


Назаревич Вікторія,кандидат психологічних наук, доцент, доцент
кафедри вікової та педагогічної психології
Рівненського державного гуманітарного університету <https://orcid.org/0000-0002-0111-7070>DOI https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi25.462

П'ЯТИЕТАПНА ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ ІГРОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРАВМУВАЛЬНИМ ДОСВІДОМ ВІЙНИ В ДІТЕЙ

Анотація. Стаття присвячена розробці та теоретичному обґрунтуванню п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії, спрямованої на подолання наслідків травматичного досвіду в дітей, які постраждали від воєнних дій. Авторка пропонує комплексний підхід, який поєднує сучасні досягнення нейронаук, принципи інтегративної психології та практичні методи ігрової терапії. Модель орієнтована на одночасну роботу з когнітивними, емоційними, поведінковими та фізіологічними аспектами травми, що дозволяє забезпечити глибоку інтеграцію травматичного досвіду та формування адаптивних стратегій подолання стресу.

Особливістю запропонованої моделі є її нелінійна динаміка, яка враховує індивідуальні потреби кожної дитини. Центральне місце в моделі займає концепція «Я» дитини як активного суб'єкта терапевтичного процесу. Це дозволяє створювати персоналізовані траєкторії терапії, що особливо актуально для дітей з полімодальною травмою, характерною для умов війни.

Модель інтегрує п'ять ключових компонентів: когнітивний, творчий, поведінковий, вольовий та емоційний. Кожен із них має власні терапевтичні механізми, такі, як: реконсолідація пам'яті, символічне перетворення травми, сенсомоторна інтеграція, формування агентності та розвиток внутрішньої мотивації. Важливим аспектом є використання ігрових методів, які забезпечують безпечний простір для експресії травматичних переживань і знижують ризик ретравматизації.

Особливу увагу виділено творчому потенціалу гри як засобу символічного перетворення травматичного досвіду, відновлення відчуття безпеки та контролю, а також посиленню внутрішніх ресурсів дитини. Запропонована модель має практичне значення для фахівців у сфері психології, психотерапії та соціальної роботи, надаючи структурований підхід до інтеграції психічних процесів під час роботи з дітьми, які зазнали травматизації внаслідок війни.

Ключові слова: ігротерапія, травматичний досвід, діти війни, п'ятиетапна модель, інтегративний підхід.

Постановка проблеми. У сучасних умовах зростаючого психологічного напруження, спричиненого військовими конфліктами, проблема травматизації дітей набуває особливої актуальності. Психічна травма, як об'єкт міждисциплінарних досліджень, вимагає розробки інноваційних терапевтичних підходів, здатних забезпечити комплексну реабілітацію. Інтегративна модель ігротерапії, що поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, виступає перспективним напрямом у роботі з наслідками травматичного досвіду в дітей.

Наукова новизна дослідження полягає в синтезі різнобічних психічних компонентів – досвіду, уяви, активності, рішень та інтересу – у рамках єдиного терапевтичного процесу, що дозволяє досягти ефективної інтеграції когнітивних, емоційних і поведінкових рівнів функціонування дитини.

Сучасні дослідження, зокрема дані American Psychological Association, підтверджують, що травматичний досвід провокує тривалі психоемоційні порушення, такі, як: посттравматичний стресовий розлад, тривожність та депресивні стани. Особливої уваги заслуговує вразливість дитячої психіки, яка потребує спеціалізованих методів корекції, зокрема через символічні та ігрові форми терапії.

Запропонована модель ґрунтується на принципах інтегративної психології, де гра виступає інструментом відновлення емоційного балансу, формування адаптивних стратегій подолання стресу та активації внутрішніх ресурсів дитини. Практичне значення дослідження полягає в розробці структурованого підходу для психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які займаються реабілітацією дітей, постраждалих від війни.

