдарити м'ячем інших гравців.
4	Хлопчик щасливий. Він розповідає мамі про школу	Дівчинка плаче, її сварила мама за розбиту вазу. Дівчинці прикро, вона не розбивала вазу.
5	Вчителька на перерві грає з дівчатками. Їм добре разом.	Вчитель лає хлопчика, однокласники заступаються за нього, тому що хлопчик не робив того, за що його сварять
6	На уроці математики. Дівчатка розв'язують завдання, воно важке. Дівчата раді, бо вирішили його.	На уроці дівчинка вирішила задачу, але переживає, чи правильно і дуже боїться, що її викличуть до дошки.
7	Вчитель хвалить учнів, у всіх хороші роботи.	Хлопчика покарали, інші діти зайняті з учителем.
8	Хлопчик робить уроки з математики. Він любить вирішувати приклади та задачі.	Дівчинці треба робити уроки, але їй не хочеться. Вона хоче гратися у телефон
9	Дівчатка готують якийсь сюрприз подружці та шепчуться. Усім разом їм добре.	Хлопці посварилися і не хочуть грати разом. Хлопчику (праворуч) образився.
10	Хлопчик відповів біля дошки правильно. Він щасливий.	Дівчинці біля дошки помилилася, дівчинці це не подобається, вона посварилася з учителем.

11	Дівчинка грає в улюблені іграшки і їй добре.	Дівчинка не пішла до школи, сказавши мамі, що захворіла, бо сьогодні контрольна і грає вдома.
12	Дівчинка рада, вона не спізнилася на уроки.	

У таблиці 2.4. визначимо рівень тривожності за кількістю негативних відповідей по кожному учню.

Таблиця 2.4

Оцінка тривожності опитаних за проективною методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан)

№ п/п	П.І. випробуваного	Кількість негативний відповідей	Оцінка рівня тривожності
1	Женя А.	3	Нормальний
2	Аліна С.	7	Підвищений
3	Богдан Д.	4	Нормальний
4	Ірина Д.	7	Підвищений
5	Денис О.	2	Нормальний
6	Коля Ж.	3	Нормальний
7	Світла Ж.	9	Високий
8	Сергій І.	2	Нормальний
9	Сергій До.	4	Нормальний
10	Віка До.	9	Високий
11	Ніна Л.	7	Підвищений
12	Надя М.	3	Нормальний
13	Денис М.	7	Підвищений
14	Данило Н.	4	Нормальний
15	Оля О.	7	Підвищений
16	Світлана О.	2	Нормальний
17	Григорій П.	7	Підвищений
18	Діана Р.	7	Підвищений
19	Аня С.	3	Нормальний
20	Микита З.	5	Нормальний
21	Сашко Т.	7	Підвищений

Відповідно до отриманих результатів сформуємо таблицю розподілу результатів діагностики у таблиці 2.5

Розподіл результатів діагностики за рівнями тривожності за проективною методикою А. М. Прихожан

№ п/п	П.І. випробуваного	Нормальний рівень	Підвищений рівень	Високий рівень
1,	Женя А.	+		
2,	Аліна С.		+	
3,	Богдан Д.	+		
4,	Ірина Д.		+	
5,	Денис О.	+		
6,	Коля Ж.	+		
7,	Світла Ж.			+
8,	Сергій І.	+		
9,	Сергій До.	+		
10,	Віка До.			+
11,	Ніна Л.		+	
12,	Надя М.	+		
13,	Денис М.		+	
14,	Данило Н.	+		
15,	Оля О.		+	
16,	Світлана О.	+		
17,	Григорій П.		+	
18,	Діана Р.		+	
19,	Аня С.	+		
20,	Микита З.	+		
21,	Сашко Т.		+	
	Разом	11	8	2

Отже, у результаті проведеної діагностики рівня тривожності за проективною методикою А. М. Прихожан, визначено, що нормальний рівень тривожності спостерігається у 53% дітей (11 учнів), високий – у 9% (2 учні), а підвищений рівень тривожності мають 8 учнів (рис. 2.4).

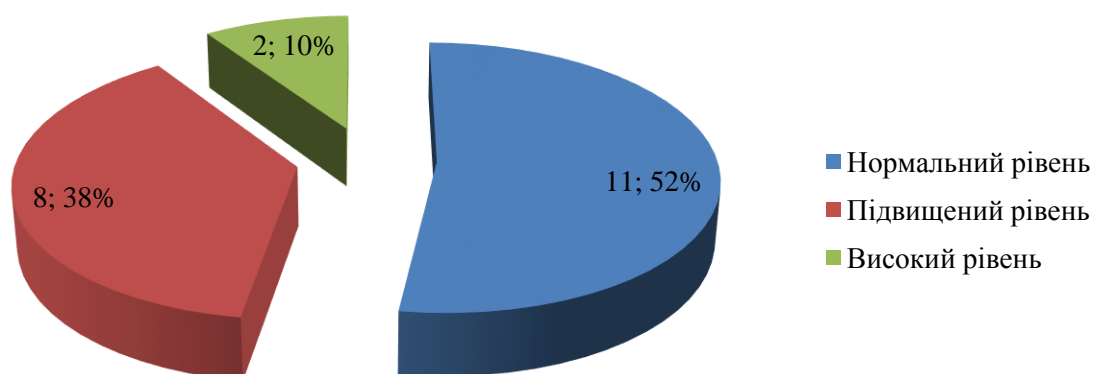


Рис. 2.4. Узагальнення рівня тривожності за проективною методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан)

Розглянемо отримані результати докладніше.

Нормальний рівень тривожності був виявлений у Жені А., Богдана Д., Дениса Е., Колі Ж., Сергія І., Сергія К., Надії М., Данила Н., Світлани О., Ані С. і Микити С.

Підвищений рівень тривожності був виявлений у 8 учнів – Аліни В., Ірини Д., Ніни Л., Дениса М., Олі О., Григорія П., Діани Р., Саші Т. «Неблагополучні» відповіді були дані на 7 карток з 10. При цьому «благополучні» відповіді були надані на 3 картки із 10.

За підсумками діагностики були виявлені 2 учнів, які мають високий рівень тривожності – Світлана Ж. і Віка К. Обидві дівчинки дали 9 «неблагополучних» відповідей з 10. При цьому слід зазначити, що і Світлана, і Віка в «благополучних» відповідях вказують, що вчитель хвалить їх.

Отже, виходячи з даних проведеної діагностики можна назвати найбільш типові прояви шкільної тривожності в дітей даного віку. До них можна віднести страх невдач, страх відповідати біля дошки, страх помилитися, страх негативного схвалення, страх вчителя, натягнуті взаємини з однолітками.

Далі виконаємо діагностику цих учнів за проективною методикою «Неіснуюча тварина» (М. З. Дукаревич), яка призначена для діагностики особистісних властивостей та характеристик. Методика не має стимульного матеріалу і не є стандартизованою, використовується при обстеженні дітей та дорослих як орієнтовна методика, дані якої допомагають висунути гіпотезу про особливості особистості. Усі ознаки інтерпретуються символічно. Інтерпретація отриманих малюнків забезпечує дослідників набором засобів, що полегшують аналіз внутрішнього світу, наочно показують розуміння унікальності кожного з нас.

Зображуючи неіснуючу тварину, випробуваний у такий спосіб висловлює себе, свій образ. Відповідно дається характеристика людині. Зазвичай перше враження від малюнка свідчить, що обстежуваний або агресивний, або скривджений, щось йому загрожує, або нейтральний.

Наведемо приклад докладної інтерпретації малюнка одного зі школярів обстежуваного класу (випробуваного за № 2).

Аліна С., 7 років.

1. Малюнок розташовується внизу листа, в горизонтальному положенні. Таке розташування свідчить про низьку самооцінку, невпевненість у собі, пригніченість. Дитина абсолютно не зацікавлена у своєму становищі у класі. І як наслідок, у випробуваної відсутня тенденція до самоствердження.

2. Голова тварини злегка повернена вправо, ніби дивиться на малюючого. Це говорить про наявність схильності до рефлексії та роздумів.

Великі вуха можуть свідчити про зацікавленість Аліни в будь-якій інформації, що до неї надходить. Також думка оточуючих має для дівчинки велике значення.

Рот у тварини закреслено – це говорить про підвищену боязкість і тривожність випробуваної з певного приводу.

Райдужка очей промальована. Це свідчить про наявність почуття страху. Існують вії. Отже, для дівчинки притаманні істероїдно-демонстративні моделі поведінки. Вона схильна до маніпуляції оточуючими, вкрай зацікавлена у їх

думці. Також для неї дуже важливо, щоб однокласники звертали увагу на її зовнішній вигляд.

Довгий ніс говорить про наявність певного захисного бар'єру, або, навпаки, про агресивність дівчинки по відношенню до оточуючих її людей.

3. Деталі тулуба. У тварини є незвичайні деталі як пір'я вздовж тулуба. Це говорить про бажання брати участь у якнайбільшій кількості справ, про впевненість у собі, допитливість, енергійність, прагнення зайняти собі місце у класі. Так само це свідчить про демонстративну модель поведінки. Випробуваній властива манірність. Вона має схильність привертати увагу людей. Проте, пір'я навколо тіла тварини говорить про те, що дівчинка ставить певний бар'єр, що захищає її від оточуючих, або будь-якої небезпеки ззовні. Або це свідчить про її готовність до самозахисту.

Дівчинка робила сильний натиск олівцем в області вух, що говорить про тривожність з приводу думки оточуючих про неї, як уже згадувалося раніше.

Наявність вусів у тварини також підтверджує тенденцію до загальної тривожності.

Тварина зображена подібно до людини (прямоходіння) – це може говорити про інфантильність та емоційну незрілість.

Зображення тулуба тварини у формі кола та напрямок рук тварини повідомляє про скритність дитини, закритість внутрішнього світу від оточуючих.

Підсумовуючи інтерпретації можна сказати, що Аліна В. має високу самооцінку і невдоволення власним становищем у класі і страждає від недостатності визнання з боку оточуючих, у дитини складається явна тенденція до самоствердження. Сильно виражена захисна агресія. Аліна боїться критики та засуджень, відчуває страх і тривогу.

Розглянемо дані, отримані в ході діагностики учнів в цілому за допомогою проективної методики «Неіснуюча тварина» за параметрами, що нас цікавлять.

1. У малюнках переважає вербальна агресія – 10 осіб (47%).
2. Контури фігури.

Аналізуються за наявністю або відсутністю виступів (типу щитів, панцирів, голок), промальовування та затемнення лінії контуру. Це захист від оточуючих (рис. 2.5):

- агресивний захист (вона виконана у гострих кутах) – 5 чол. (23%);
- захист зі страхом і тривогою (у малюнках має місце затемнення, «забруднення» контурної лінії) – 7 чол. (33%);
- захист із явним побоюванням, підозрілістю (у тварин виставлені щити, «заслони», контурна лінія подвоєна) – 8 чол. (38%).

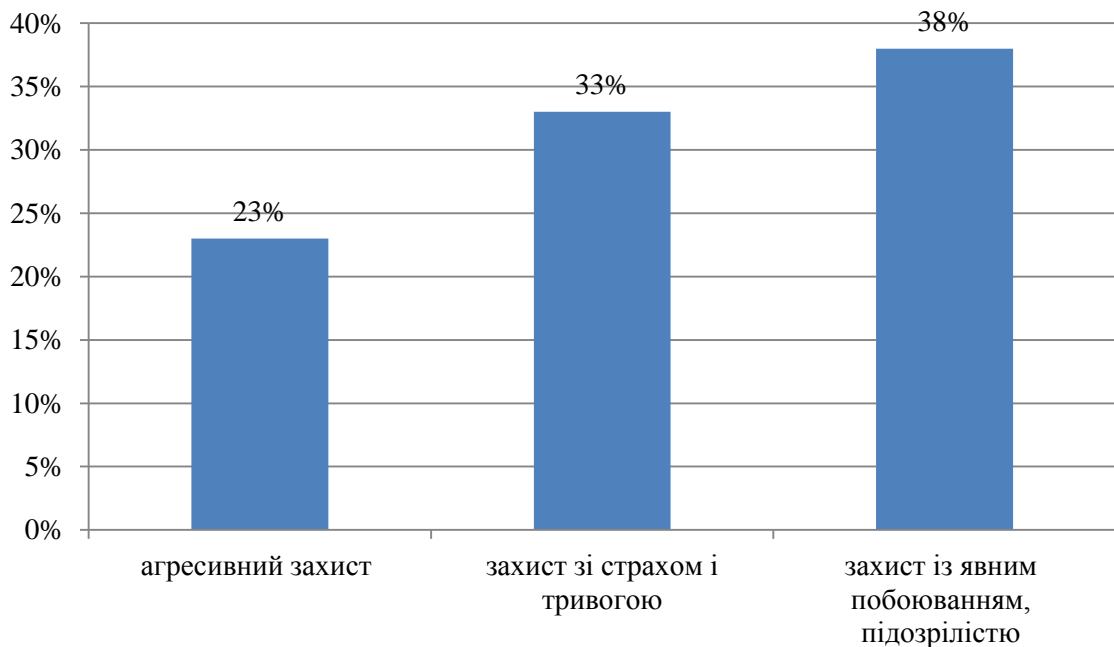


Рис. 2.5. Види захистів у опитаних за методикою «Неіснуюча тварина»

Спрямованість такого захисту відповідає просторовому розташуванню:

- верхній контур фігури символізує захист проти вищих, проти осіб, які мають можливість накласти заборону, обмеження, здійснити примус, тобто проти старших за віком (батьків, вчителів); спостерігається у 4 чол. (19%);
- нижній контур – це захист проти глузування, невизнання, відсутності авторитету у молодших, страх осуду; спостерігається у 3 чол. (14%);

– бічні контури означають недиференційовану небезпечність і готовність до самозахисту будь-якого порядку та в різних ситуаціях; проявляється у 13 чол. 61%) (рис. 2.6).

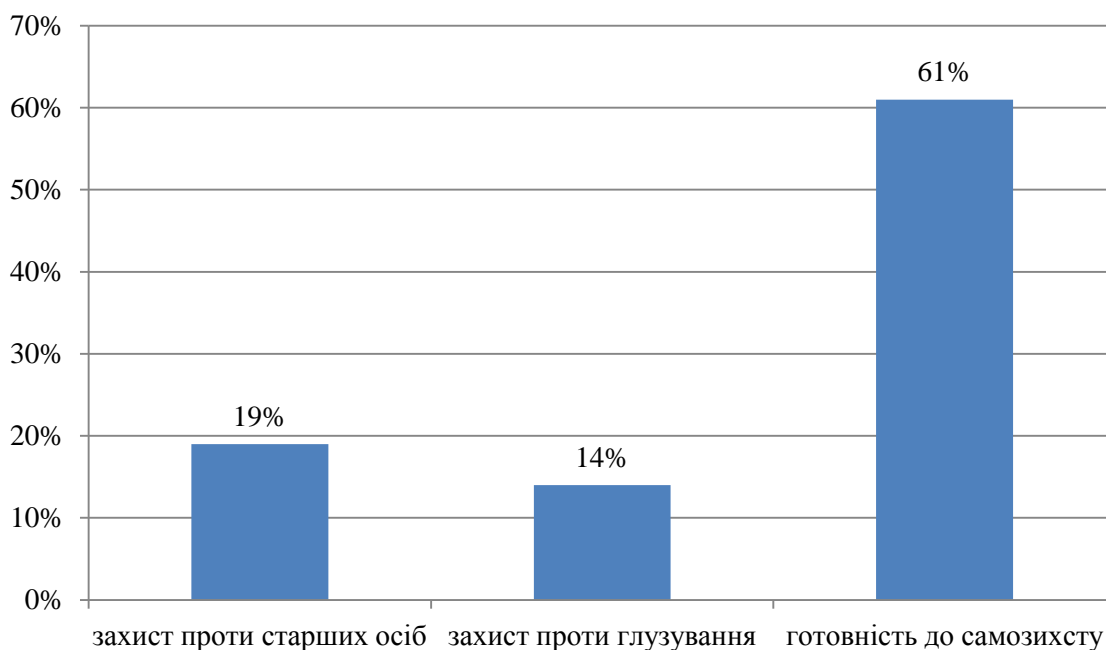


Рис. 2.6. Спрямованість захисту у опитаних за методикою «Неіснуюча тварина»

3. Типи тварин.

Тематично тварин можна розділити на три групи:

- загрозливих – 8 чол. (38%);
- боязких – 5 осіб. (23%);
- нейтральних – 7 чол. (33%).

Ставлення до власної персони і свого «Я», уявлення про своє становище у світі – це ідентифікація себе за значимістю із зайцем, слоном, собакою тощо. У даній методиці зображена тваринна є уособленням самого малюючого.

З усіх використовуваних критеріїв були обрані «агресивність» і «почуття страху». Дослідження показало, що в класі агресивно налаштовано 10 осіб (47%), а відчувають страх 7 осіб (33%) випробуваних (рис. 2.7).

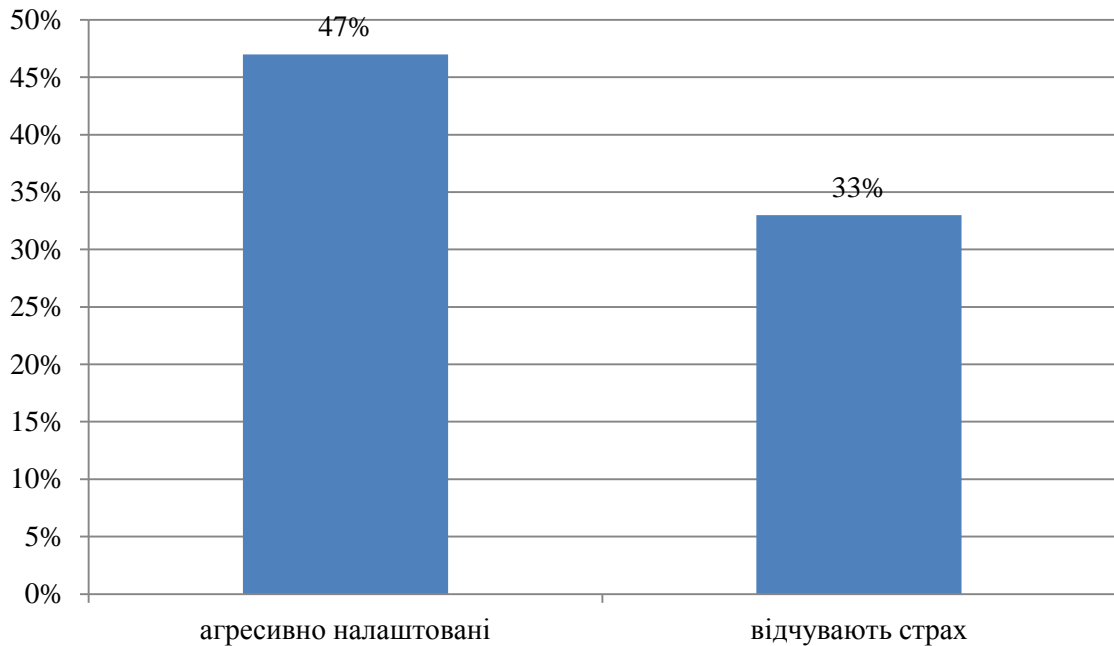


Рис. 2.7. Розподіл за критеріями агресивність та почуття страху у опитаних за методикою «Неіснуюча тварина»

Слід зазначити, що прояви агресії займають велике місце під час діагностики емоційних порушень молодших школярів. Вся справа в тому, що діти в такому віці не вміють адекватно реагувати на стресові фактори і, як наслідок, не можуть висловити проблеми, що турбують їх, вербально і починають агресивно реагувати на зовнішні подразники.