Аналіз останніх досліджень з проблеми. Сучасна психологічна наука все більше зосереджується на дослідженні наслідків травматичного досвіду в дітей, особливо в контексті катастрофічних подій. Дослідження останніх років демонструють значний вплив таких подій на психічне здоров'я дитячої популяції, зокрема розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У цьому контексті ігротерапія виступає перспективним інструментом психологічної реабілітації, що потребує комплексного наукового аналізу.

Дані BNPB (2019) та APA (2000) однозначно свідчать про тривалий характер психологічних наслідків катастрофічних подій у дітей. Дослідження Frissa та співавт. (2013) виявили комплексні порушення, що охоплюють фізичну, емоційну та поведінкову сфери. Емпіричні дані зі школи SMA N 16 Pandeglang підтверджують ці висновки: 35 з 37 досліджуваних дітей продемонстрували клінічно значимі фізичні симптоми, включаючи персистуюче запаморочення та підвищену втомлюваність, що свідчить про соматизацію травматичного досвіду.

Концептуальні засади ігротерапії, розроблені Kottman (2011) та Association for Play Therapy (1997), визначають її як систематичний психотерапевтичний підхід, що використовує ігрові механізми для відновлення психічного здоров'я. Дослідження Handoyo та співавт. (2020) акцентують на унікальній здатності ігрової терапії забезпечувати безпечний простір для експресії травматичних переживань. Ці положення знаходять підтвердження в роботах Thompson & Henderson (2007), які виявили кореляцію між ігровою активністю та формуванням психологічного комфорту в дітей з травматичним досвідом. Реалізація триетапної моделі ігротерапії (ініціація, зовнішні активності, арттерапія) в дослідженні Handoyo та співавт. (2020) продемонструвала статистично значиме зниження рівня тривоги та страху. Ці результати узгоджуються з висновками Nawangsih (2014) та Zuliani (2010), де ігротерапія ефективно застосовувалася в умовах посткатастрофічної реабілітації. Ключовим терапевтичним механізмом виступає інтеграція групових активностей, що сприяє одночасній соціальній підтримці та емоційному катарсису.

Порівняльні дослідження виявляють різні стратегії роботи з травмою. Leveton (2010) і Shaw та співавт. (2012) акцентують роль сімейної терапії, тоді як Handoyo та співавт. (2020) демонструють ефективність групових занять під керівництвом професіоналів. Попри всі методичні відмінності, обидва підходи показують аналогічну ефективність у зниженні симптомів ПТСР. Додаткове підтвердження ефективності невербальних методів надають дослідження Grayman та співавт. (2009) та Sugiarti & Erlangga (2018), які виявили високу терапевтичну цінність арттерапевтичних технік у роботі з травматичними спогадами.

Метою статті є представлення та обґрунтування моделі інтегративної ігротерапії в роботі з травмувальним досвідом війни, яка базується на поєднанні когнітивних, емоційних, вольових і поведінкових компонентів психічної діяльності дитини. Завданням моделі є сприяння відновленню внутрішньої рівноваги, формуванню адаптивних стратегій подолання травми та зміцненню особистісних ресурсів дитини через використання ігротерапевтичних методів.

Виклад основного матеріалу. Сучасна психологічна наука все більше зосереджується на комплексному вивченні психічної травми як багатоаспектного феномену, що вимагає міждисциплінарного підходу. За даними American Psychological Association, травматичний досвід слід розглядати не лише як реакцію на конкретну подію, а як складний психобіологічний процес, що порушує базові механізми психологічної адаптації. Особливу увагу дослідники приділяють тривалим наслідкам травматизації, які часто проявляються через комплекс симптомів, що включають когнітивні порушення, емоційну дисрегуляцію та соматичні прояви, що знаходить підтвердження в роботах National Institute of Mental Health.

Інтегративний підхід у психотерапії, що сформувався в 1980-х роках як відповідь на обмеженість традиційних терапевтичних парадигм, передбачає системне поєднання різних методологічних підходів на основі їхньої доказової ефективності. Як зазначають Capdevila, Dixon & Briggs у своїй фундаментальній праці «Investigating Psychology: an integrative approach», сутність інтегративного підходу полягає не в механічному об'єднанні технік, а в створенні цілісних терапевтичних моделей, що враховують як універсальні закономірності психічної травматизації, так й індивідуальні особливості кожного пацієнта. Ця позиція знаходить розвиток у роботах Литвиненко, яка підкреслює, що сучасна психотерапевтична практика вимагає творчого поєднання методів з урахуванням конкретного клінічного випадку.

Особливий інтерес представляє біопсихосоціальна модель травми, розроблена Levin, яка інтегрує останні досягнення нейронаук, психофізіології та клінічної психології. Ця модель розглядає травматичний досвід як результат порушення природних механізмів саморегуляції організму, коли інтенсивність стресу перевищує індивідуальні адаптаційні можливості. Важливим аспектом цієї концепції є увага до соматичних проявів травми, що часто ігноруються в традиційних психотерапевтичних підходах.

Сучасна інтегративна терапія травми передбачає використання широкого спектра методів, кожен з яких діє на різні рівні травматичного досвіду. Когнітивно-поведінкові техніки, такі, як: схема-терапія або Acceptance and Commitment Therapy (ACT), – дозволяють працювати з дисфункціональними когнітивними схемами. Соматично орієнтовані підходи, включаючи дихальні техніки та методи м'язової релаксації, спрямовані на нормалізацію фізіологічних реакцій. Глибинні методи, серед яких особливе місце займають EMDR та психодрама, дозволяють працювати з безпосередніми травматичними спогадами. Трансперсональні практики, зокрема медитація усвідомленості, сприяють відновленню психологічних ресурсів та розвитку нових стратегій адаптації.

Представлена п'ятиетапна модель інтегративної ігротерапії ґрунтується на принципах системного підходу до психічної травми, що розглядає її як багаторівневе порушення психічного функціонування. Дослідження American Psychological Association (2000) підтверджують, що травматичний досвід впливає одночасно на когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні аспекти функціонування, що обумовлює необхідність комплексного терапевтичного підходу.

Структурна організація моделі у вигляді пентаграми відображає **п'ять взаємопов'язаних вимірів терапевтичного процесу** (див. рис. 1):

- *когнітивний* (досвід). ґрунтується на принципах реконсолідації пам'яті (Schiraldi, 2011), що дозволяє перекодувати травматичні спогади;
- *творчий* (уява). Використовує механізми символічного перетворення (Kottman, 2011);
- *поведінковий* (активність). Заснований на принципах сенсомоторної інтеграції;
- *вольовий* (рішення). Розвиває агентність та контроль (Thompson & Henderson, 2007);
- *емоційний* (інтерес). Спирається на теорію внутрішньої мотивації (Deci & Ryan, 2000);

Центральна позиція «Я» дитини в моделі символізує не лише індивідуальність, а й процес становлення суб'єктності в терапевтичному просторі. **Цей концепт інтегрує три аспекти:**

- чуттєвий (відчуття безпеки) ;
- когнітивний (усвідомлення себе) ;
- емоційний (прийняття себе).

Модель передбачає нелінійну динаміку терапевтичного процесу, де кожен компонент може виступати як вхідним, так і вихідним пунктом для інших елементів системи. Така організація дозволяє враховувати індивідуальні особливості травматичного досвіду та адаптувати терапевтичний процес до специфічних потреб кожної дитини.