Наступним етапом є діагностика за проективним тестом «Рука» Е.Е. У даній методиці існує можливість визначити ймовірність реалізації агресивних тенденцій у поведінці. Оцінка здійснюється за рахунок підрахунку балів та коефіцієнтів тесту. При цьому необхідно зважати на той факт, що рука безпосередньо залучена до зовнішньої активності, звідси можна зробити висновки про активність обстежуваних. Також необхідно враховувати, що агресивність як інтегративна характеристика визначається співвідношенням мотивів, що спонукають та гальмують агресію. А ймовірність агресивної поведінки зростатиме у випадках, коли домінантні та агресивні тенденції переважатимуть тенденції соціальної кооперації, такі як доброзичливість, товариськість тощо.

У тесті використовувалися десять карток, на яких містилося зображення людської руки у різних положеннях (Додаток В), остання картка була порожньою. Протягом 15 хвилин дітям по черзі показувалися усі 10 карток із проханням відповісти на запитання: «Що, на Вашу думку, робить ця рука?». Якщо дитина вагалася тоді уточнювалося: «Як Ви думаєте, що робить людина, якій належить ця рука? Та до дитини зверталися із проханням уявити усі варіанти. Результати дослідження фіксувалися, при цьому увага зверталася також на те, як дитина тримала картку. Для того, щоб отримати 2-3 відповіді на кожен карту задавалося стимулювальне питання: «Добре, а ще що?».

Проведена діагностика дала можливість отримані відповіді класифікувати за 11 окремими категоріями. Розподіл отриманих результатів наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2. 6

Результати за проективною методикою «Рука» Е.Е. Вагнера

№ п/п	Шкала	Учні	%
1	2	3	4
1	Агресивність	7	34
2	Директивність	3	16
3	Страх	1	5
4	Афектація	1	4
5	Комунікація	2	11
6	Залежність	1	4
7	Експібіціонізм	1	5
8	Каліцтво	1	4
9	Активна безособовість	1	5
10	Пасивна безособовість	0	0
11	Опис дій руки	3	12

За даними наведеної вище таблиці видно, що учні експериментального класу здебільшого агресивні (рис. 2.8). Рука в їхньому поданні атакуюча, пошкоджуюча, що завдає шкоди, образу, агресивно домінуюча, активно вказує на об'єкт.

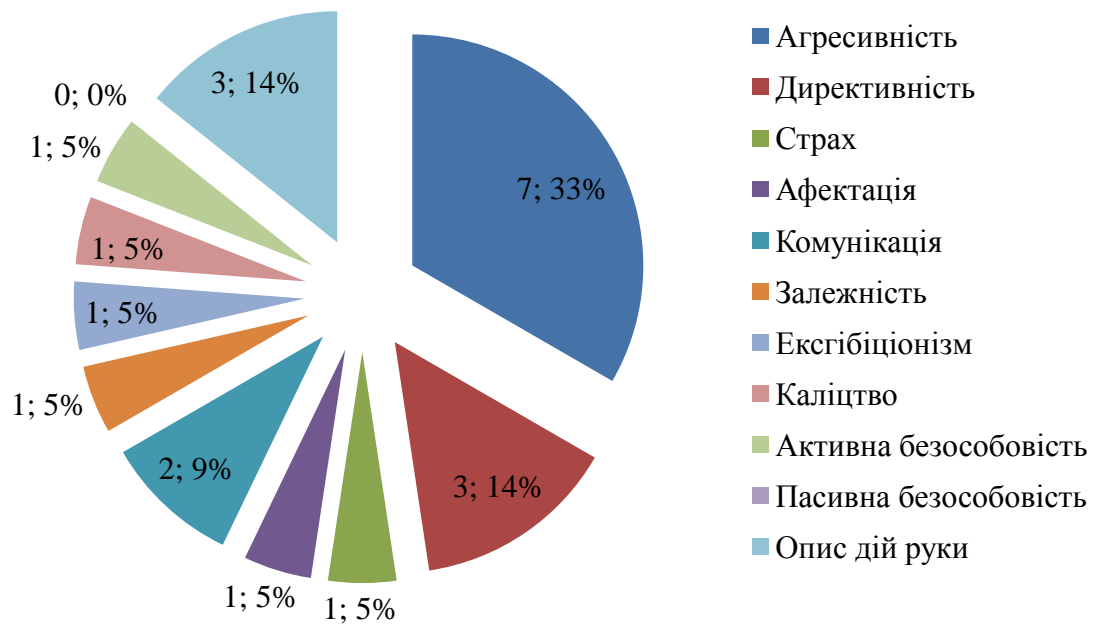


Рис. 2.8. Розподіл за шкалами за методикою «Рука» Е. Вагнера

Показник шкали «директивність» також мають високі значення (рис. 2.9).

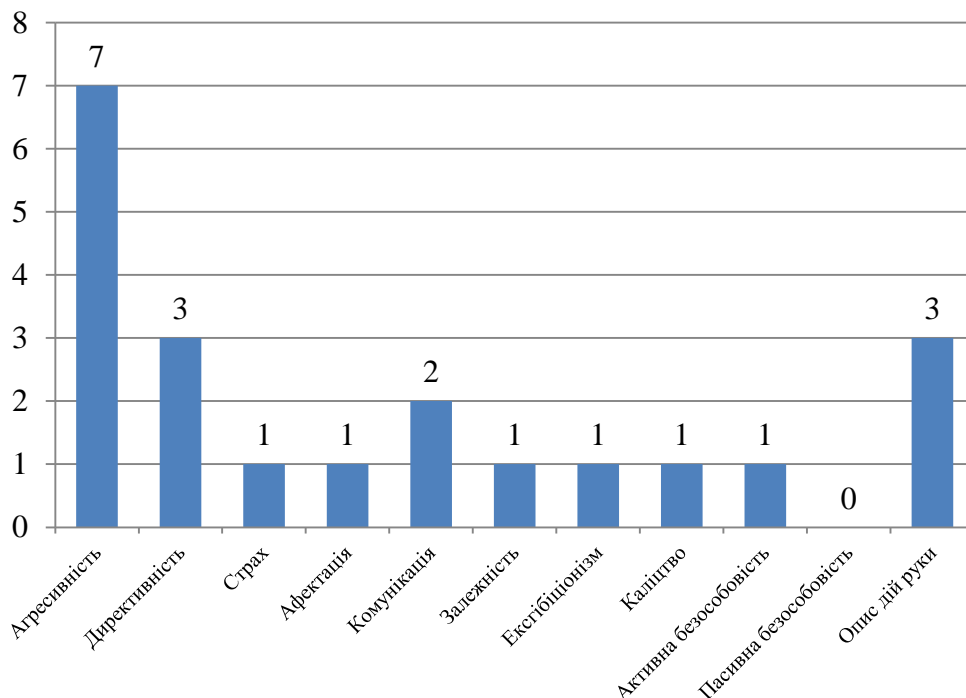


Рис. 2.9. Значення за шкалами за методикою «Рука» Е. Вагнера

Тут рука сприймається провідною, керівною, руйнівною, активно впливає на іншого індивіда. Це говорить про ймовірність прояву агресивності у

поведінці. Також це означає небажання з боку випробуваного дійти згоди з учасниками спілкування. Наміри, права та почуття інших людей не беруться до уваги. Крім того, між власником руки та особою, якому загрожують, якого ображають, відсутні взаємні та рівні міжособистісні стосунки.

Отримані показники таких шкал як «страх», «афектація» і «комунікація» у обстежуваних свідчать про те, що перед спробою що-небудь зробити, або перед агресією у них виникає почуття страху. Показники за шкалою «афектація» говорять про позитивне емоційне ставлення до інших людей. Високі показники за шкалою «комунікація» свідчать, що, з одного боку, учень прагне налагодження відношень з оточуючими, а, з іншого боку, може намагатися впливати на тих, хто перебуває поруч.

Залежність пов'язана з підпорядкуванням власника руки іншій особі. Обстежені, які дали таку відповідь, активно шукають підтримки з боку оточуючих, очікуючи, що вони приділятимуть їм весь свій час і увагу незалежно від обставин.

Показники за шкалою «ексгібіціонізм» присутні в одного обстежуваного. Це означає, що цей учень активно бере участь у привабливій або публічній діяльності. Іншими словами, випробуваний прагне опинитися в центрі уваги та показати себе.

Показники шкали «каліцтво» свідчать про те, що рука сприймається хворою, покаліченою, пошкодженою.

Показник шкали «активна безособовість» представляють руку, як таку, що має схильність до дії, здійснення якої не вимагає наявності іншої особи. Це говорить про яскраво виражену самостійність.

Показник шкали «пасивна безособовість» в досліджуваних дітей класу відсутня.

Останнім показником є шкала «опис дій руки». Основний акцент в описі за даною шкалою робиться на опис фізичного стану руки, настрою, яке з нею пов'язане, емоційного ставлення до неї. Жодної специфічної тенденції до дії в цьому випадку не фіксується і не має на увазі.

Отже, результати проведеної психодіагностики можемо подати у вигляді таблиці (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Види емоційних порушень, які спостерігаються в класі

№ п/п	Ф.І. учня	Тривожність	Агресивність	Страх
1	2	3	4	5
1	Женя А.	–	–	–
2	Аліна С.	+	+	+
3	Богдан Д.	–	–	–
4	Ірина Д.	+	+	+
5	Денис О.	–	–	–
6	Коля Ж.	–	–	–
7	Світлана Ж.	+	+	+
8	Сергій І.	–	–	–
9	Сергій До.	–	–	–
10	Віка До.	+	+	+
11	Ніна Л.	+	+	+
12	Надя М.	–	–	–
13	Денис М.	+	+	–
14	Данило Н.	–	–	+
15	Оля О.	+	+	–
16	Світлана О.	–	–	–
17	Григорій П.	+	+	+
18	Діана Р.	+	+	–
19	Аня С.	–	–	–
20	Микита З.	–	–	–
21	Сашко Т.	+	+	–

Виходячи з отриманих результатів, можна зробити висновок про те, що найчастіше в обстежуваному класі зустрічаються такі види емоційних порушень молодших школярів:

- тривожність;
- агресивність;
- страх.

До «групи ризику» можемо віднести 10 (47%) учнів з 21 – Аліну В., Ірину Д., Світлану Ж., Віку К., Ніну Л., Дениса М., Олю О., Григорія П., Діану Р., Сашу Т.

Таким чином проведена діагностика дала можливість з'ясувати, що у учнів класу підвищено рівень тривожності, агресивності та страху. Діти потребують корекційної програми, приклад якої буде запропоновано у наступному розділі.

Висновки до другого розділу

Виконане експериментальне дослідження психосамотичних розладів у дітей молодшого шкільного віку дозволило підсумувати наступне.

1) Дослідження виконано на базі Мішково-Погорілівська загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ступенів Миколаївської обласної ради. У діагностиці прийняло участь 21 дитина молодшого шкільного віку. Методика організації дослідження передбачає три послідовні етапи: 1 етап – констатуючий експеримент; 2 етап – Формуючий експеримент; 3 етап – контрольний експеримент. У дослідженні використано проектну методику «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан); методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич); методика «Рука» (Е.Е. Вагнер).

2) У дослідженні за методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан) досліджено кількість негативних відповідей та їх характер. Це дало змогу зробити висновки, що нормальний рівень тривожності спостерігається у 53% дітей (11 учнів), високий – у 9% (2 учні), а підвищений рівень тривожності мають 8 учнів. Тож 47% учнів мають певні рівня тривожності. У дослідженні за проективною методикою «Неіснуюча тварина»

(М. З. Дукаревич) здійснена діагностика особистісних властивостей та характеристик на основі зображених дітьми неіснуючих тварин. У результаті діагностики визначено, що у 10 осіб (47%) переважає вербальна агресія. Дослідження показало, що в класі агресивно налаштовано 10 осіб (47%), а відчувають страх 7 осіб (33%) випробуваних. У дослідженні за проективним тестом «Рука» Е.Е діагностовано ймовірність реалізації агресивних тенденцій у поведінці. Отримані результати дозволили підсумувати, що найчастіше в обстежуваному класі зустрічаються такі види емоційних порушень молодших школярів, як тривожність, агресивність та страх. До «групи ризику» можемо віднести 10 (47%) учнів.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА АРТ-ТЕРАПІЇ ПСИХОСАМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Потенціал арт-терапевтних технологій в сучасній психологічній практиці

Мистецтво займає місце в суспільному житті з найдавніших часів. Церемонії народження, смерті, шлюбу, збору врожаю, а також релігійні, духовні та фізичні ритуали зцілення виконувалися разом із мистецькими діями. Стародавні люди зробили мистецтво частиною свого життя, співаючи, танцюючи, граючи на барабанах, малюючи чи розповідаючи історії. Загалом мистецтво протягом усього історичного розвитку людства здійснює важливий внесок у здоров'я людини. З давніх-давен музика, малювання, театр і подібні людські мистецькі активності справляли цілющу дію не тільки на хворих, але й на звичайних людей. З іншого боку, цілюща сила мистецтва для людей з психічними розладами та його позитивний вплив на моральний стан людей загалом зберігаються протягом всієї історії людства [90; 79; 2; 7; 9].

Арт-терапія використовується як терапевтичний метод, який характеризується як засіб для підвищення здоров'я та благополуччя з початку 21 століття [90; 12; 25; 64; 73]. Із першого розділу визначено, що арт-терапія, яка визначається як використання мистецтва для покращення та зміцнення фізичного, психічного та емоційного здоров'я людей, отримує користь від творчого, продуктивного та динамічного впливу мистецтва через мистецьку діяльність. Відповідно, арт-терапія базується на вірі в те, що цей творчий процес, який включає мистецьке самовираження, допомагає людям вирішувати конфлікти та проблеми, покращувати навички міжособистісного спілкування, зменшувати стрес, керувати поведінкою, підвищувати самооцінку та самосвідомість, а також підвищити сприйняття. Іншими словами, це

використання виконавського мистецтва професіоналами, як розвиваючого та терапевтичного, для людей, які пережили хворобу, травму чи життєві труднощі, або які потребують лише особистісного розвитку. Виконання та використання мистецтва підтверджено для подолання психосоматичних та інших травматичних переживань, покращення когнітивних навичок і збільшення отримання задоволення від життя [90; 86].

Арт-терапію необхідно розглядати як процес створення мистецтва в професійних стосунках з дітьми, які мають психічні розлади, переживають травматичні процеси та знаходяться в складних умовах життя. Обізнаність дітей може бути покращена за допомогою процесу створення мистецтва та того, що відображається в мистецькому продукті, а діти з психічними розладами можуть краще справлятися з симптомами, викликаними їхньою хворобою. Процес створення мистецтва забезпечує підтримку дітей у плані підвищення когнітивних функцій і задоволеності життям. Отже, потенціал арт-терапевтичних технологій в сучасній психологічній практиці полягає у тому, що дитина створює мистецький продукт для підвищення психічного, фізичного та емоційного благополуччя, яке підвищується в творчому процесі.

Арт-терапевтичні технології є ефективними засобами створення психологічної зрілості в індивідуумах шляхом використання сили уяви для створення розуміння, цілісності та зцілення за допомогою художніх матеріалів. Арт-терапія є досить успішним і ефективним засобом вираження пригнічених емоцій і глибинних конфліктів за допомогою вербальної мови. Арт-терапевтичні технології – це метод лікування багатьох розладів духовності, розвитку, неврологічних, психічних і поведінкових розладів. При цьому багато арт-терапевтів погоджуються, що творчий процес сам по собі має позитивну терапевтичну силу [90; 79; 2; 7; 9]. Наприклад, Кокранівський огляд розглядав вплив танцювально-рухової терапії на психологічні та фізичні результати у людей, хворих на рак. Було визначено, що танцювальна/рухова терапія може мати сприятливий вплив на якість життя та соматизацію [82]. В іншому дослідженні, яке охоплювало 421 особу та охоплювало дев'ять досліджень, було

встановлено, що музична терапія зменшує симптоми депресії та тривоги та підтримує людей продовжувати свою повсякденну діяльність [92]. У дослідженні хвороби Альцгеймера, яке перевіряло доцільність і ефективність багатовимірного втручання в образотворче мистецтво під назвою «терапія мистецтвом, кольорами та емоціями» (ACE-t), вони повідомили про покращення в управлінні поведінковими та психологічними симптомами при деменції та значно вищий вимірний якість життя [99]. У дослідженні, проведеному на 55 хворих на рак, було виявлено, що відбулося значне зниження рівня болю, втоми та тривоги після сеансів арт-терапії [93]. Е. Атасевен (2018) застосував 10-тижневу програму арт-терапії для пацієнтів із шизофренією, які отримували стаціонарне лікування, і було виявлено, що вона була корисною для покращення профілю симптомів, суб'єктивного благополуччя та рівня розуміння у пацієнтів із шизофренією, які відвідували сеанси [77]. Арт-терапія дозволяє людям творчо виражати себе за допомогою мистецтва та по-різному спілкуватися з собою, іншими та своєю реальністю. У рекомендаціях Національного інституту здоров'я та клінічної майстерності (NICE) щодо психозу та шизофренії наголошується, що арт-терапія, покращує негативні симптоми психозу. У результаті перегляду 18 статей на цю тему було встановлено, що арт-терапія є корисним, значущим і прийнятним втручанням для хворих на шизофренію. З цієї причини рекомендації NICE рекомендують арт-терапію для всіх пацієнтів з шизофренією, особливо для полегшення симптомів [94; 78].