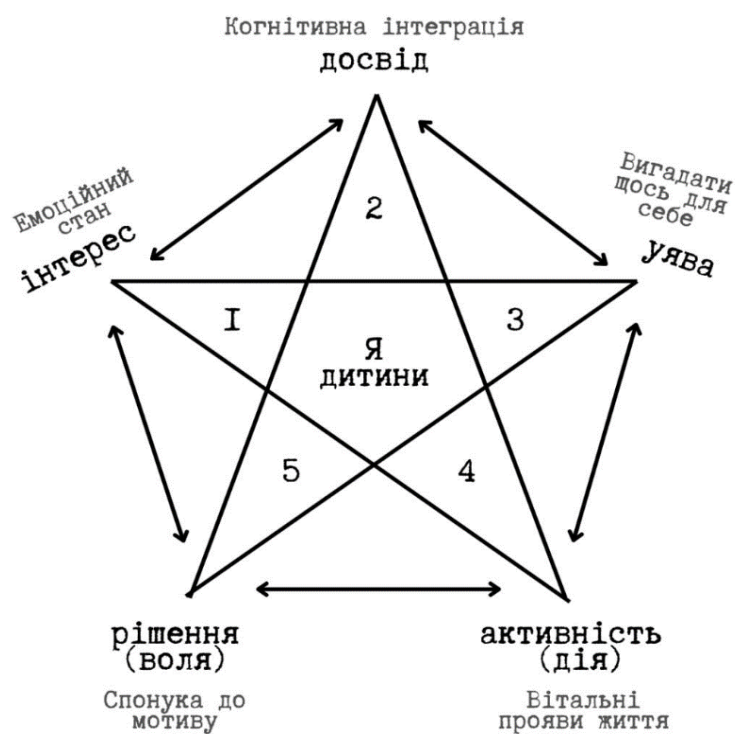


Рис. 1. Модель інтегративної ігротерапії

Модель інтегрує сучасні уявлення про пластичність дитячої психіки, використовуючи ігрову діяльність як каталізатор процесів психічної реорганізації. Це дозволяє одночасно працювати з усіма рівнями травматичного досвіду, забезпечуючи комплексний терапевтичний вплив.

Когнітивний компонент моделі ґрунтується на принципах реконсолідації пам'яті (Schiraldi, 2011; Cardevila et al., 2014) та нейропластичності (Nuh et al., 2017). Терапевтичний процес передбачає послідовну роботу з травматичними сенсорними та семантичними репрезентаціями через спеціально структуровані ігрові сценарії. На нейрофізіологічному рівні це реалізується через активацію префронтальної кори та її зв'язків з лімбічною системою. Терапевтичні механізми включають:

- структуроване експонування до травматичних тригерів у контрольованому ігровому середовищі (Thorp et al., 2019; Nawangsih, 2014);

- використання сенсорних матеріалів (пісок, фарби, пластилін) для соматизації досвіду (Leveton, 2010); 3) поетапну когнітивну реструктуризацію через нарративні ігрові техніки (Литвиненко, 2018; Ryan & Deci, 2000).

Особливу увагу приділено балансу між активацією травматичного матеріалу та ресурсними станами.

Творчий компонент моделі реалізує принципи символічного заміщення та метафоричного переосмислення (Kottman, 2011; Association for Play Therapy, 1997). Нейропсихологічні дослідження підтверджують активацію правопівкульних структур мозку під час творчих ігрових процесів. Терапевтичні механізми включають:

- проєктивні техніки з використанням архетипічних образів (ляльки, мініатюри) (Thompson & Henderson, 2007; Leveton, 2010);

- створення «корективних» ігрових сценаріїв з альтернативним розвитком подій (Grayman et al., 2009);

- техніки символічної трансформації травматичного досвіду.

Важливим аспектом є формування нових нейронних зв'язків через процеси імпліцитного навчання під час творчої ігрової діяльності.

Поведінковий компонент ґрунтується на принципах сенсомоторної інтеграції та тілесно-орієнтованого підходу (Leveton, 2010; Spitzer et al., 2009). Терапевтичні механізми включають:

- рухливі ігри, що активізують пропріоцептивну систему (Kinchin, 2007; Sumiati & Sulianti, 2016);

- імпровізаційні рухові техніки для регуляції автономної нервової системи (Pillar et al., 2000; Callen et al., 2018);

- спонтанну ігрову активність як спосіб вираження застиглих емоційних станів (Handoyo, 2015; Nawangsih, 2014).

На фізіологічному рівні це сприяє нормалізації роботи блукаючого нерва та відновленню психоемоційного гомеостазу. Особливу увагу приділяють синхронізації моторної та емоційної активності.

Вольовий компонент реалізує принципи агентності та відновлення почуття контролю. Терапевтичні механізми включають:

- ігрові ситуації з поступовим ускладненням вибору (Thompson & Henderson, 2007; Handoyo, 2015);

- техніки формування предиктивного контролю через ігрові правила (Kottman, 2011; Association for Play Therapy, 1997);

- стратегії підвищення толерантності до невизначеності (Grayman et al., 2009; Neria et al., 2008). Важливим аспектом є поступове збільшення складності завдань з урахуванням зони найближчого розвитку дитини.

Емоційний компонент ґрунтується на теорії внутрішньої мотивації та позитивної психології. Терапевтичні механізми включають:

- індивідуалізацію ігрового матеріалу з урахуванням сенсорних переваг (Sumiati & Sulianti, 2016; Leveton, 2010);

- створення оптимального рівня виклику для підтримки стану потоку (Nawangsih, 2014);

- техніки посилення позитивного афекту через ігрову взаємодію (див.табл. 1).

Нейронаукові дослідження демонструють активацію системи винагороди та зменшення активності мигдалеподібного тіла під час таких процесів. Ключовим аспектом є формування нових позитивних асоціативних зв'язків.

Специфіка травматичного досвіду, отриманого в умовах військових дій, вимагає особливого терапевтичного підходу, що враховує полімодальний характер травматизації

(Shaw et al., 2012; Литвиненко, 2018). Дослідження показують, що в дітей, які пережили війну, спостерігається комплексне порушення інтегративних функцій психіки, що проявляється одночасним впливом на когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні рівні функціонування. Представлена модель ігротерапії, заснована на принципах нелінійної динаміки, дозволяє ефективно працювати з такими складними випадками через здатність паралельно впливати на різні аспекти травматичного досвіду. Особливістю військової травми є її кумулятивний характер, що обумовлює необхідність циклічного повторення терапевтичних інтервенцій.

Таблиця 1

Компоненти інтегративної ігрової терапії

Компонент	Опис	Терапевтичні механізми
Когнітивний (досвід)	Базується на принципах реконсолідації пам'яті та нейропластичності, робота з сенсорними та семантичними репрезентаціями.	<ul style="list-style-type: none"> - Структуроване експонування до травматичних тригерів у контрольованому ігровому середовищі. - Використання сенсорних матеріалів (пісок, фарби, пластилін) для соматизації досвіду. - Когнітивна реструктуризація через нарративні ігрові техніки.
Творчий (уява)	Реалізує принципи символічного заміщення та метафоричного переосмислення, активує правопівкульні структури мозку.	<ul style="list-style-type: none"> - Проективні техніки (ляльки, мініатюри). - Створення «корективних» ігрових сценаріїв. - Символічна трансформація травматичного досвіду.
Поведінковий (активність)	Орієнтований на сенсомоторну інтеграцію та тілесно-орієнтований підхід, сприяє нормалізації роботи блукаючого нерва.	<ul style="list-style-type: none"> - Рухливі ігри для активації пропріоцептивної системи. - Імпровізаційні рухові техніки. - Спонтанна ігрова активність для вираження застиглих емоцій.
Вольовий (дія)	Сприяє формуванню агентності та відновленню почуття контролю.	<ul style="list-style-type: none"> - Ігрові ситуації з поступовим ускладненням вибору. - Формування предиктивного контролю через ігрові правила. - 3) Підвищення толерантності до невизначеності.
Емоційний (інтерес)	Заснований на теорії внутрішньої мотивації та позитивної психології, сприяє формуванню позитивних асоціацій.	<ul style="list-style-type: none"> - Індивідуалізація ігрового матеріалу. - Створення оптимального рівня виклику для підтримки стану потоку. - Посилення позитивного афекту через ігрову взаємодію.