Для дітей арт-терапія забезпечує захищений простір для самовираження, самодослідження та боротьби з лихом через творчість у безпечних стосунках. Дослідження надають докази щодо корисної цінності мистецтва для психічного благополуччя дітей. Клініцисти та теоретики арт-терапії встановлюють зв'язок між психічним та емоційним станом творця мистецтва та досвідом створення мистецтва в терапії, наприклад.

Процес арт-терапії базується на відкритті того, що дитячі найосновніші думки та емоції закарбовані в підсвідомості, і що вони досягають повного вираження через форми, а не слова. Метою арт-терапії є не усунення страхів,

тривоги, неспокою та нещастя, а трансформація цих негативних емоцій у щирі вираження за допомогою певних творчих способів і форм. Арт-терапія дозволяє вирішувати проблеми шляхом самовираження особистості, творчості та методу здібностей, викладати емоції та проблеми, які важко висловити вербально, на папері за допомогою мистецтва, а також подолати грізні перешкоди між спеціалістом і пацієнтом у безпечному середовищі. Дитина фактично малює свої біди та страхи. Щоб розкрити потенціал особистості природними виразами, тут мається на меті полегшити доступ фахівця до проблем і встановити міст між намальованим малюнком, людиною, яка малює, і фахівцем. Це допомагає вирішити емоції та думки, які важко подолати завдяки терапії. Завдяки цій практиці дитина має можливість подумати та порівняти, переживаючи проблеми та емоції, які вона відчувала знову і знову. Таким чином, дитина бачить, співвідносячи минуле з майбутнім, і вчиться робити правильні кроки, вибираючи, як вона буде реагувати в тих же ситуаціях, з якими вона зіткнеться в майбутньому, з досвідом, який вона отримала в результаті свого досвід.

Найважливішою особливістю арт-терапії є порівняння шляхом зіткнення емоцій і несвідомого підсвідомого через активну уяву.

Терапевтичні функції арт-терапії перераховані нижче [90]:

1) Арт-терапія може бути використана для дітей з різними потребами та проблемами. Ділячись думками та почуттями через візуал, дитина може йти на ризик у відносинах підтримки. Арт-терапія забезпечує емоційне дорослішання особистості, підвищує самооцінку, забезпечує психологічну та соціальну інтеграцію.

2) Екстерналізація досвіду шляхом створення образів і об'єктів дає можливість говорити через втілений твір мистецтва.

3) Деякі діти можуть контролювати емоції, з якими вони не можуть впоратися, за допомогою образів і предметів, які вони створюють.

4) Створені в арт-терапії символи та інтерпретація цього символічного змісту закладають основу для саморозуміння та емоційного розвитку.

5) Твір мистецтва, що виникає в процесі арт-терапії, своїм кольором, формою, стилістичними аспектами є постійним. Постійність твору мистецтва – на відміну від тимчасового характеру усного вираження – дозволяє арт-терапевтам і дітям, стежити за змінами, які відбуваються під час терапії, і розмірковувати про них. Це допомагає створити відчуття зосередженості та безперервності, яке може бути важко підтримувати під час терапії.

Арт-терапевти пропонують дітям через специфічні техніки творче «допоміжне» середовище, поєднуючи типи художнього вираження з техніками допомоги. Відомо, що включення арт-терапії в практику зміцнення здоров'я є корисним протягом багатьох років [90]. Результати показують, що мистецькі практики ефективні у формуванні загального благополуччя та покращенні психічного здоров'я [95]. Мистецькі практики сприяють зміцненню здоров'я людей і підвищують їх усвідомлення себе та свого благополуччя. За даними ВООЗ [103] мистецтво робить значний внесок у розвиток дітей, профілактику проблем зі здоров'ям, надання якісної допомоги, формування здоров'язберігаючих форм поведінки. Крім того, за допомогою арт-терапії можливо лікувати стрес, депресію та тривогу, а також запобігти таким ситуаціям, як дискримінація, соціальна ізоляція та самотність, які є факторами ризику для психічного здоров'я. у програмах зміцнення здоров'я. Хоча необхідно мати принаймні рівень грамотності в освіті про здоров'я, що важливо для зміцнення здоров'я, це сприяє покращенню здоров'я людей, подолавши такі втручання багатьох практик арт-терапії.

Арт-терапія використовується в клініках більше століття і професійно підтримується. Останніми роками цілющі ефекти, користь і значний внесок мистецтва в процес зцілення були виявлені шляхом систематичних і контрольованих досліджень, і ці дослідження стають все більш поширеними. Метод арт-терапії, який був доведений в Європі та Америці, а пізніше в усьому світі науковими дослідженнями та даними, був прийнятий в рамках практик альтернативної медицини в дослідженні CAMBRELLA, проведеному в Європейському Союзі, в Американському національному Стратегічний

документ Інституту здоров'я та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на 2014-2023 рр. [101]. З розвитком технологій видно, що способи застосування арт-терапії сьогодні різноманітні. В останні роки потенційні можливості арт-терапії намагалися розвинути за допомогою цифрових технологій. Інтерес до досліджень і застосувань цифрових технологій зростає з кожним днем.

Арт-терапія також має різний вплив на інші проблеми зі здоров'ям. Наприклад, це дозволяє людям з обмеженими можливостями розуміти та виражати свої емоції за допомогою мистецької творчості та творчого мислення, тим самим сприяючи самосвідомості, розслабленню, впевненості та самоефективності.

Різні способи арт-терапії, такі як образотворче мистецтво, музична терапія, танцювальна терапія та драматична терапія, також використовуються як додаткові методи лікування когнітивних і психологічних розладів депресії, стресу, тривоги тощо.

Арт-терапія і дітей молодшого шкільного віку є ефективним способом корекції тривожних станів. Тривога – це нормальне відчуття, яке відчуває кожен, яке спричинене реакцією організму, що виділяє адреналін. Незначний рівень може бути здоровою формою, але коли дитина піддається занадто сильному фізичному чи емоційному стресу, надмірне вироблення адреналіну може викликати у неї надто часте відчуття тривоги, що широко відомо як тривожний розлад.

Формат розмовної терапії «запитання та відповіді» може викликати тривогу у дитини, особливо тому, що вона може мати обмежений словниковий запас, щоб висловити, що з нею трапилося та як вона до цього ставиться. Дітям, які мали важке виховання, дорослі могли наказати цензурувати те, що вони говорять. У арт-терапії вони можуть повідомити свою історію без словесного «розповіді», почувуючись безпечніше.

Арт-терапія надає дітям більш простий і безпосередній спосіб самовираження, ніж лише розмовна терапія. Діти від природи більш творчі, ніж

дорослі. Їм набагато зручніше виражати емоції за допомогою олівців і фарби, ніж словами.

Арт-терапія – це форма втручання, яка більше відповідає віку дітей, оскільки саме з творів мистецтва починається розмова між дитиною та терапевтом. Те, що відчуває дитина, цілком природно стане присутнім у створеному нею мистецтві, оскільки їхні роботи безпосередньо пов'язані з її глибинними думками та почуттями. Це дає дитині контроль і дозволяє терапії розвиватися в прийнятному для неї темпі, щоб вона не відчувала себе перевантаженою.

Уважність, техніка зосередження розуму на тут і зараз, стала загальноприйнятою практикою в лікуванні тривоги. Арт-терапія діє за тим же принципом, оскільки використання художніх матеріалів і акт творчості припиняють цикли повторюваних думок і хвилювань. Це заспокоює тіло, а згодом і розум. Заспокоєння тіла дозволяє дитині уповільнити темп і подумати про те, що з нею відбувається емоційно, щоб вона могла обробляти почуття та події. Самі матеріали можуть мати заспокійливу дію на дитину, наприклад, малювання або використання глини може бути заспокійливим досвідом. Чим частіше заспокоюється нервова система дитини, тим менше вона буде відчувати почуття тривоги, оскільки організм навчиться переналаштовуватися.

Арт-терапія широко використовується в школах, оскільки вчителі давно визнали користь для дітей та молоді. Якщо дитина мала поганий досвід виховання або, можливо, має складні стосунки із батьками, творчість із довіреним терапевтом представляє гарний досвід догляду, який може відновити її довіру до дорослих і дозволить їй почуватися в безпеці та піклуватися про неї. Це може допомогти їм розвинути здоровіші стосунки в майбутньому.

Арт-терапія також заохочує те, що фахівці з розвитку дитини називають «спільною увагою». Це досвід перебування з турботливим і уважним дорослим, спільного спостереження за об'єктами чи подіями та передачі на них своєї реакції за допомогою жестів і зорового контакту. Це показує дитині, що вона може ставитися до речей так само, як і інші люди, і що інші також можуть

сприймати речі по-іншому. Окрім допомоги в емоційному та мовному розвитку, такий обмін почуттями є початком розвитку емпатії.

Травмованим дітям часто не вистачає співчуття, їм важко встановити зоровий контакт, оскільки ніхто не проводив з ними час таким чином. Арт-терапія сприяє цьому процесу, допомагаючи дітям відчувати, що їх можна побачити, почути і зрозуміти. Ділитися почуттями та розуміти їх можна зупинити циклічні думки, головну причину тривоги.

АТ є експериментальною формою лікування і займає особливе місце в лікуванні дітей, оскільки це легкодоступна і не загрозлива форма лікування. Традиційно АТ (серед іншого) використовується для покращення самооцінки та самосвідомості, розвитку емоційної стійкості, покращення соціальних навичок і зменшення стресу, і дослідження все частіше виявляють такі фактори, як регуляція і самооцінка як механізми, що лежать в основі багатьох форм психосоціальних проблем. Арт-терапевти використовують різні орієнтації і теорії, такі як психодинамічні; гуманістичний (феноменологічний, гештальт, особистісно орієнтований); психопедагогічний (поведінковий, когнітивно-поведінковий, розвивальний); системні (сімейна та групова терапія); а також інтегративний та еkleктичний підходи. Але також існують різні варіації в індивідуальних уподобаннях та орієнтаціях арт-терапевтів. У АТ арт-терапевт може сприяти позитивним змінам психосоціальних проблем через взаємодію з терапевтом і художніми матеріалами в ігровій та безпечній обстановці. Фундаментальні принципи АТ для дітей і підлітків полягають у тому, що створення візуальних образів є важливим аспектом природного процесу навчання і що діти та підлітки в присутності арт-терапевта можуть увійти в контакт з почуттями, які інакше неможливо легко висловити словами. Здатність виражати себе та практикувати навички може дати відчуття контролю та самоефективності та сприяє самопізнанню. Таким чином, це може надати можливість дітям і терапевтам вирішувати психосоціальні проблеми іншим способом, ніж інші види терапії [81].

Передбачувані механізми змін АТ можна розділити на робочі механізми, специфічні для АТ, і загальні психотерапевтичні механізми змін, такі як терапевтичні стосунки між дитиною і психологом або очікування чи надії (. Специфічні механізми змін для АТ включають, наприклад, припущення, що мистецтво може бути ефективною системою передачі неявної інформації, або що створення мистецтва складається з створення, спостереження, рефлексії та змісту створення, що веде до змін і розуміння [81].

Останні дослідження свідчать, що АТ призводить до сприятливих результатів для дітей та підлітків. Передусім, виявлено позитивний ефект у дітей з травмами або захворюваннями, у неповнолітніх правопорушників, а також у дітей, які навчаються спеціальному навчанню та з обмеженими можливостями. У той час як збирається все більше розуміння впливу АТ на різні проблемні зони серед дітей, залишається незрозумілим, чи можуть конкретні елементи втручання АТ та механізми змін відповідати за ці ефекти. У клінічній практиці арт-терапевти базують свою терапію на багатих емпіричних та інтуїтивних знаннях. Ці знання часто є неявними і їх важко вербалізувати, також відомі як неявні знання. Часто вони ґрунтуються на переконаннях або підходах здорового глузду, без надійної основи в емпіричних результатах. Ці інтуїтивні знання та переконання складаються з (теоретичних) принципів, арт-терапевтичних засобів і форм вираження, а також поведінки психолога, які арт-терапевти вважають необхідними для досягнення бажаних результатів [81].

Таким чином, люди століттями отримували користь від мистецтва для усунення психічних і фізичних захворювань, і вони все ще продовжують використовувати його як метод лікування. Багато різних культур сприйняли ідею, що творче самовираження може зробити потужний внесок у процес одужання. Протягом усієї історії живопис, розповіді, танець і музика були частиною життя людей як ритуали зцілення. Враховуючи фізіологічні та психологічні ефекти мистецтва, напрацьовано багато застосувань із врахуванням специфіки розладів. У процесі арт-терапії, крім застосування вираження лише однієї з різних галузей мистецтва, можливий перехід від однієї галузі мистецтва

до іншої за допомогою інтермодельного експресивного підходу. Основними методами арт-терапії є музикотерапія, танцювальна терапія, поетична терапія, терапія образотворчим мистецтвом і драматична терапія.

3.2. Структура експериментальної програми по арт-терапії як засобу корекції психосоматичних розладів у дітей шкільного віку

Експериментальне дослідження в даній роботі було спрямоване на перевірку гіпотези дослідження про те, що цілеспрямована робота з корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку за допомогою арт-терапії дозволить подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів.. Для цього була розроблена психолого-педагогічна корекційна програма, з урахуванням вікових особливостей і специфічних емоційно-поведінкових розладів дітей – учасників дослідження.

У проведеному у другому розділі дослідженні з'ясовано, що діти, які приймали участь у експерименті мають високі рівні тривожності, агресивності та страху.

Ціль програми: корекція емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії.

Для досягнення мети програми було поставлено такі основні завдання:

1. Зниження тривожності, емоційного напруження.
2. Допомога у знятті страхів.
3. Пом'якшення агресивних проявів, навчання прийомів саморегуляції.

Далі представимо зміст програми.

Заняття проводились у тренінговому режимі. Вони використовувалися засоби арт-терапії (малюнок, драматизація, ліплення). Виконувалися у двох етапах (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Структура заняття із арт-терапії

Тож, на 1-му етапі виконуватимуться наступні завдання, які матимуть переважно інформативно-ознайомчий характер:

- знайомство, входження до групи;
- усвідомлення правил поведінки в соціумі та потреби їх виконання;
- створення сприятливих умов для активізації дітей;
- формування емпатії, вміння співпереживати іншим;
- знайомство з різними емоційними станами через етюди.

На 2-му етапі здійснюватиметься терапевтичний вплив, який буде направлений на:

- створення умов для подолання тривожності, страхів та агресії у дітей;
- формування навичок вираження емоційного настрою;

– сприяння розвитку навичок оцінки своєї поведінки та поведінки оточуючих;

– вдосконалення шляхів подолання тривожності, страхів, вираження почуттів у малюнку.

– навчання дітей навичкам контролю та управління власним гнівом (навичкам саморегуляції);

– забезпечення можливостей вираження гніву у прийнятних формах.

У процесі проведення корекційного програми необхідно дотримуватися наступних умов проведення занять:

- 1) прийняття дитини такою, якою вона є;
- 2) не можна не квапити, не уповільнювати процес заняття;
- 3) враховувати принцип поетапного занурення і виходу з травмуючої ситуації;
- 4) початок і кінець занять повинні бути ритуальними, щоб зберегти у дитини відчуття цілісності та завершеності заняття;
- 5) заняття не коментується дорослим;
- 6) на занятті дитині пропонується можливість імпровізації.

Тож візуалізуємо наведені правила на рис. 3.2.

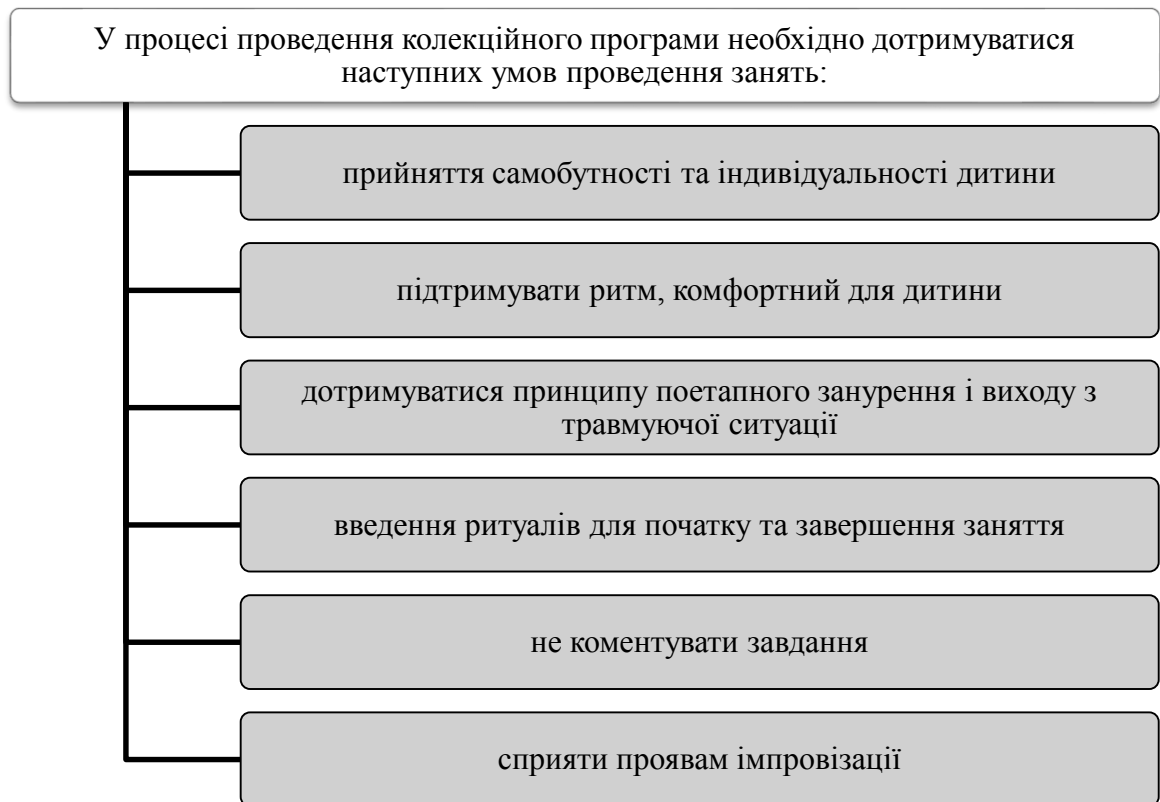


Рис. 3.2. Правила проведення занять

Тривалість занять складати 30 хвилин 1 раз на тиждень.

У таблиці 3.1. представимо тематичний план програми психолого-педагогічної корекції психосоматичних розладів молодших школярів.