Отже, модель передбачає нелінійну взаємодію компонентів:

- початкова фаза – активація досвіду через ігрову активність (Afiati et al., 2020; Handoyo, 2015).

- фаза трансформації – творче переосмислення через уяву (Kottman, 2011; Malone, 2016).
- фаза інтеграції – закріплення нових моделей поведінки (Ryan & Deci, 2000; Campbell & Germain, 2016).
- фаза автономізації – формування саморегуляції (Porges, 2011; Дем'яненко, 2022).

Ініціювання терапевтичного процесу відбувається через ігрову активність та творчі методи, які виконують кілька ключових функцій. Передусім створюється безпечний простір, що дозволяє дитині активувати свої травматичні сенсорні та емоційні репрезентації в дозованій формі. По-друге, через гру та образотворчу діяльність дитина отримує можливість невербального вираження свого досвіду, що особливо важливо для дітей, які мають труднощі з вербалізацією травматичних подій. Важливим аспектом є контрольована інтенсивність активації, що допомагає уникнути ретравматизації (Thorpe et al., 2019).

Фаза трансформації є ключовою для перетворення травматичних переживань. Творчі техніки, зокрема використання метафор, казкотерапії та символічних образів, дозволяють дитині поступово переходити від відтворення травматичного досвіду до його конструктивного переосмислення. У цьому контексті особливу роль відіграє розвиток уяви, що сприяє формуванню альтернативних сценаріїв подій та внутрішніх ресурсів для подолання наслідків травми. Терапевт використовує методи проєктивного малюнка, рольові ігри, ляльковий театр та інші засоби, що допомагають дитині віднайти нові смисли та внутрішню силу (Grauman et al., 2009).

На етапі інтеграції відбувається закріплення набутих під час терапії навичок та нових моделей поведінки. Інтеграція досягається через циклічне повторення адаптивних ігрових сценаріїв, що сприяє формуванню сталих механізмів емоційної регуляції. Дитина вчиться усвідомлювати свої емоції, диференціювати їх та шукати способи конструктивного реагування (Spitzer et al., 2009). Важливим аспектом є впровадження підтримувальних ритуалів і символічних актів, які допомагають дитині закріпити досвід у повсякденному житті. Саме цей етап є фундаментом для формування механізмів довготривалої адаптації.

Останній етап характеризується поступовим зростанням автономності дитини в регулюванні свого психоемоційного стану. Дитина починає самостійно ініціювати та контролювати ігрові процеси, використовувати набуті навички для подолання стресових ситуацій. Важливу роль тут відіграє підтримка внутрішньої мотивації через розвиток інтересу до власного емоційного стану та взаємодії з іншими. Терапевт на цьому етапі поступово зменшує свою участь, надаючи дитині більше простору для самостійного дослідження та регулювання своїх емоційних станів (Nawangsih, 2014).

Кожен етап активує інші компоненти терапії, створюючи індивідуальні траєкторії роботи з травматичним досвідом. Така модель дозволяє адаптувати втручання до змінних потреб дитини, забезпечуючи глибоку інтеграцію та стійке відновлення. Гнучкість підходу є ключовим фактором у роботі з дітьми, які пережили війну, оскільки дозволяє вибудовувати терапевтичний процес відповідно до їхніх актуальних потреб та ресурсів.

Для оцінки ефективності п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії було проведено опитування 74 дитячих психологів, які мають практичний досвід роботи з дітьми, що пережили травму війни. Збір даних здійснювався за допомогою спеціально розробленої анкети, яка включала питання щодо зрозумілості моделі, її гнучкості, спостережуваних змін у дитини та труднощів у застосуванні.

За **стажем роботи** у сфері дитячої психології учасники дослідження демонструють чітку диференціацію. Більшість респондентів – 46 фахівців (62,2 %) – мають значний професійний досвід понад 5 років, що свідчить про високий рівень їхньої кваліфікації та глибоке розуміння специфіки роботи з дітьми. Середня група за стажем представлена 13 психологами (17,6 %), які працюють у сфері від 3 до 5 років. Найменшу групу складають 15 учасників (20,3 %) зі стажем роботи від 1 до 3 років. Аналіз **досвіду роботи** учасників

дослідження з дітьми, які пережили травмувальний досвід війни, виявив характерний розподіл за тривалістю спеціалізованої практики. Найбільшу групу складають 35 фахівців (47,3 %), які мають досвід роботи з травмованими дітьми протягом 1–3 років. Значну частку респондентів – 28 осіб (37,8 %) – представляють спеціалісти з досвідом понад 3 роки. Менш численну, але важливу категорію становлять 11 психологів (14,9 %), які почали працювати з такою категорією дітей менше ніж рік тому.

Результати дослідження свідчать про високий рівень прийняття запропонованої п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії серед фахівців. Як виявлено, більшість респондентів (98,6 %) оцінила модель як зрозумілу та логічно структуровану, що підтверджує її методологічну цілісність і відповідність професійним вимогам. Кількісний аналіз оцінок окремих аспектів моделі виявив такі середні значення з урахуванням стандартного відхилення: досвід ($4,3 \pm 0,6$); уява: ($4,1 \pm 0,7$); активність ($4,5 \pm 0,5$); рішення ($4,2 \pm 0,6$); інтерес ($4,4 \pm 0,5$).

Отримані дані демонструють помірно високий рівень оцінок усіх компонентів моделі з помітними варіаціями між окремими аспектами. Найвищі показники зафіксовані для параметрів «Активність» ($4,5 \pm 0,5$) та «Інтерес» ($4,4 \pm 0,5$), що свідчить про ефективність моделі в підтримці участі дитини в терапевтичному процесі. Дещо нижчі оцінки параметрів «Уява» ($4,1 \pm 0,7$) та «Рішення» ($4,2 \pm 0,6$) можуть вказувати на потенційні напрями для методичного вдосконалення (табл. 2).

Таблиця 2

Оцінка компонентів п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії

Компонент моделі	Середня оцінка (\pm стандартне відхилення)	Інтерпретація результатів
Досвід	$4,3 \pm 0,6$	Високий рівень засвоєння досвіду
Уява	$4,1 \pm 0,7$	Потенціал для вдосконалення образного компонента
Активність	$4,5 \pm 0,5$	Найвищий показник, що свідчить про ефективність залучення
Рішення	$4,2 \pm 0,6$	Задовільний рівень з можливістю оптимізації
Інтерес	$4,4 \pm 0,5$	Високий рівень підтримки мотивації

Високі показники стандартного відхилення ($0,5-0,7$), зафіксовані при оцінці окремих аспектів терапевтичної моделі, свідчать про істотну розбіжність у думках респондентів. Така варіативність може бути зумовлена рядом факторів, які потребують детального розгляду. Важливим аспектом є індивідуальні відмінності в терапевтичних підходах, які використовують фахівці. Кожен психолог працює в рамках власного терапевтичного стилю, що формується під впливом професійної підготовки, особистого досвіду та теоретичних орієнтирів. Такі відмінності неминуче впливають на сприйняття та оцінку ефективності запропонованої моделі.

Також істотну роль відіграє рівень підготовки фахівців до роботи з дітьми, які пережили травматичний досвід. Респонденти з більш глибокими знаннями в галузі терапії травми можуть давати більш обґрунтовані оцінки, тоді як фахівці з меншим досвідом у цій специфічній сфері можуть демонструвати більш розсіяні результати. Варіативність оцінок може відображати різноманіття клінічних випадків, з якими стикалися учасники дослідження. Важливість цього фактора підкреслюється тим, що ефективність терапевтичного втручання значною мірою залежить від індивідуальних особливостей

пацієнтів, включаючи вік, характер травми, наявність супутніх розладів та соціальне оточення дитини.