Таблиця 3.1

**Тематичний план програми психолого-педагогічної корекції
психосоматичних розладів молодших школярів**

№	Етапи програми, теми	Цілі, завдання	Кількість часу	Питання для обговорення
1	2	3	4	5
Заняття 1.	Тема 1. «Здрастуйте, це я!»			
	Розминка «Росток під сонцем»; гра «Моє ім'я»; малювання на тему: «Автопортрет»; вправа «Гарячі долоні»			
		Знайомство дітей, створення позитивного настрою та умов для згуртування дітей, емоційне та	30 хвилин.	Що тобі сподобалось? Що тобі не сподобалось?

		м'язове розслаблення		
	Тема 2. «Кольоровий настрій»			
Заняття 2.	Розминка «Росток під сонцем»; бесіда «Твоє Я»; гра «Прогулянка»; малювання на тему: «Я люблю найбільше»; вправа «Гарячі долоньки»			
	Тема 3. «Не боїмося нічого!»	Виявлення міжособистісних та групових взаємовідносин; створення атмосфери групової згуртованості; Створення доброзичливих взаємовідносин.	30 хвилин.	Що вам найбільше сподобалося на занятті?
Заняття 3.	Розминка: «Росточок під сонцем»; Вправи: «Півнячі бої», «Розкажи свій страх»; Малювання на тему: «Чого я боявся, коли був маленьким»; вправа «Чужі малюнки»; малювання на тему «Будинок жажів»; вправа «Гарячі долоні»			
	Тема 4. «Граємо в ляльки»	Сприяння розвитку навичок оцінки своєї поведінки та поведінки навколишніх, вчити справлятися зі страхами та тривогою через малюнки.	30 хвилин.	Як ви вважаєте, що таке страх? Чи можна його перемогти?
Заняття 4.	Розминка: «Росточок під сонцем»; малювання із заплученими очима; вправа «Розкажи настрій»; «Пограємо в ляльки»; вправа «Гарячі долоні»			
	Тема 5. «Лялькова вистава»	зниження рівня тривожності; розвиток емоційної гнучкості.	30 хвилин.	Чи любите Ви грати у ляльки? Чи сподобалася Вам наша гра?
Заняття 5.	Розминка: «Росточок під сонцем»; вправу «Дзеркало»; «Лялькове уявлення»; вправа «Гарячі долоні»			
	Тема 6. «Малюємо маски»	Самоприйняття дитини; дослідження особистісної ідентичності; сприяння розвитку спонтанності, рефлексії, прояву істинних почуттів.	30 хвилин.	Які якості придбали (втратили) виконані ними ляльки? Які зміни відбулися в самих ляльках, як вони почувуються зараз?
Заняття 6.	Розминка: «Росточок під сонцем»; малювання на тему «Страх, кохання, агресія»; враження «Матеріалізація страху»; ритуальна драматизація «Спонтанний театр»; вправа «Гарячі долоні»			
	Тема 7. «Історія в картинках»	Корекція різноманітних страхів; усвідомити умовність відчуття	30 хвилин.	Що відчував, коли працював один, з груп співай, відчуваєш зараз?

		страху; знизити рівень тривожності.		Як працював гурт? Кому належить ідея сюжету, назви? Як можна допомогти собі та іншим, якщо раптом стає страшно? Якого кольору ваші почуття, коли буває страшно?
Заняття 7.	Розминка: «Росточок під сонцем»; вільне малювання; індивідуальна робота «Історія в картинках»; вправа «Гарячі долоні».			
	Тема 8. «Пластилінова фантазія»	Корекція різних проблем особистості	30 хвилин.	Чи часто Ви вступаєте у конфлікти? А як Ви вирішуєте конфлікти?
Заняття 8.	Розминка: «Росточок під сонцем»; вправу «Ласкавий дріб'язок», «Пластилінова фантазія»; вправа «Гарячі долоньки».			
	Тема 9. «Мій настрій»	Досягнення взаєморозуміння і з творчості; зняття м'язових затискачів; емоційне розвантаження.	30 хвилин.	Чи займалися Ви раніше ліпленням із пластиліну? Вам сподобалося? Хто автор сюжету?
Заняття 9.	Розминка: «Росточок під сонцем»; заряджання під музику; вправи: «емоцію Збери», «Мімічна гімнастика», «Моя на будова», «Гарячі долоні»; домашнє завдання.			
	Тема 10. «Подарунки по колу»	Навчити визначати за окремими мімічними фрагментами виражену емоцію; розвивати вміння усвідомлювати емоцію; розвивати відчуття кольору.	30 хвилин.	Чи змінилося Ваше самопочуття? Як настрій?
Заняття 10.	Розминка: «Росточок під сонцем»; «Подарунки по колу»; Враження «Сонце в долоні»; вправа "Гарячі долоні".			

Розроблена нами програма носить своєрідний характер. В основу комплексу занять покладено рекомендації багатьох науковців із питань корекційно-розвивальних програм [110; 13; 30; 38; 17; 55; 58; 604 61].

Запропоновані у програмі техніки та вправи є багатоцільовими та можуть бути використані для роботи з усіма віковими групами: від молодших школярів,

починаючи з шести років, до дорослих та людей похилого віку. Можуть бути адаптовані для індивідуальних арт-терапевтичних занять.

3.3. Аналіз ефективності впровадженої експериментальної програми по арт-терапії

З метою перевірки ефективності проведеної корекційної роботи, спрямованої на зниження рівня психосоматичних порушень, була проведена повторна психологічна діагностика, з використанням тих же методик, що і на початковому етапі, і яка дозволила простежити динаміку зниження тривожності, страху та агресії у дітей молодшого шкільного віку експериментальної групи.

Результати контрольного експерименту показали, що більшість дітей, які відвідали наші заняття, мали помітні поліпшення емоційної сфери.

Аналіз результатів впровадження корекційної програми за проективною методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан) представлена на рис. 3.3.

З рисунка 3.3 бачимо, що спостерігається позитивна динаміка в зниженні рівня тривожності: у більшості молодших школярів переважає нормальний рівень тривожності (62%), підвищений рівень тривожності тепер склав 38%. Високий рівень тривожності на етапі контрольного експерименту не виявлено.

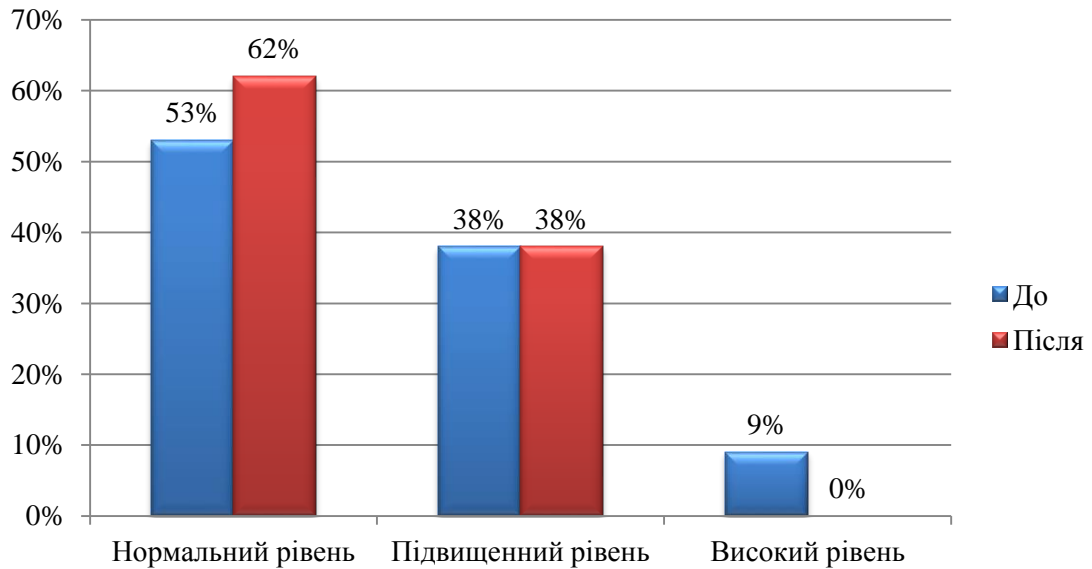


Рис. 3.3. Порівняльні дані розподілу результатів залежно від рівня тривожності до і після корекційної програми

За підсумками констатуючого експерименту нами було виявлено 10 осіб, які мають високі показники рівня тривожності. Серед них 2 осіб (Світлана Ж., Віка К.) мали високий рівень тривожності, 8 осіб (Аліна В., Ірина Д., Ніна Л., Денис М., Оля О., Гриша П., Діана Р., Саша Т.) мали підвищений рівень тривожності.

Після закінчення формуючого експерименту можемо стверджувати, що рівень тривожності Світлани Ж. та Віки К. перейшов від високого до підвищеного – «неблагополучні» відповіді були отримані на 3 картки з 10. Рівень тривожності у Аліни В. та Дениса М. перейшов від підвищеного до нормального – «неблагополучні» відповіді були отримані на 4 і 5 карток відповідально.

Таким чином, отримані результати свідчать про позитивну динаміку.

Методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Друкаревич) дозволила виявити кількість страхів у дітей після проходження корекційної програми. Аналізи результатів подано на рис. 3.4.

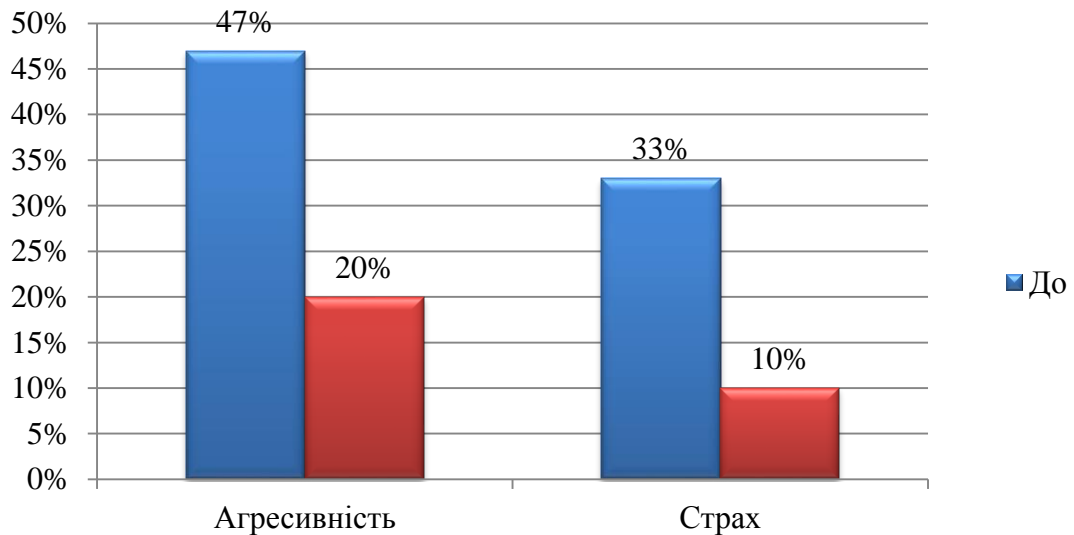


Рис. 3.4. Порівняльні дані розподілу випробуваних залежно від кількості страхів та агресивності

З рисунка 3.4 видно, що у більшості (55%) молодших школярів кількість страхів та агресії зменшилася.

За підсумками констатуючого експерименту нами було виявлено 10 осіб, у яких було виявлено високий рівень прояву агресивності (Аліна В., Ірина Д., Світлана Ж., Віка К., Ніна Л., Денис М., Оля О., Григорій П., Діана Р., Сашко Т.). У 7 обстежуваних було виявлено переважання почуття страху (Аліна В., Ірина Д., Світлана Ж., Віка К., Ніна Л., Данило Н., Григорій П.).

По закінченні формуючого експерименту може стверджувати, що прояви агресивної поведінки спостерігаються лише у 4 осіб із 10 (Віка К., Ніна Л., Денис М., Діана Р.). Кількість дітей, які відчувають страх, зменшилася з 7 осіб до 2 (Аліна В., Світла Ж.).

Отже, за даною методикою теж проглядається позитивна динаміка.

При повторному проведенні проектного тесту «Рука» Е. Е. Вагнера отримано висновки, що корекційна програма дала позитивні результати. Це можна побачити із таблиці 3.2.

Порівняльні результати за проективною методикою «Рука» Е.Е. Вагнера.

№ п/п	Шкала	До корекції		Після корекції	
		Учні	%	Учні	%
1	Агресивність	7	33	4	19
2	Директивність	3	16	3	14
3	Страх	1	5	0	0
4	Афектація	1	4	1	4
5	Комунікація	2	11	6	29
6	Залежність	1	4	1	4
7	Експібіціонізм	1	5	1	5
8	Каліцтво	1	4	1	4
9	Активна безособовість	1	5	1	5
10	Пасивна безособовість	0	0	0	0
11	Опис дій руки	3	12	3	12

Тож рівень агресивності знижено у трьох дітей (рис. 3.5).

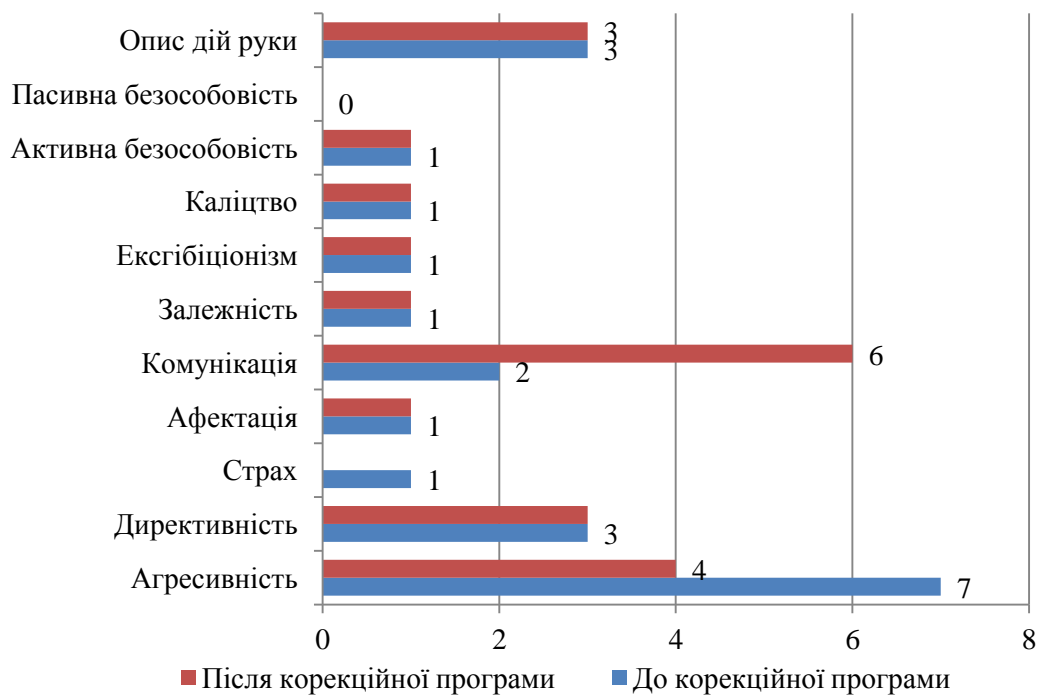


Рис. 3.5. Порівняння результатів за методикою «Рука» Е. Вагнера

Натомість за шкалою комунікація спостерігається збільшення, у 6 дітей цей показник визнано домінуючим, що на 18%, ніж до корекції (рис. 3.6).

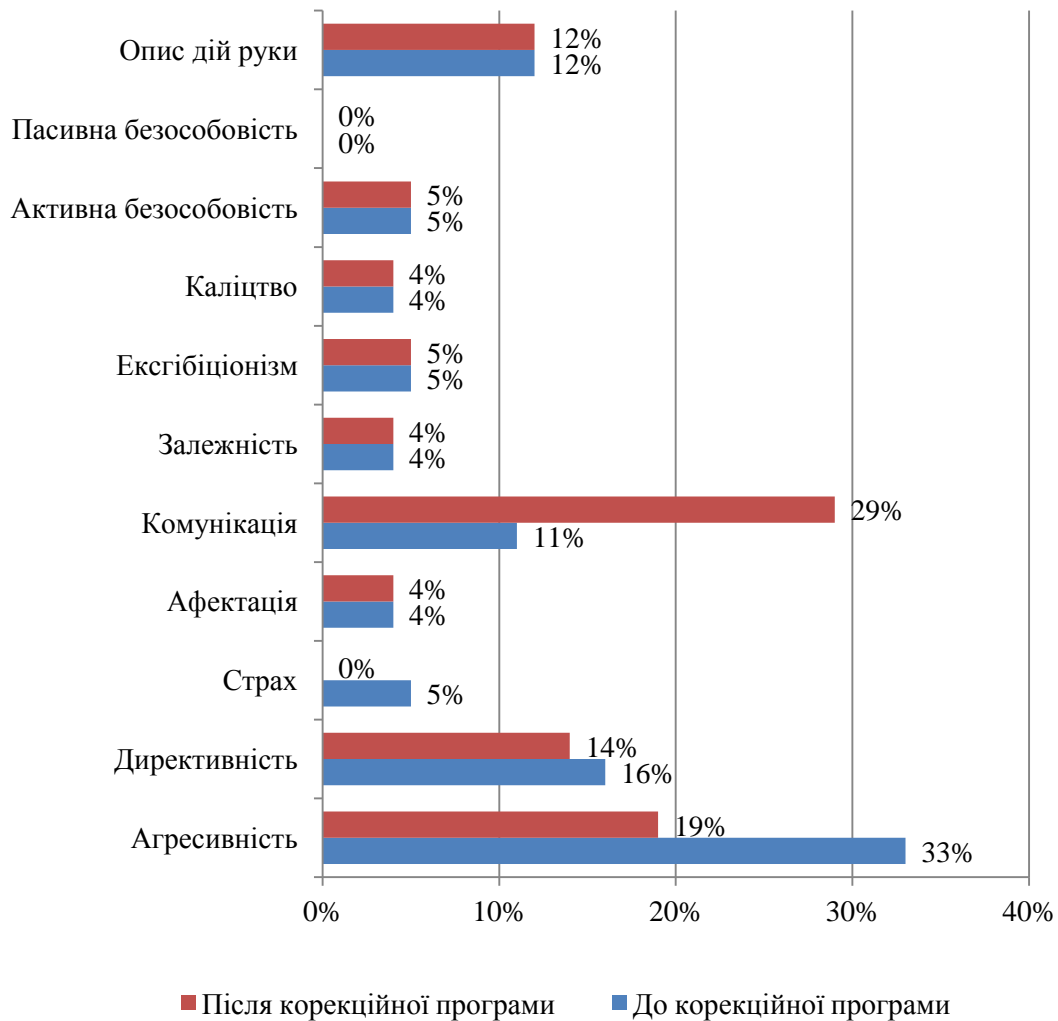


Рис. 3.6. Значення за шкалами за методикою «Рука» Е. Вагнера

Судячи з показників у наведених рисунках, аналіз повторного тесту дав позитивні результати: агресивність учнів зменшилася у 3 учнів (Аліна В., Ірина Д., Світлана Ж.) до 20%, страх зник, і як наслідок зріс показник за шкалою «комунікація» у 4 учнів до 18% від загальної групи.

За результатами даної діагностики можна зробити висновок, що молодші школярі після застосування корекційно-розвивальної програми стали менш агресивними, імпульсивними, залежними, більш впевненими в собі, відкритими до спілкування. Це створить необхідно передумови для зниження рівня психосоматичних розладів. Отже, гіпотеза дослідження доведена: цілеспрямована робота із корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного

віку за допомогою арт-терапії дозволяє подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі запропоновано корекційну програму арт-терапії психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку та оцінено її результативність, що дало можливість зробити наступні висновки.

1) Арт-терапія використовується як терапевтичний метод, який характеризується як засіб для підвищення здоров'я та благополуччя з початку 21 століття. Арт-терапію необхідно розглядати як процес створення мистецтва в професійних стосунках з дітьми, які мають психічні розлади, переживають травматичні процеси та знаходяться в складних умовах життя. Арт-терапевтичні технології є ефективними засобами створення психологічної зрілості в індивідуумах шляхом використання сили уяви для створення розуміння, цілісності та зцілення за допомогою художніх матеріалів. Для дітей арт-терапія забезпечує захищений простір для самовираження, самодослідження та боротьби з лихом через творчість у безпечних стосунках. Метою арт-терапії є не усунення страхів, тривог, неспокою та нещастя, а трансформація цих негативних емоцій у щирі вираження за допомогою певних творчих способів і форм. Найважливішою особливістю арт-терапії є порівняння шляхом зіткнення емоцій і несвідомого підсвідомого через активну уяву. Основними методами арт-терапії є музикотерапія, танцювальна терапія, поетична терапія, терапія образотворчим мистецтвом і драматична терапія.

2) Експериментальне дослідження в даній роботі було спрямоване на перевірку гіпотези дослідження про те, що цілеспрямована робота з корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку за допомогою арт-терапії дозволить подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів. Із цією метою була розроблена та апробована програма корекційно-розвивальних занять з дітьми, що увійшли до дослідно-

експериментальної групи. Розроблена корекційна програма складалася із десяти взаємозалежних занять. Ці заняття проводилися з використанням засобів арт-терапії.

3) Контрольний експеримент, мета якого – визначити ефективність проведеної корекційної роботи, був проведений за допомогою розробленої системи психодіагностичних методик. У результаті проведеної діагностики після впровадження корекційної програми, з'ясовано, що молодші школярі стали менш агресивними, імпульсивними, залежними, більш впевненими в собі, відкритими до спілкування. Це створить необхідно передумови для зниження рівня психосоматичних розладів. У результаті проведеної психолого-педагогічної корекційної роботи спостерігається позитивна динаміка. Отже, гіпотеза дослідження доведена: цілеспрямована робота із корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку за допомогою арт-терапії дозволяє подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило досягнути мети та виконати поставлені завдання. У результаті дослідження вироблено наступні висновки та узагальнення.

1. Досліджено поширеність психосоматичних розладів у дітей як проблему сучасності. Психосоматичні явища зумовлюються тривалими емоційними навантаженнями, які виникають протягом життя. Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого. На соматичні розлади в організмі великий вплив має сама особистість, зокрема, її емоційні стани. Психологічні механізми, пов'язані з впливом емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції у певній мірі пояснюють поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок із культурними традиціями та умовами життя. Незважаючи на десятиліття роботи, ключовим питанням у психосоматичних дослідженнях залишається: чи психічні розлади викликають або сприяють фізичним захворюванням. Серед позитивних зрушень у дослідженні психосоматичних розладів та їх корекції необхідно виділити позитивні результати нейровізуалізаційних досліджень, а також перспективи генетичних досліджень.

Психосоматичні розлади у дитинстві впливають на розвиток особистості, а психічні стани впливають на здоров'я. Якщо говорити про фактори ризику порушення психосоматичного здоров'я дітей на макросоціальному рівні, то домінуючими з них є девіантні форми батьківства, соціальна нерівність та недосконала система дошкільної освіти. Дискусійним залишається питання про роль соціальної нерівності у виникненні у дітей психосоматичних порушень.

2. Розглянуто особливості психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Основні макросоціальні фактори ризику психосоматичних розладів у дітей у системі шкільної освіти – дисфункціональні комунікації

вихователів з дитиною та ранній початок навчання дітей з використанням неадаптивних технологій, методів та засобів навчання. Як фактори ризику порушень психосоматичного здоров'я дітей у системі шкільної освіти виділяються такі: стресова тактика педагогічних впливів; соціальні та навчальні загрози; стрес обмеженого часу та конкуренції; інноваційні школи, які провокують перфекціонізм та енерговитрати. Виникнення психосоматичних порушень викликано поєднанням соціальних, психологічних та біологічних впливів. Вплив сім'ї та внутрішніх сімейних відносин є основними факторами становлення та розвитку особистості дитини у молодшому шкільному віці. І виникнення й формування психосоматичних розладів у дітей цього віку передусім викликані порушеними дитячо-батьківськими стосунками.

Науковці виділяють п'ять характеристик психосоматогенних сімей: надмірна включеність батьків у життєві проблеми дитини, надчутливість, ригідність взаємин у сім'ї, тенденція уникати вираження незгоди й відкритого обговорення конфліктів, дитина використовується як стабілізатор у сім'ї. Досить важливим видається і стиль виховання, наприклад, гіпопротекція; домінуюча гіпопротекція; потуральна гіпопротекція; емоційне відкидання; формування підвищеної моральної відповідальності. Тож існуючі відхилення у сімейних відносинах та стилі виховання дитини стають основним фактором виникнення певних психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Додатковими факторами виступає соціальна нерівність та недосконалість системи освіти. В структуру девіантних форм необхідно додати такі фактори ризику психосоматичних розладів як соціальне сирітство, залежності батьків, різні форми сімейного насильства та тотальну зайнятість сучасних батьків. Ці фактори можуть перешкоджати батькам виконувати свої батьківські функції в адекватній формі.

3. Вивчено арт-терапевтичні інструменти для роботи з дітьми молодшого дошкільного віку, які мають психосоматичні проблеми. Арт-терапія – це метод розвитку та зміни свідомих і несвідомих сторін психіки особистості за допомогою різних форм і видів мистецтва. Даний метод побудований на

використанні мистецтва як символічної діяльності. Арттерапія – це метод розвитку та корекції сторін особистості за допомогою різних видів мистецтва. Арт-терапія використовується при вирішенні специфічних завдань, пов'язаних з психокорекцією, лікуванням психосоматичних захворювань, емоційним вихованням, врегулюванням конфліктів. Арт-терапія повинна базуватися на принципах «не нашкодити», «допомагати», «розвивати» і може застосовуватися в роботі з різними групами дітей. Можна сказати, що арт-терапія будується на вірі в творчу основу людини. Позитивний ефект в терапевтичній та корекційній роботі забезпечується різними видами арттерапії. На даний момент арт-терапія є незалежним напрямком, який застосовується у психотерапії, психодіагностиці та психокорекції. За допомогою арттерапії можна надати допомогу дітям з психологічними і особистісними проблемами (агресивним, невпевненим, сором'язливим, з проблемами прийняття своїх почуттів, а також з різного роду психосоматичними захворюваннями).

4. Охарактеризовано методику та організацію діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Дослідження виконано на базі Мішково-Погорілівська загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ступенів Миколаївської обласної ради. У діагностиці прийняло участь 21 дитина молодшого шкільного віку.

Методика організації дослідження передбачає три послідовні етапи:

1 етап. Констатуючий експеримент.

2 етап. Формуючий експеримент.

3 етап. Контрольний експеримент.

У дослідженні використані такі методи: проектну методику «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан); методика «Неіснуюча тварина» (М.З. Дукаревич); методика «Рука» (Е.Е. Вагнер).

Представлені діагностичні методики дозволять визначити загальний стан тривожності учнів молодшої школи та визначити напрямки корекційної програми із використання доцільних інструментів арт-терапії, що дозволить у перспективі понизити вплив основних чинників психосоматичних розладів.

5. Проаналізовано результати діагностики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. У дослідженні за методикою «Діагностика шкільної тривожності» (А.М. Прихожан) досліджено кількість негативних відповідей та їх характер. Це дало змогу зробити висновки, що нормальний рівень тривожності спостерігається у 53% дітей (11 учнів), високий – у 9% (2 учні), а підвищений рівень тривожності мають 8 учнів. Тож 47% учнів мають певні рівня тривожності. За підсумками діагностики були виявлені 2 учнів, які мають високий рівень тривожності. До найбільш типових проявів шкільної тривожності в дітей даного віку віднесено страх невдач, страх відповідати біля дошки, страх помилитися, страх негативного схвалення, страх вчителя, натягнуті взаємини з однолітками.

У дослідженні за проективною методикою «Неіснуюча тварина» (М. З. Дукаревич) здійснена діагностика особистісних властивостей та характеристик на основі зображених дітьми неіснуючих тварин. У результаті діагностики визначено, що у 10 осіб (47%) переважає вербальна агресія. Агресивний захист спостерігається у 5 чол. (23%); захист зі страхом і тривогою у 7 чол. (33%); захист із явним побоюванням, підозрілістю у 8 чол. (38%). Щодо спрямованості такого захисту необхідно відзначити, що захист проти старших спостерігається у 4 чол. (19%); захист проти глузування, невизнання, відсутності авторитету у молодших, страх осуду спостерігається у 3 чол. (14%); готовність до самозахисту будь-якого порядку та в різних ситуаціях проявляється у 13 чол. (61%). Дослідження показало, що в класі агресивно налаштовано 10 осіб (47%), а відчують страх 7 осіб (33%) випробуваних.

У дослідженні за проективним тестом «Рука» Е.Е діагностовано ймовірність реалізації агресивних тенденцій у поведінці. Проведена діагностика дала можливість отримані відповіді класифікувати за 11 окремими категоріями. За даними наведеної вище таблиці видно, що учні експериментального класу здебільшого агресивні (7 учнів, 33%). Показник шкали «директивність» також мають високі значення у 3 учнів (14%). Отримані показники таких шкал як «страх», «афектація» і «комунікація» у обстежуваних свідчить про те, що перед

спробою що-небудь зробити, або перед агресією у них виникає почуття страху. Отримані результати дозволили підсумувати, що найчастіше в обстежуваному класі зустрічаються такі види емоційних порушень молодших школярів, як тривожність, агресивність та страх. До «групи ризику» можемо віднести 10 (47%) учнів

Таким чином проведена діагностика дала можливість з'ясувати, що у учнів класу підвищено рівень тривожності, агресивності та страху. Діти потребують корекційної програми.

6. Визначено потенціал арт-терапевтичних технологій в сучасній психологічній практиці

Арт-терапію необхідно розглядати як процес створення мистецтва в професійних стосунках з дітьми, які мають психічні розлади, переживають травматичні процеси та знаходяться в складних умовах життя. Арт-терапевтичні технології є ефективними засобами створення психологічної зрілості в індивідуумах шляхом використання сили уяви для створення розуміння, цілісності та зцілення за допомогою художніх матеріалів. Для дітей арт-терапія забезпечує захищений простір для самовираження, самодослідження та боротьби з лихом через творчість у безпечних стосунках.

Процес арт-терапії базується на відкритті того, що дитячі найосновніші думки та емоції закарбовані в підсвідомості, і що вони досягають повного вираження через форми, а не слова. Найважливішою особливістю арт-терапії є порівняння шляхом зіткнення емоцій і несвідомого підсвідомого через активну уяву. Арт-терапевти пропонують дітям через специфічні техніки творче «допоміжне» середовище, поєднуючи типи художнього вираження з техніками допомоги. Арт-терапія використовується в клініках більше століття і професійно підтримується. Різні способи арт-терапії, такі як образотворче мистецтво, музична терапія, танцювальна терапія та драматична терапія, також використовуються як додаткові методи лікування когнітивних і психологічних розладів депресії, стресу, тривоги тощо.

Враховуючи фізіологічні та психологічні ефекти мистецтва, напрацьовано багато застосувань із врахуванням специфіки розладів. У процесі арт-терапії, крім застосування вираження лише однієї з різних галузей мистецтва, можливий перехід від однієї галузі мистецтва до іншої за допомогою інтермодельного експресивного підходу. Основними методами арт-терапії є музикотерапія, танцювальна терапія, поетична терапія, терапія образотворчим мистецтвом і драматична терапія.

7. Визначено структуру експериментальної програми по арт-терапії як засобу корекції психосоматичних розладів у дітей шкільного віку.

2) Експериментальне дослідження в даній роботі було спрямоване на перевірку гіпотези дослідження про те, що цілеспрямована робота з корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку за допомогою арт-терапії дозволить подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів. Із цією метою була розроблена та апробована програма корекційно-розвивальних занять з дітьми, що увійшли до дослідно-експериментальної групи. Розроблена корекційна програма складалася із десяти взаємозалежних занять. Заняття проводились у тренінговому режимі. Під час занять використовувалися засоби арт-терапії (малюнок, драматизація, ліплення). Виконувалися заняття двоетапно: на 1-му етапі виконувалися завдання, які мали переважно інформативно-ознайомчий характер (знайомство, входження до групи; усвідомлення правил поведінки в соціумі та потреби їх виконання; створення сприятливих умов для активізації дітей; формування емпатії, вміння співпереживати іншим; знайомство з різними емоційними станами через етюди); на 2-му етапі здійснюватиметься терапевтичний вплив, який буде направлений на створення умов для подолання тривожності, страхів та агресії у дітей; формування навичок вираження емоційного настрою; сприяння розвитку навичок оцінки своєї поведінки та поведінки оточуючих; вдосконалення шляхів подолання тривожності, страхів, вираження почуттів у малюнку; навчання дітей навичкам контролю та управління власним гнівом (навичкам саморегуляції); забезпечення можливостей вираження гніву у прийнятних формах.

8. Проаналізовано ефективність впровадженої експериментальної програми по арт-терапії. Контрольний експеримент, мета якого – визначити ефективність проведеної корекційної роботи, був проведений за допомогою розробленої системи психодіагностичних методик. У результаті проведеної діагностики після впровадження корекційної програми, з'ясовано, що молодші школярі стали менш агресивними, імпульсивними, залежними, більш впевненими в собі, відкритими до спілкування. Це створить необхідно передумови для зниження рівня психосоматичних розладів. У результаті проведеної психолого-педагогічної корекційної роботи спостерігається позитивна динаміка. Отже, гіпотеза дослідження доведена: цілеспрямована робота із корекції емоційної сфери дітей молодшого шкільного віку за допомогою арт-терапії дозволяє подолати негативний емоційний стан у дітей та знижує ризики психосоматичних розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабяк О.О. Особливості змісту корекційно-розвиткової програми «Ритміка» для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із затримкою психічного. *Проблеми сучасного підручника: збірник наукових праць*. Київ, 2016. Випуск 17. С.16-24.
2. Березка С. В. Аналіз ефективності застосування арт-терапевтичних методів для психокорекції дітей з порушенням інтелектуального розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Херсон, 2018. № 3. С.206-211.
3. Березка С. В. Особливості гіперактивної поведінки дітей з порушенням інтелекту. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя, 2018. № 1. С. 122-127.
4. Березка С. В. Особливості діагностики гіперактивної поведінки дітей з порушеннями інтелекту. *Наука і освіта*. Одеса, 2018. №3. С. 62-67
5. Березка С. В. Теоретичний аналіз специфіки агресивної поведінки дітей дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями. *Особлива дитина*. Київ, 2018. № 2. С. 55-64.
6. Бернацька О. Б. Стан виховання вчинкової самостійності учнів 9-12 років інтернатних закладів. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»*. Серія : Педагогіка. 2014. Т. 245, Вип. 233. С. 73-78.
7. Біла І. М. Психологія дитячої творчості. Київ : Фенікс, 2014. 137 с.
8. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психо-соціального відновлення особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 28-34. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2015_4_7. (дата звернення: 20.11.2022).
9. Гайструк Н.А., Гайструк А.В., Солейко О.В., Нестерович А.В. Арттерапія: від світового досвіду до національних пріоритетів. *Мистецтво лікування*. 2014. № 2. С. 57-60.

10. Галецька Ю.В. Ігрові технології як форма роботи з дітьми з помірною та тяжкою розумовою відсталістю. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2018. № 10. С. 23-29.
11. Гладченко І.В., Висоцька А.В., Супрун М.О. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями в сучасному освітньому вимірі. Навчально-методичний посібник. Київ : Інститут спеціальної педагогіки, 2014 . URL: <http://www.ispukr.org>. (дата звернення: 27.11.2022)
12. Голінська Т. М. Зміст, форми і методи арт-терапевтичного впливу на особистість дитини. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2016. № 5. С. 13-16.
13. Грицюк І. М. Арт-терапія в роботі практичного психолога з дітьми, які мають емоційні порушення. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 8. С. 67-71.
14. Гундертайло Ю. Арт-терапія в роботі з міфами. *Простір арт-терапії: Разом з вами*: збірник наукових статей за наук. ред. А. П. Чуприкова, О. А. Браусенка-Кузнецова, О. Л. Вознесенської. К. : Міленіум, 2006. С. 23–27.
15. Денисенко, Н., 2005. Розвивально-реабілітаційне середовище в дитсадку. *Дошкільне виховання*. К., №6. С. 13–14
16. Доренський В. Мистецтво як феномен людинотворення. *Філософська думка*. 2009. № 6. С. 61-78.
17. Казаннікова О. В. Психологічний супровід агресивної дитини. Проблеми сучасної педагогічної освіти. *Педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 39(3). С. 157-162.
18. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
19. Квітка Н. Методичний посібник з музикотерапії для дітей дошкільного віку зі складними порушеннями психофізичного. К.: 2013. 82 с.
20. Коломoeць М.Ю., Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Ткач Є.П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковин. мед. вісн.* 2008. Т. 12, № 1. с. 141-144

21. Коляденко С. М. Використання казок В. О. Сухомлинського у процесі казкотерапії. Науковий вісник Кременецької обласної гуманітарно-педагогічної академії ім. Тараса Шевченка. Серія : Педагогіка. 2018. Вип. 9. С. 80-88.

22. Коц С.М., Коц В.П. Вікова фізіологія та вища нервова діяльність. Навчальний посібник. Харків: ХНПУ, 2020. 288 с. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5977/1/%D0%9A%D0%BE%D1%86%20%D0%A1.%20%D0%9C.%2C%20%D0%9A%D0%BE%D1%86%20%D0%92.%20%D0%9F.%20%D0%92%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D1%84%D1%96%D0%B7%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B2%D0%B8%D1%89%D0%B0%20%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf> (дата звернення: 20.11.2022).

23. Кошель В.М., Новик М.В. Використання музикотерапії в умовах освітнього процесу закладів дошкільної освіти: навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Дошкільна освіта», методистів, вихователів закладів дошкільної освіти, музичних керівників та батьків дітей дошкільного віку. Чернігів: ФОП Баликіна О.В., 2020. 84 с.

24. Ликова І.О. Образотворча діяльність у дитячому садку.: планування, конспекти занять, методичні рекомендації. Х.: Веста ТОВ Видавництво «Ранок», 2007. 114с.

25. Лисенкова І. П. Використання арт-терапевтичних методик у роботі з дітьми передшкільного віку із затримкою психічного розвитку. Наука і освіта. 2013. № 3. С. 95-97.

26. Литвиненко В. А. Сидоренко К. О. Застосування імаго-терапевтичних технологій в оздоровчо-розвивальній роботі з дітьми старшого дошкільного віку. Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії. Суми, 3 грудня 2018 р. С. 224-228.

27. Магдисюк Л. І., Федоренко Р.П., Замелюк М.І. Казкотерапія в психологічному консультуванні дітей та дорослих : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. III–IV рівнів акредитації. Луцьк : Вежа-Друк, 2019. 152 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/18817/1/kazkoterap.pdf> (дата звернення: 20.11.2022).
28. Макарчук Н. О. Психологія особистісної саморегуляції при ментальних порушеннях розвитку. Проблеми сучасної психології. 2017. Вип. 36. С. 173-184.
29. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник. Київ : Ніжин, 2017. 115 с.
30. Мамічева О. В., Березка С. В. Особливості психокорекції дітей з розладами аутистичного спектру засобами арт-терапії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ, 2018. № 35. С. 120-126.
31. Масік О. І. Стан загальноадаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків. Український неврологічний журнал. 2016. № 2. С. 86-90. URL: http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu.gov/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=UNJ_2016_2_15 (дата звернення: 20.11.2022).
32. Методичні рекомендації щодо запобігання та протидії насильству: Лист МОН України від 18.05.2018 № 1/11-5480. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5480729-18#Text> (дата звернення: 20.11.2022).
33. Міхеєнко О. І. Загальна теорія здоров'я: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2017. 156 с. URL: <https://zdorovya.stu.cn.ua/wp-content/uploads/%D0%97%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0-%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F.pdf> (дата звернення: 20.11.2022).

34. Мозгова Г.П. Психосоматика та психологія здоров'я: комплекс робочих навчальних програм (для підготовки студентів спеціальності 053 — Психологія) освітньої програми «Психосоматика та психологія здоров'я» освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» та освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр»). Авт. кол. кафедри психосоматики та психологічної реабілітації факультету психології. Вид. 2 - К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2020. 427 с.

35. Мозгова Г.П. Психосоматика та психологія здоров'я: комплекс робочих навчальних програм. К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2020. 427 с. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/31844/Psykhosomatyka%20Ta%20Psykhoholohiia%20Zdorovia.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 20.11.2022).

36. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с. URL: http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/34198/Mozghova_Khanetska_Yakymchuk.pdf;jsessionid=4FBFFC86C1318657F7630A8862C14950?sequence=1 (дата звернення: 20.11.2022).

37. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

38. Недомовна В. Діти з особливими потребами: психологопедагогічний супровід в умовах загальноосвітнього закладу. Директор школи. Шкільний світ. 2016. № 9. С. 97-100.

39. Омельченко І. М. Особливості когнітивного компонента соціальної перцепції у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем. Психологічні проблеми сприймання: матеріали XX Всеукраїнської науково-практичної конференції (25 травня 2020 року, м. Київ) / за ред. В.О. Моляко. К: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. С. 81-86. URL: https://lib.iitta.gov.ua/721799/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_2020_2.pdf (дата звернення: 20.11.2022).

40. Опанасюк І.В. Арт-терапія як метод розвитку емоційного інтелекту в старшому шкільному віці. Актуальні проблеми психології. 2017. том 9, випуск 13. С. 582-591. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v9/i13/56.pdf> (дата звернення: 20.11.2022).

41. Орловська О.А. Казкотерапія у роботі із постраждалими від АТО. Психологічні проблеми сприймання: матеріали XX Всеукраїнської науково-практичної конференції (25 травня 2020 року, м. Київ) / за ред. В.О. Моляко. К: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. С. 86-90. URL: https://lib.iitta.gov.ua/721799/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_2020_2.pdf (дата звернення: 20.11.2022).

42. Панчишин Н. Я., Смірнова В.Л., Галицька-Хархаліс О.Я. Захворюваність дитячого населення України та чинники, які впливають на здоров'я дітей. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2011. № 2. С. 131-132.

43. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість. 2017. № 2 (12). С. 137-147. URL: <https://oaji.net/articles/2017/1815-1505924022.pdf> (дата звернення: 20.11.2022).

44. Перцева Т. О., Огоренко В. В. Актуальні проблеми сімейного насильства: колект. Монографія. Дніпро : Ліра, 2021. 187 с.

45. Пипа Л. В., Пілюйко Н. В., Філик А. В. та ін. Динаміка загальноадаптивних реакцій організму та показників крові у дітей із рецидивуючими бронхітами в умовах санаторно-курортної реабілітації. Клінічні дослідження – міждисциплінарна проблема. Дитячий лікар. 2014. № 7 (36). С. 1-5.

46. Пихтіна Н.П. Профілактика негативних проявів у поведінці дітей. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. 376с.

47. Подоляк Н.М. Особливості локусу контролю у осіб з різним рівнем асертивності. Педагогічне проектування як засіб становлення і розвитку ключових компетентностей суб'єктів освітнього простору: доп. всеукр. наук.-практ. конф. тези. Запоріжжя, 2010. С. 181-187.

48. Проективна методика «Неіснуюча тварина». URL: <https://dytpsyholog.com/2015/02/14/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0-%D0%BD%D0%B5%D1%96%D1%81%D0%BD%D1%83%D1%8E%D1%87%D0%B0-%D1%82%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8/> (дата звернення: 27.11.2022).

49. Проективна методика для діагностики шкільної тривожності (А. М. Прихожан). URL: <https://vseosvita.ua/library/proektivna-metodika-dla-diagnostiki-skilnoi-trivoznosti-amprihozan-457815.html> (дата звернення: 27.11.2022).

50. Прохоренко Л.І. Формування саморегуляції навчальної діяльності школярів із затримкою психічного розвитку. Особлива дитина: навчання і виховання. 2017. № 2. С. 7-16.

51. Психосоматичні розлади. Клінічна та медична психологія. Лекція 8. URL: http://vnzmpu.com.ua/images/pdf/%D0%90%D0%A2%D0%95%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF_2021/4_%D0%9A%D0%A3%D0%A0%D0%A1_%D0%9F%D0%A1/%D0%9A%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D1%82%D0%B0_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97_%D1%82%D0%B0_%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F/%D0%9F%D0%A1-4_%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%81.%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97.%D0%9A%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D1%82%D0%B0_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.pdf (дата звернення: 20.11.2022).

52. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами: Навчально-методичний посібник у 9 книгах / За заг.ред. А. Колупасової. Київ : ТОВ ВПЦ Літопис-XX, 2010. 363 с.

53. Руденко Л. М. Вплив сім'ї на формування агресивної поведінки у дітей з розумовою відсталістю. Імідж сучасного педагога. 2015. № 3. С. 35-39.

54. Руденко Л. М. Клініко-психологічні аспекти класифікації розладів поведінки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2010. Вип. 16. С. 309-312.

55. Руденко Л. М. Основні підходи до психокорекції агресивної поведінки у розумово відсталих дітей. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 23. С. 379-384.

56. Руденко Л. М. Процесуальні характеристики агресивної поведінки. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2012. Вип. 21. С. 418-424.

57. Середюк Т. В. Сучасні наукові підходи до виділення чинників психологічного ризику в освітньому процесі, що зумовлюють появу шкільних стресів у дітей. Психологічні науки. 2017. Випуск 5(50) с. 102-110. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/18576/Seredyuk.pdf?sequence=1> (дата звернення: 20.11.2022).

58. Серомаха Н. Є. Дослідження результатів впровадження програми корекції поведінки розумово відсталих молодших школярів у позакласній роботі. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 23. С. 231-233.

59. Серомаха Н. Є. Особливості поведінки розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку в ситуаціях фрустрації. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2012. Вип. 21. С. 424-428.

60. Серомаха Н. Є. Психологічні умови корекції поведінки в ситуаціях фрустрації розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 19(2). С. 180-187.

61. Скрипник Т.В. Системна психокорекція дітей з розладами аутичного спектра. Педагогічна і психологічна наука в Україні : зб. наук. праць в 5 т. Т. 2 : Психологія, вікова фізіологія та дефектологія. К.: Педагогічна думка, 2012. С.388-398.

62. Спицька Л. Соціально-психологічна специфіка тривожних та депресивних кластерів афективних розладів у осіб зрілого віку. Вісник прикарпатського університету: філософські і психологічні науки. 2019. Том 1. № 22. С. 91-96. URL: doi: 10.15330//vpufrn.22.25-32 (дата звернення: 20.11.2022).

63. Старинець Н. Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини. Вісн. морфол. 2013. Т. 19, № 1. С. 220-225.

64. Терлецька Л.Г. Психологія здоров'я: арт-терапевтичні технології: навчальний посібник. Київ : видавничий дім «Слово». 2016. 128 с.

65. Тест руки Вагнера – діагностика агресивності. URL: <https://vseosvita.ua/library/test-ruki-vagnera-diagnostika-agresivnosti-457794.html> (дата звернення: 27.11.2022).

66. Федоренко М. В., Кахно Н.Ю. Шляхи оптимізації диференційної діагностики порушень психічного розвитку у дітей в діяльності психологомедико-педагогічних консультацій. Логопедія. 2015. № 7. С. 90-95.

67. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ: Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.

68. Хіля А.В. Виховання у дітей з функціональними обмеженнями ціннісного ставлення до життя засобами арт-терапії : автореф. дис. На здобуття наук. Ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання». Вінниця, 2017. 22 с.

69. Хомич Г.О., Васько Н.М. Дослідження проблеми емоційних порушень у дитячому віці. Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. Вип. 10 : збірник наукових праць. Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. С. 202-207.
70. Христова Т.Є., Казакова С.М., Казаков Є.О. Танцювально-рухова терапія у фізичній реабілітації дітей, хворих на бронхіальну астму. Вісник Запорізького національного університету. 2012. № 1(7). с. 189-196.
71. Шульженко Д.І. Емпіричне дослідження особливостей емоційної регуляції у дітей з затримкою психічного розвитку. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2013. Вип. 22 (2). С. 294-304.
72. Шульженко Д.І. Етична та психокорекційна складові інклюзивної системи навчання учнів із інтелектуальними та аутистичними порушеннями. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018. № 35. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. С. 173-180
73. Юрків Я.І. Арттерапевтичні методики як засіб реабілітації розумово відсталих дітей. Соціальна педагогіка: теорія та практика. 2007. № 2. С. 59-66.
74. Якимчук О., Ханецька Т. Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2021. Випуск 14 (59). URL: <https://sj.npu.edu.ua/index.php/pn/article/view/1095> (дата звернення: 20.11.2022).
75. Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman R.E., Spreen M., Ket J.C.F., Vink A.C., et al. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. №11:CD004517
76. Amen E. W., Renison N. (1954). A study of the relationship between play patterns and anxiety in young children. Genetic Psychology Monographs, 50. P. 3-41.
77. Ataseven E. The Effects of Art Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy Applications on Symptom Profile, Insight and Social Functioning

in Chronic Schizophrenia Patients Inpatients in Chronic Services. İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2018

78. Attard A, Larkin M. Art therapy for people with psychosis: A narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*. 2016. №3(11). p:1067-1078

79. Aydın B. Medical art therapy. *Uurrent Approaches in Psychiatry*. 2012. № 4(1). P.69

80. Bhatt K. B., Apidechkul T., Srichan P., Bhatt N. Depressive symptoms among orphans and vulnerable adolescents in childcare homes in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020. № 20: 466. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7517808/> (дата звернення: 20.11.2022).

81. Bosgraaf L., Spreen M., Pattiselanno K., van Hooren S. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. *Front Psychol*. 2020. №11. 584685. doi: 10.3389/fpsyg.2020.584685. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7578380/>

82. Bradt J., Shim M., Goodill S.W. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;1:CD007103.

83. Brill N., Storrow H. A. Prognostic factors in psychotherapy. 1963. *Psychology, Medicine*. *JAMA*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14040830/> (дата звернення: 20.11.2022).

84. Brill S. R., Patel D. R., MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian J Pediatr*. 2001. Jul. № 68(7). P.597-603. doi: 10.1007/BF02752270. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11519281/> (дата звернення: 20.11.2022).

85. Catani C., Jacob N., Schauer E., Kohila M., Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2008. №8: 33. URL:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2386780/> (дата звернення: 20.11.2022).

86. Chang W-L, Liu Y-S, Yang C-F. Drama therapy counseling as mental health care of college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. № 16(19):3560

87. Circle-of-Willis. URL: <https://www.britannica.com/science/circle-of-Willis> (дата звернення: 20.11.2022).

88. Jernbro C., Svensson B., Tindberg Y., Janson S. Multiple psychosomatic symptoms can indicate child physical abuse - results from a study of Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr*. 2012 Mar. №101(3). p. 324-329. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02518.x. Epub 2011 Nov 22. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22054216/> (дата звернення: 20.11.2022).

89. Jindal R. D., Jennings J. R. Specialty grand challenge. *Front. Psychiatry. Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics*. 2010. 24 September. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2010.00131> (дата звернення: 20.11.2022).

90. Kahraman M.E., Bostancıoğlu B. Art therapy method and techniques health – Effects on improvement power. *Journal of Beykoz Academy*. 2017. № 5(2). P.150-162

91. Makeeva N., Penkov A., Marabyan R., Kholodova M., Vashava I. PO-0941. The Causes Of Psychosomatic Disorders In Children. *BMJ*. Volume 99, Issue Suppl 2. URL: https://adc.bmj.com/content/99/Suppl_2/A558.2 (дата звернення: 20.11.2022).

92. Mollaoğlu S., Mollaoğlu M., Yanmış S. Art Therapy with the Extent of Health Promotion. 2022. DOI: 10.5772/intechopen.105368. URL: <https://www.intechopen.com/chapters/82189> (дата звернення: 27.11.2022).

93. Nainis N, Paice L, Ratner J, et al. Relieving Symptoms in cancer: Innovaite use of art therapy. *Jpain Symptom Management*. 2016. №31. P.162-169

94. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: The NICE guideline on treatment and management. *NICE Clinical Guideline 178*. 2014. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

95. Oepen R, Gruber H. An art therapy project day to promote health for clients from burnout self-help groups - an exploratory study. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 2013. № 64(07). P.268-274
96. Pérez-Rincón H. Pierre Janet, Sigmund Freud and Charcot's psychological and psychiatric legacy. *Front Neurol Neurosci*. 2011. № 29:115–24. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20938151> (дата звернення: 20.11.2022).
97. Rickert V. I., Jay M. S. Psychosomatic Disorders: The Approach. *Pediatr Rev*. 1994. №15 (11). P. 448-454. URL: <https://doi.org/10.1542/pir.15-11-448> (дата звернення: 20.11.2022).
98. Sargent J. *General Hospital Psychiatry*. 1983. Volume 5, Issue 1, April 1983, Pages 41-48. URL: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(83\)90043-9](https://doi.org/10.1016/0163-8343(83)90043-9) (дата звернення: 20.11.2022).
99. Savazzi F. Art, colors, and emotions treatment (ACE-t): A pilot study on the efficacy of an art-based intervention for people with Alzheimer's Disease. *Frontier in Psychology*. 2020.№ 11:1467
100. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. 2005 *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. №40(7). P.580-587. DOI:10.1007/s00127-005-0930-1. URL: https://www.researchgate.net/publication/7720006_Socioeconomic_status_as_a_cause_and_consequence_of_psychosomatic_symptoms_from_adolescence_to_adulthood (дата звернення: 20.11.2022).
101. WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096> (дата звернення: 27.11.2022).
102. Willis T. *Diabetes: A Medical Odyssey*. New York: Tuckahoe. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=19446647> 1971. (дата звернення: 27.11.2022).
103. World Health Organization. *Arts and Health*. 2021. URL: <https://www.who.int/initiatives/arts-and-health> (дата звернення: 27.11.2022).

ДОДАТКИ

Додаток А

ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ШКІЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

(А.М.ПРИХОЖАН) (ШКІЛЬНА ТРИВОЖНІСТЬ)

Інструкція до тесту

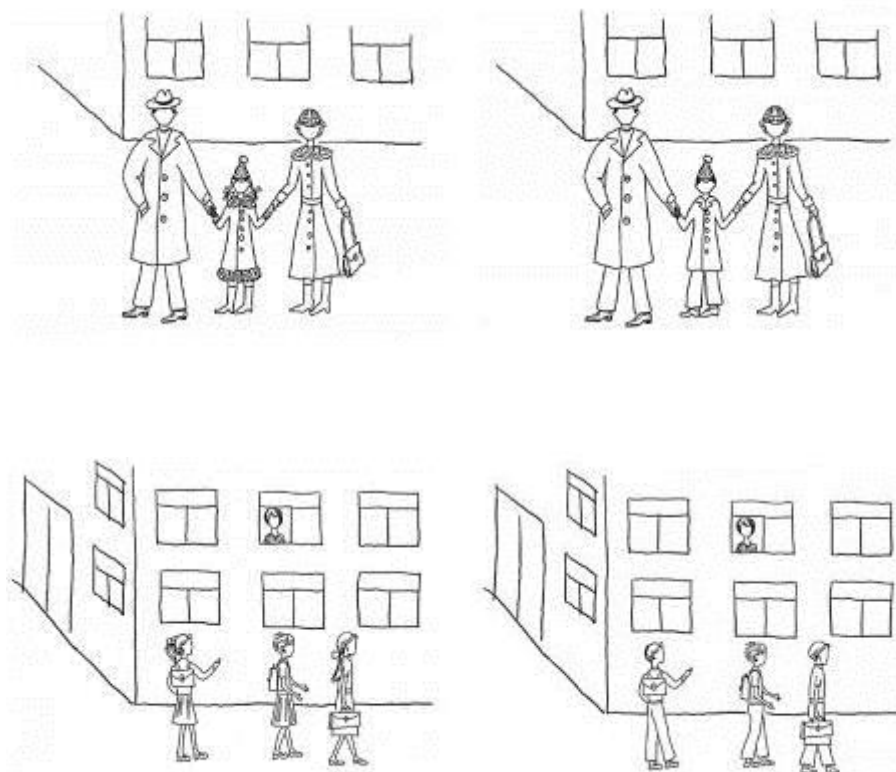
Зараз ти вигадуватимеш розповіді по картинках. Малюнки у мене не зовсім звичайні. Подивися, всі – і дорослі, і діти – намальовані без осіб. (Пред'являється картинка № 1.) Це зроблено спеціально, щоб цікавіше було вигадувати. Я показуватиму тобі картинки, їх всього 12, а ти повинен придумати, який у хлопчика (дівчинки) на кожному малюнку настрій і чому в нього такий настрій. Ти знаєш, що настрої відбивається у нас на обличчі. Коли у нас гарний настрій, обличчя у нас веселе, радісне, щасливе, а коли погане – сумне, сумне. Я покажу тобі картинку, а ти мені розкажеш, яке у хлопчика (дівчинки) обличчя – веселе, сумне чи якесь ще, і поясниш, чому у нього чи її таке обличчя.

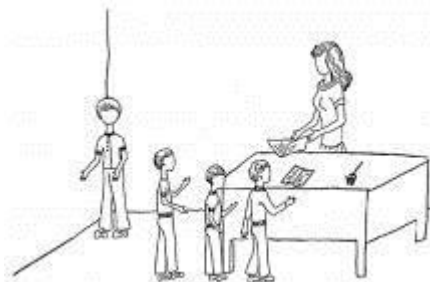
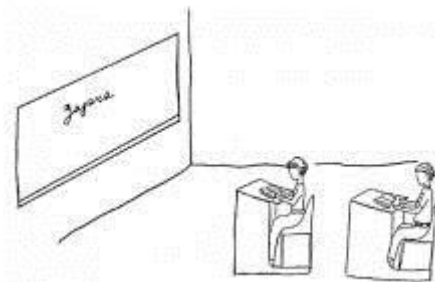
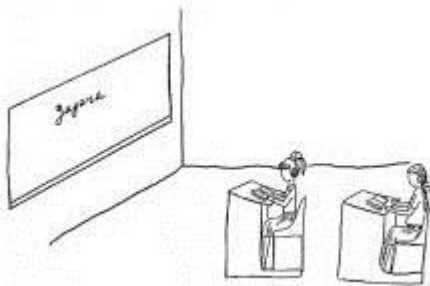
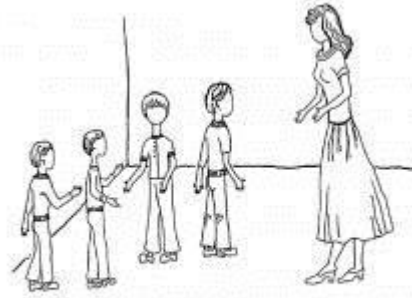
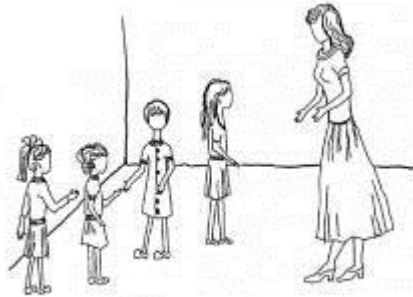
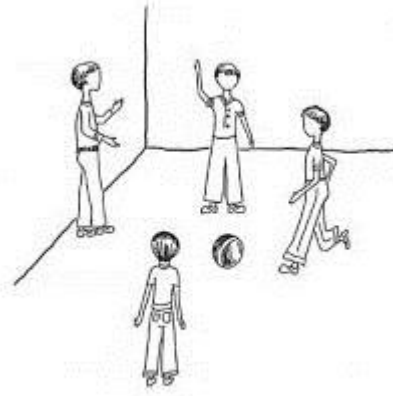
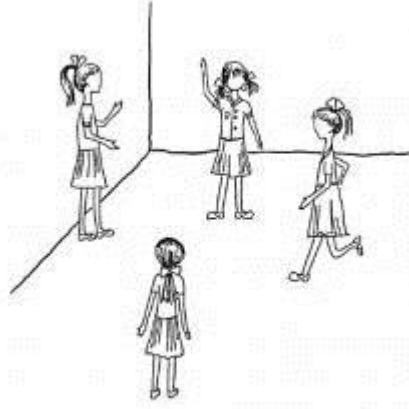
Виконання завдання на картинці №1 сприймається як тренувальне. У ході його можна повторювати інструкцію, домагаючись, щоб дитина її засвоїла.

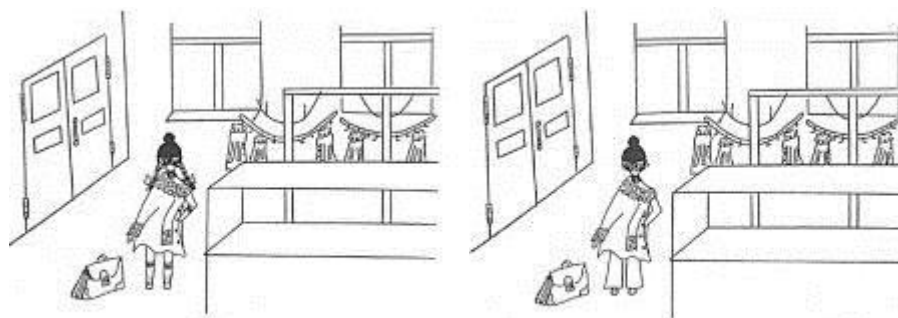
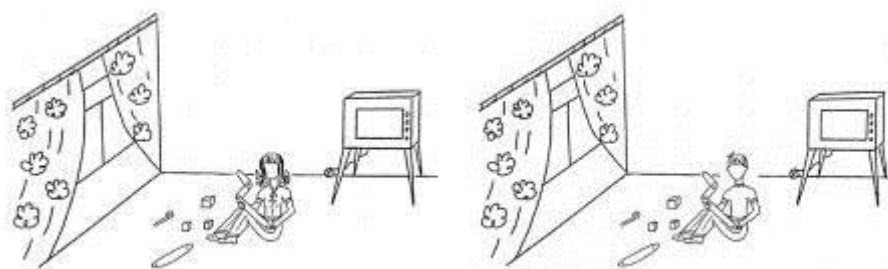
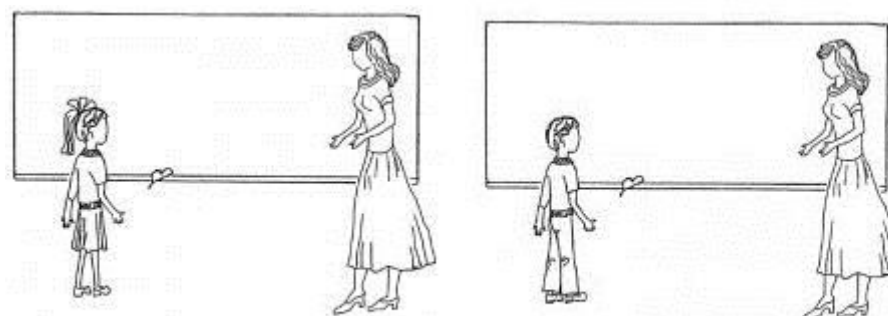
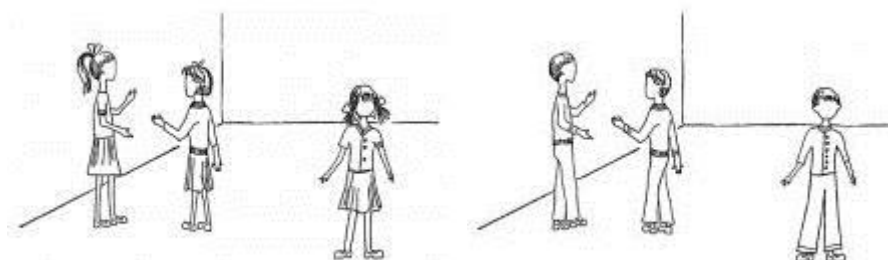
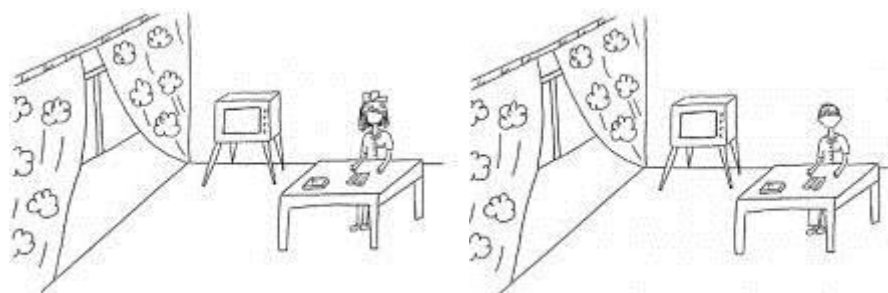
Потім послідовно пред'являються малюнки №2-12. Перед поданням кожної повторюються питання: Яке у дівчинки (хлопчика) обличчя? Чому в нього таке обличчя?

Перед пред'явленням картинок №2, 3, 5, 6, 10 дитині попередньо пропонується вибрати одного з персонажів-дітей та розповісти про нього.

Тестовий матеріал







Обробка результатів тесту

Оцінюються відповіді на 10 картинок (№2-11). Картинка №1 – тренувальна, №12 виконує «буферну» функцію та призначена для того, щоб дитина закінчила виконання

завдання позитивною відповіддю. Водночас слід звернути увагу на рідкісні випадки (за даними *А.М.Прихожан* , не більше 5-7%), коли дитина на картинку №12 дає негативну відповідь. Такі випадки вимагають додаткового аналізу та мають бути розглянуті окремо.

Загальний рівень тривожності обчислюється за «неблагополучними» відповідями піддослідних, що характеризує настрій дитини на картинці як сумний, сумний, сердитий, нудний. Тривожним можна вважати дитину, яка дала 7 і більше подібних відповідей із 10.

Порівнюючи відповіді випробуваного з його інтерпретацією картинки, а також аналізуючи вибір героя на картинках з декількома дітьми (наприклад, на картинці № 6 – чи вибирає він учня на першій парті, який вирішив завдання, чи учня на другій парті, який не вирішив її), можна отримати багатий матеріал для якісного аналізу даних

ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА «НЕІСНУЮЧА ТВАРИНА»

Ціль: діагностика особистісних особливостей.

Опис: методика є проектною, т.к. не має стимульного матеріалу та не є стандартизованою. Методика використовується при обстеженні дітей та дорослих як орієнтовна методика, дані якої допомагають висунути гіпотезу про особливості особистості. Усі ознаки інтерпретуються символічно.

Процедура проведення: Пропонується лист А4, середня товщина, простий олівець, 6 кольорових, гумка, точила.

Інструкція: "Придумайте та намалуйте тварину, яка не існує, її не існувало раніше ні в кіно, ні в мультфільмах, ні в казках, ні в комп'ютерних іграх та назви неіснуючою назвою".

Психолог зазначає всі реакції:

- вербальні;
- невербальні;
- стирання та до чого вони призводять;
- Порядок малювання об'єктів, наявність пауз.

Після закінчення малювання йому пропонують придумати назву та відповіді на запитання: (уточнення малюнка, бесіда: де живе, з ким, чим харчується, яке воно за характером, настрої у нього, що любить, а що ні, чи є друзі, вороги, як з ними бореться, чого боїться).

Уяви, що воно зустріло чарівника, який може виконати три бажання і що воно загадає. Аналіз даних проводиться шляхом інтерпретації малюнка та особливості оповідання.

Ознаки агресії малюнку:

- гострі імпульсні лінії, сильний натиск;
- загальний характер агресивний нападник;
- Наявність агресивних пристосувань (кігті, шипи, голки, пластини і т.д.)
- вербальна агресія (жало, паша, зуби, вивергає вогонь)

Іноді тварина має агресивними пристосуваннями, але характер використання вказуватиме не на агресію, а на страх агресії. Розпізнати це допоможе інтерпретація розмови. Якщо дитина каже, що це потрібно, щоб захищатися, оборонятися тощо, то можна говорити про страх агресії.

Ознаки агресії у оповіданні:

- Злий характер;
- харчується тваринами, людьми;
- очевидні вказівки на агресію (руйнувати, ламати, вбиває, поїдає), причому, якщо ознаки агресії немає у поведінці, а малюнку, оповіданні вони виявлено – це агресія придушена;
- віддалене місце проживання;
- Самотність тварини.

Інтерпретація.

Загальні зауваження.

Метод інтерпретації малюнкових тестів, у тому числі і "Малюнок неіснуючої тварини" побудований на теорії психомоторного зв'язку. Для реєстрації стану психіки використовується дослідження моторики (зокрема, моторики домінантної правої руки, що малює, зафіксованої у вигляді графічного сліду руху, малюнка). По І.М. Сеченову, всяке уявлення, що виникає в психіці, будь-яка тенденція, пов'язана з цим уявленням, закінчується рухом (буквально: "Будь-яка думка закінчується рухом").

Якщо реальний рух з якоїсь причини не здійснюється, то у відповідних групах м'язів підсумовується певна напруга енергії, необхідної для здійснення руху у відповідь (на уявлення - думка). Так, наприклад, образи та думки-уявлення, що викликають страх, стимулюють

напругу в групах ножної мускулатури та в м'язах рук, що виявилось б необхідним у разі відповіді на страх втечею або захистом за допомогою рук – вдарити, заслонитися.

Тенденція руху має напрямок у просторі: видалення, наближення, нахил, випрямлення, підйом, падіння. При виконанні малюнка лист паперу (чи полотно картини) є модель простору і, крім стану м'язів, фіксує ставлення до простору, тобто. що виникає тенденцію.

Простір, у свою чергу, пов'язаний з емоційним забарвленням переживання та тимчасовим періодом: сьогоднішнім, минулим, майбутнім. Пов'язано воно також із дієвістю чи ідеально-мислительним планом роботи психіки. Простір, розташований ззаду і ліворуч від суб'єкта, пов'язаний з минулим періодом та бездіяльністю (відсутністю активного зв'язку між думкою-уявленням, плануванням та його здійсненням). Права сторона, простір спереду та вгорі пов'язані з майбутнім періодом та дієвістю. На аркуші (моделі простору) ліва сторона та низ пов'язані з негативно забарвленими та депресивними емоціями, з невпевненістю та пасивністю. Права сторона (що відповідає домінантній правій руці) - з позитивно забарвленими емоціями, енергією, активністю, конкретністю дії.

Положення малюнка на аркуші.

У нормі малюнок розташований по середній лінії вертикально поставленого аркуша. Лист паперу найкраще взяти білий або трохи креманий, неглянцевий. Користуватися олівцем середньої м'якості; ручкою та фломастером малювати не можна.

Положення малюнка ближче до верхнього краю листа (чим ближче, тим паче виражено) сприймається як висока самооцінка, як невдоволення своїм становищем у соціумі, недостатністю визнання із боку оточуючих, як претензія просування і визнання, тенденція до самоствердження.

Положення малюнка в нижній частині - зворотна тенденція: невпевненість у собі, низька самооцінка, пригніченість, нерішучість, незацікавленість у своєму становищі в соціумі, визнання, відсутність тенденції до самоствердження.

Центральна смислова частина фігури (голова або деталь, що її заміщає). Голова повернена вправо — стійка тенденція до діяльності, дієвості: майже все, що обмірковується, планується, здійснюється або принаймні починає здійснюватися (якщо навіть не доводиться до кінця). Випробуваний активно переходить до реалізації своїх планів, нахилів.

Голова повернута вліво — тенденція до рефлексії, до роздумів. Не людина дії: лише незначна частина задумів реалізується чи хоча б починає реалізуватися. Нерідко також страх перед активною дією і нерішучість (варіант: відсутність тенденції до дії або страх активності слід вирішити додатково).

Становище "анфас", тобто. голова спрямована на малює (на себе), трактується як егоцентризм. На голові розташовані деталі, що відповідають органам почуттів - вуха, рот, очі. Значення деталі "вуха" - пряме: зацікавленість у інформації, значимість думки оточуючих себе.

Додатково за іншими показниками та їх поєднанням визначається, чи робить піддослідний щось для завоювання позитивної оцінки або лише продукує на оцінки оточуючих відповідні емоційні реакції (радість, гордість, образа, прикрість), не змінюючи своєї поведінки. Розкритий рот у поєднанні з язиком за відсутності промальовування губ трактується як велика мовна активність (болтливність), у поєднанні з промальовуванням губ - як чуттєвість; іноді і те, й інше разом. Відкритий рот без промальовування язика та губ, особливо закреслений, трактується як легкість виникнення побоювань та страхів, недовіри. Рот із зубами — вербальна агресія, здебільшого — захисна (огризається, задирається, грубить у відповідь звернення щодо нього негативного властивості, засудження, осуд). Для дітей та підлітків характерний малюнок закресленого рота округлої форми (боязливність, тривожність).

Особливого значення надають очам. Це символ притаманного людині переживання страху: підкреслюється різким промальовуванням райдужної оболонки. Звернути увагу на наявність або відсутність вій. Вії - істероїдно-демонстративні манери поведінки; для чоловіків: жіночні риси характеру з промальовуванням зіниці та райдужки збігаються рідко. Вії - також

зацікавленість у захопленні оточуючих зовнішньою красою і манерою одягатися, надання цьому великого значення.

Збільшений (щодо постаті загалом) розмір голови свідчить, що випробуваний цінує раціональне початок (можливо, і ерудицію) у собі і оточуючих.

На голові також іноді розташовуються додаткові деталі: роги – захист, агресія. Визначити за поєднанням з іншими ознаками - кігтями, щетиною, голками - характер цієї агресії: спонтанна або захисно-відповідь. Пір'я-тенденція до самоприкраси та самовиправдання, до демонстративності. Грива, шерсть, подоба зачіски - чуттєвість, підкреслення своєї статі та іноді орієнтування на свою сексуальну роль.

Несуча, опорна частина фігури.

До неї відносяться (ноги, лапи, іноді – постамент). Розглядається ґрунтовність цієї частини по відношенню до розмірів усієї фігури та за формою:

а) обґрунтованість, обдуманість, раціональність прийняття рішення, шляхи до висновків, формування судження, опора на суттєві положення та значущу інформацію;

б) поверховість суджень, легковажність у висновках та безпідставність суджень, іноді імпульсивність прийняття рішення (особливо за відсутності або майже відсутності ніг).

Звернути увагу на характер з'єднання ніг з корпусом: точно, ретельно або недбало, слабо з'єднані або не з'єднані зовсім – це характер контролю над міркуваннями, висновками, рішеннями. Однотипність та односпрямованість форми лап, будь-яких елементів опорної частини - конформність суджень та установок у прийнятті рішень, їх стандартність, банальність. Різноманітність у формі та становищі цих деталей - своєрідність установок та суджень, самостійність та небанальність; іноді навіть творчий початок (відповідно незвичайності форми) чи інакомислення (ближче до патології).

Частини піднімаються над рівнем фігури.

Вони можуть бути функціональними або прикрашаючими: крила, додаткові ноги, щупальця, деталі панцира, пір'я, бантики на кшталт завитків-кудрів, квітково-функціональні деталі - енергія охоплення різних областей людської діяльності, впевненість у собі, "саморозповсюдження" з недбалим і нерозбірливим, або допитливістю, бажання брати участь як можна переважно справ оточуючих, завоювання собі місця під сонцем, захопленість своєю діяльністю, сміливість підприємств (відповідно значенню Деталі-символу — крила чи щупальця тощо.). Декоративні деталі — демонстративність, схильність привертати увагу оточуючих, манерність (наприклад, кінь або його неіснуюча подоба в султані з павича пір'я).

Хвости.

Виражають ставлення до власних дій, рішень, висновків, своєї вербальної продукції — судячи з того, чи повернені ці хвости вправо (на аркуші) або вліво. Хвости повернені вправо - ставлення до своїх дій та поведінки. Ліворуч - ставлення до своїх думок, рішень; до втрачених можливостей, до власної нерішучості. Позитивне або негативне забарвлення цього відношення виражена напрямком хвостів вгору (впевнено, позитивно, бадьоро) або падаючим рухом вниз (невдоволення собою, сумнів у власній правоті, жаль про зроблене, сказане, каяття тощо). Звернути увагу на хвости, що складаються з декількох ланок, що іноді повторюються, на особливо пишні хвости, особливо довгі і іноді розгалужені.

Контури фігури.

Аналізуються за наявністю або відсутністю виступів (типу щитів, панцирів, голок), промальовування та затемнення лінії контуру. Це захист від оточуючих, агресивний - якщо він виконаний в гострих кутах; зі страхом і тривогою - якщо має місце затемнення, "забруднення" контурної лінії; з побоюванням, підозрілістю - якщо виставлені щити, "заслони", лінія подвоєна. Спрямованість такого захисту — відповідно до просторового розташування: верхній контур фігури — проти вищих, проти осіб, які мають можливість накласти заборону, обмеження, здійснити примус, тобто. проти старших віком, батьків, вчителів, начальників, керівників; нижній контур - захист проти глузування, невизнання, відсутності авторитету у нижчестоящих підлеглих, молодших, страх осуду; бічні контури - недиференційована небезпечність і готовність до самозахисту будь-якого порядку та в різних ситуаціях; те саме -

елементи "захисту", розташовані не по контуру, а всередині контуру, на самому корпусі тварини. Справа – більше у процесі діяльності (реальної), ліворуч – більший захист своїх думок, переконань, смаків.

Спільна енергія.

Оцінюється кількість зображених деталей — чи необхідна кількість, щоб дати уявлення про придуману неіснуючу тварину (тіло, голова, кінцівки або тіло, хвіст, крила тощо): із заповненим контуром, без штрихування та додаткових ліній та частин, просто примітивний контур, або має місце щедре зображення не тільки необхідних, але ускладнюють конструкцію додаткових деталей. Відповідно, чим більше складових частин та елементів (крім найнеобхідніших), тим вища енергія. У протилежному випадку - економія енергії, астеничність організму, хронічне соматичне захворювання (те саме підтверджується характером лінії - слабка павутиноподібна лінія, "возить олівцем по паперу", не натискаючи на нього). Зворотний характер ліній - жирна з натиском - не є полярним: це не енергія, а тривожність. Слід звернути увагу на різко продавлені лінії, видимі навіть на звороті листа (судомний, високий тонус м'язів руки, що малює) - різка тривожність. Звернути увагу також на те, яка деталь, який символ виконаний таким чином (тобто прив'язана тривога).

Лінії.

Оцінка характеру лінії (дубляж лінії, недбалість, неакуратність з'єднань, "острівці" з ліній, що знаходяться один на одного, зачорніння частин малюнка, "забруднення", відхилення від вертикальної осі, стереотипності ліній і т.д.). Оцінка здійснюється так само, як і під час аналізу піктограми. Те саме — фрагментарність ліній та форм, незакінченість, обірваність малюнка.

Типи тварин.

Тематично тварини діляться на загрозливих, загрозливих і нейтральних (подобі лева, бегемота, вовка чи птиці, равлики, мурахи, або білки, собаки, кішки). Це ставлення до власної персони і до свого "Я", уявлення про власне становище у світі, як би ідентифікація себе за значущістю (із зайцем, козиркою, слоном, собакою і т.д.). У даному випадку тварина, що малюється, — представник самого малюючого.

Уподібнення малюваної тварини людині, починаючи з постановки тварини в положення прямоходіння на дві лапи, замість чотирьох або більше, і закінчуючи одяганням тварини в людський одяг (штани, спідниці, банти, пояси, сукня), включаючи схожість морди на обличчя, ніг та лап на руки, що свідчить про інфантильність, емоційну незрілість, відповідно до ступеня вираженості "олюднення" тварини. Механізм подібний до алегоричного значення тварин та їх характерів у казках, притчах тощо.

Агресивність.

Ступінь агресивності виражена кількістю, розташуванням та характером кутів у малюнку, незалежно від їх зв'язку з тією чи іншою деталлю зображення. Особливо вагомими щодо цього прямі символи агресії — пазурі, зуби, дзьоби. Слід звернути увагу також на акцентування сексуальних ознак - вимені, сосків, грудей при людиноподібній фігурі та ін. Це ставлення до статі, аж до фіксації на проблемі сексу.

Фігура кола (особливо - нічим не заповненого) символізує і висловлює тенденцію до скритності, замкнутість, закритість свого внутрішнього світу, небажання давати відомості про себе оточуючим, нарешті, не піддаватися тестуванню. Такі малюнки зазвичай дають дуже обмежену кількість даних для аналізу.

Звернути увагу на випадки вмонтування механічних частин у тіло "тварини" - постановка тварини на постамент, тракторні або танкові гусениці, триніжок; прикріплення до голови пропелера, гвинта; вмонтування в око електролампи, в тіло та кінцівки тварини — рукояток, клавіш та антен. Це спостерігається частіше у хворих на шизофренію та глибоких шизоїдів.

Творчі здібності.

Виражені зазвичай кількістю елементів, що поєднуються у фігурі: банальність, відсутність творчого початку набувають форми "готової", існуючої тварини (люди, коні, собаки, свині, риби), до якої лише додається "готова" існуюча деталь, щоб намальована тварина стала неіснуючою - кішка з крилами, риба з пір'ям, собака з лапами тощо. Оригінальність виявляється у формі побудови фігури з елементів, а не цілих заготовок.

HAND-TEST (тест "Рука" Е.Е. Вагнера)

Призначення тесту.

Тест "Рука" Е.Е. Вагнера призначена для діагностики агресивності. Методика може використовуватись для обстеження як дорослих, так і дітей .

Опис тесту.

Тест опублікований Б.Брайкліном, З.Піотровським та Е.Вагнером у 1962 році. Ідея тесту належить Е.Вагнеру.

У теоретичному обґрунтуванні автори виходять із положення про те, що розвиток функції руки пов'язаний з розвитком головного мозку. Велике значення руки у сприйнятті простору, орієнтації у ньому, необхідні будь-якої дії. Рука безпосередньо залучена до зовнішньої активності. Отже, пропонуючи обстежуваним як візуальні стимули зображення руки, що виконує різні дії можна зробити висновки про тенденції активності обстежуваних.

Методичний прийом, покладений основою тесту руки, у тому, що випробуваного просять проінтерпретувати зміст дії, представленого як «стоп-кадра» зображення кисті руки, соціально нейтрального і який не має будь-якої смислового навантаження. Передбачається, що включення елемента в контекст ширшого виду активності і сам вибір цього виду активності відбувається за механізмом проекції і значною мірою визначається готівковим станом випробуваного і, зокрема, його активними мотивами.

Інструкція для тесту.

«Уважно розгляньте пропоновані Вам зображення та скажіть, що, на Вашу думку, робить ця рука?»

Якщо випробуваний вагається з відповіддю, йому запитується: «Як Ви думаєте, що робить людина, якій належить ця рука? На що здатна людина з такою рукою? Назвіть усі варіанти, які можете собі уявити.

Примітка

Стимульний матеріал – стандартні 9 зображень кисті руки та одна без зображення (подібно до порожньої картки в Тематичному Тесті Апперцепції), при показі якої просять представити кисть руки та описати її уявні дії.

Зображення пред'являються у певній послідовності та положенні.

При нечіткому та недвозначному відповіді просять пояснення, запитують: «Добре, а що ще?», але не нав'язують жодних специфічних відповідей. Якщо експериментатор відчуває, що його дії зустрічають опір, то рекомендується перейти до іншої картки.

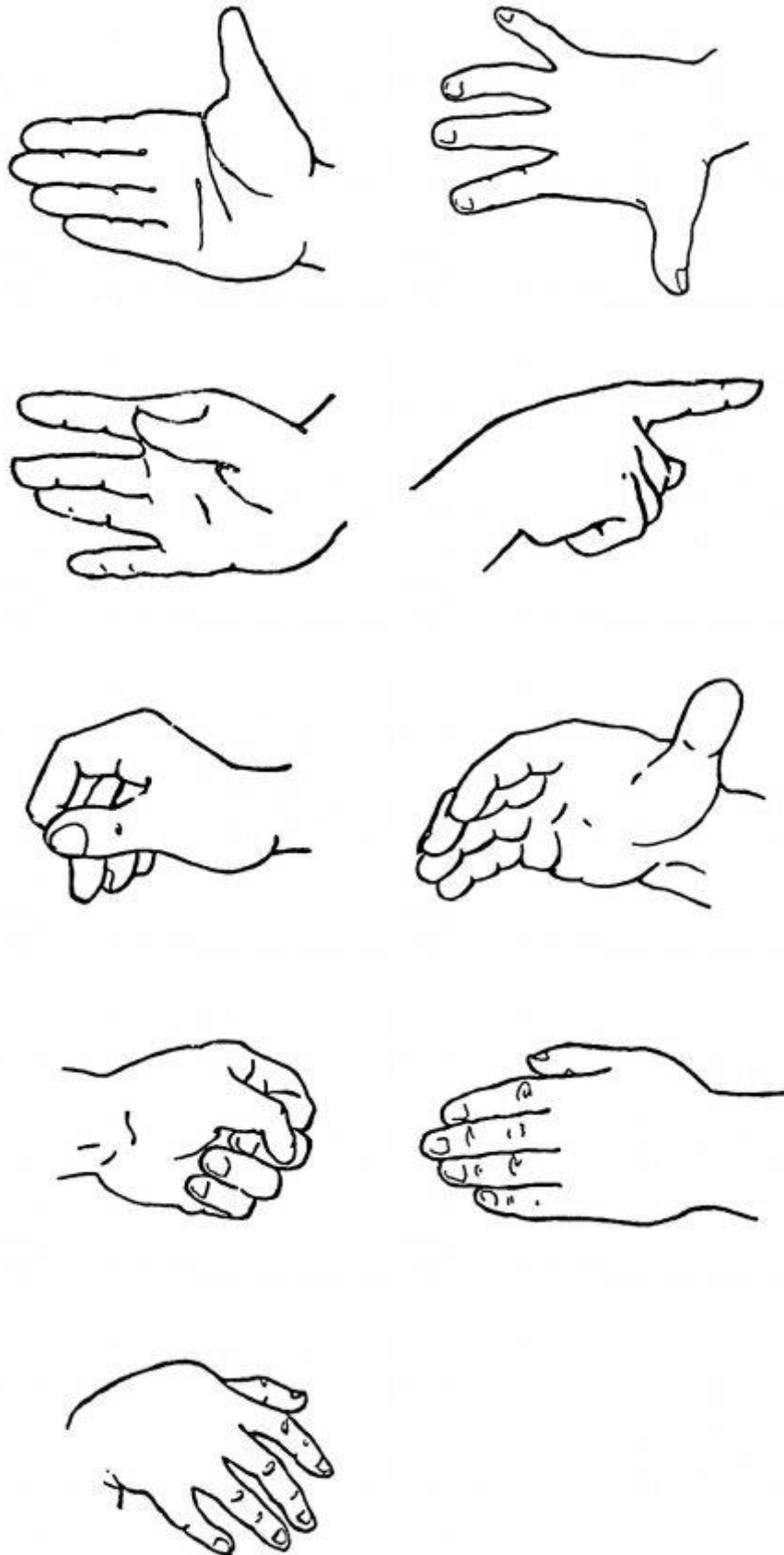
Тримати малюнок-картку можна у будь-якому положенні.

Число варіантів відповідей по картці не обмежується і не стимулюється так, щоб викликати опір випробуваного. Бажано отримати чотири варіанти відповідей. Якщо кількість відповідей менше, уточнює, чи немає бажання ще щось сказати з цього зображення руки, а протоколі, наприклад, при єдиному варіанті відповіді проставляється його позначення зі знаком *4, тобто. ця єдина безальтернативна відповідь оцінюється в чотири бали замість одного.

Важливо у всіх можливих випадках (якщо випробуваний не виражає протесту) максимально знижувати невизначеність відповіді, наповнювати змістом висловлювання на кшталт «хтось, щось, комусь» тощо.

Усі відповіді фіксуються у протоколі. Крім запису відповідей реєструється *положення*, у якому обстежуваний тримає картку, і навіть *час* від пред'явлення стимулу на початок відповіді.

Тестовий матеріал



Обробка та інтерпретація результатів тесту.

При обробці отриманих результатів кожен відповідь випробуваного належить до однієї з 11 категорій.

1. **Агресія (а).** Рука сприймається як домінуюча, що завдає пошкодження, активно захоплює будь-який предмет, що робить агресивну дію (щипляча, що дає ляпас, давить комаху, готова завдати удару тощо).

2. **Вказівка (у).** Рука бере участь у дії імперативного характеру: веде, спрямовує, перешкоджає, панує над іншими людьми (диригує оркестром, дає вказівку, читає лекцію, вчитель каже учневі: «Вийди геть», міліціонер зупиняє машину тощо).

3. **Страх (с).** Рука виступає у відповідях як жертва агресивних проявів іншої особи або прагне убезпечити будь-кого від фізичних впливів; може сприйматися як наносить ушкодження себе. До цієї категорії також включаються відповіді, що містять тенденції до заперечення агресії (не зла рука; кулак стиснутий, але не для удару; піднята в страху рука; рука, що відвертає удар тощо).

4. **Емоційність (е).** Рука висловлює кохання, позитивні емоційні установки до інших людей; бере участь у дії, що виражає прив'язаність, позитивне ставлення, доброзичливість (дружній потиск рук; поплескування по плечу; рука, що гладить тварина, дарує квіти; обіймає рука і т.п.).

5. **Комунікація (к).** Рука бере участь у комунікативному дії: звертається до будь-кого, контактує чи прагне встановити контакти. Спілкувані партнери перебувають у становищі рівності (жестикауляція у розмові, мову жестів, вказує дорогу тощо.).

6. **Залежність (з).** Рука виражає підпорядкування іншим особам: бере участь у комунікативному дії в позиції "знизу", успіх якого залежить від доброзичливого ставлення іншої сторони (прохання; солдат віддає честь офіцеру; учень підняв руку для питання; рука, протягнута за милостинею; людина зупиняє попутну машину і т.д. .П.).

7. **Демонстративність (д).** Рука різними способами виставляє себе на показ, бере участь у явно демонстративній дії (показує кільце, милується манікюром, показує тіні на стіні, танцює, грає на музичному інструменті тощо).

8. **Калічність (ув).** Рука пошкоджена, деформована, хвора, нездатна до будь-яких дій (поранена рука, рука хворого чи вмираючого, зламанний палець тощо).

9. **Активна безособовість (аб).** Рука бере участь у дії, що не пов'язана з комунікацією; однак рука повинна змінити своє фізичне місце розташування, докласти зусилля (вдягає нитку в голку, пише, шиє, веде машину, пливе тощо).

10. **Пасивна безособовість (нб).** Рука в спокої, або спостерігається поява тенденції до дії, завершення якого не вимагає присутності іншої людини, але при цьому рука все ж таки не змінює свого фізичного положення (лежить, відпочиваючи; спокійно витягнута; людина облокотилася на стіл; звислася під час сну; і т.д. .п.).

11. **Опис (о).** У цю категорію входять описи руки без вказівки на дії (пухла рука, гарна рука, рука дитини, рука хворої людини тощо).

При категоризації можлива певна однозначність, проте передбачається, що вона дуже істотно впливає остаточну інтерпретацію. Нижче для ілюстрації наводиться зразкова форма протоколу.

У *першій* колонці вказують номер картки. У *другій* – дається час першої реакції на картку в секундах. У *третьій* – наводяться всі відповіді випробуваного. У *четвертій* – результати категоризації відповідей. Якщо експериментатору доводиться звертатися до випробуваного з уточненнями – це означає (*про*).

Області застосування тесту

Використання тесту "Рука" Е.Е. Вагнера може бути продуктивною не тільки при діагностиці агресивності, але і в деяких інших випадках.

1. **Для діагностики міжособистісних стосунків.** І тут інструкція видозмінюється. Випробуваного просять відповісти на питання про те, що робить рука, зображена на картках, але при цьому психолог каже: "Уявіть собі, що це рука Вашого друга (дитини, чоловіка, дружини, керівника тощо)". Даний варіант дає можливість побачити, які тенденції та який знак соціальної спрямованості (позитивний чи негативний) приписуються партнеру і, таким чином, можна проаналізувати актуальне ставлення до нього випробуваного.

2. **Для діагностики кандидатів, які висувуються на керівні посади.** Якщо в процесі тестування виявляється підвищена питома вага відповідей за категорією « *Вказівка* » та одночасно незначний відсоток установок на соціальну кооперацію, то можна з великою ймовірністю прогнозувати жорстку, авторитарну позицію майбутнього керівника. За відсутності відповідей за категоріями « *Вказівка* » та « *Агресія* » та одночасного збільшення відповідей за категоріями « *Залежність* » та « *Страх* » кандидат, швидше за все, виявляє себе як провідний, залежний, не здатний відстоювати свою позицію.

3. **Для діагностики агресивності різних груп злочинців** , прогнозу відкритої агресивної поведінки у кримінальній психології під час проведення судово-психологічної експертизи.