Аналіз результатів застосування моделі виявив значні позитивні зміни в різних аспектах психоемоційного стану дітей, які пережили травмувальний досвід війни. Найбільш помітні покращення спостерігалися в таких сферах:

Емоційний стан дитини був відзначений 72 респондентами (97,3 %), що свідчить про високу ефективність моделі у стабілізації емоційного фону. Фахівці повідомляли про зменшення емоційної лабільності, здатність дітей краще ідентифікувати та виражати свої почуття.

У сфері зміни рівня тривожності та страху покращення зафіксували 63 учасники (85,1 %). Це проявлялося у зниженні фобічних реакцій, зменшенні нічних страхів та загальному зниженні рівня стресу в повсякденному житті дітей.

Відкритість до взаємодії покращилася в 63 випадках (85,1 %). Фахівці відзначали збільшення соціальної активності дітей, їхню готовність до комунікації як з однолітками, так і з дорослими.

У сфері соціальної адаптації позитивні зміни спостерігали 56 респондентів (75,7 %). Діти демонстрували кращу адаптацію до нових умов, здатність встановлювати та підтримувати соціальні зв'язки.

Рівень самоконтролю покращився в 48 випадках (64,9 %). Це проявлялося у здатності дітей краще регулювати свої емоційні реакції та поведінку у стресових ситуаціях.

Рівень мотивації показав позитивну динаміку у 39 випадках (52,7 %). Фахівці повідомляли про підвищення зацікавленості дітей у навчанні та інших видах діяльності, відновлення цілеспрямованості (див.табл. 3).

Таблиця 3

Показники ефективності п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії за сферами впливу

Сфера впливу	Частота спостереження ефекту		Характер змін
	к-сть осіб	%	
Емоційна регуляція	72	97,3	Стабілізація афекту, розвиток емоційного інтелекту, здатність до вербалізації переживань
Тривожність	63	85,1	Редукція фобічних проявів, нормалізація сну, зниження рівня базальної тривоги
Соціальні взаємодії	63	85,1	Підвищення ініціативності у спілкуванні, розширення соціальних контактів
Адаптаційні механізми	56	75,7	Формування адаптивних стратегій поведінки в нових умовах.
Імпульс-контроль	48	64,9	Покращення когнітивного контролю емоційних реакцій
Мотиваційний профіль	39	52,7	Відновлення пізнавальної активності та цілеспрямованої діяльності.

Отримані результати свідчать про необхідність подальшого вдосконалення терапевтичної моделі, зокрема щодо розвитку мотиваційного компонента та механізмів саморегуляції в дітей, які пережили травмувальний досвід. Хоча модель демонструє високу ефективність у стабілізації емоційного стану (97,3 %) та зниженні тривожності (85,1 %),

показники мотиваційної сфери (52,7 %) вказують на потенціал для оптимізації цього аспекту терапевтичного впливу.

Висновки і перспективи подальших розвідок. Дослідження, представлене у статті, підтверджує ефективність п'ятиетапної інтегративної моделі ігротерапії в роботі з дітьми, які пережили травмувальний досвід війни. Модель, що поєднує когнітивний, творчий, поведінковий, вольовий та емоційний компоненти, забезпечує комплексний підхід до подолання наслідків травми. Вона враховує нелінійну динаміку терапевтичного процесу, що дозволяє адаптувати інтервенції до індивідуальних потреб кожної дитини. Особливу увагу приділено символічному перетворенню травматичного досвіду через ігрові методи, які створюють безпечний простір для експресії та сприяють глибокій інтеграції травми.

Результати апробації моделі серед 74 дитячих психологів демонструють її високу ефективність у покращенні психоемоційного стану дітей. Найбільш помітні позитивні зміни спостерігалися у сфері емоційної регуляції (97,3 %), зниженні тривожності (85,1 %) та соціальній адаптації (75,7 %). Однак показники мотиваційного компонента (52,7 %) вказують на необхідність подальшого вдосконалення цього аспекту терапії. Варіативність оцінок окремих компонентів моделі може бути пов'язана з індивідуальними особливостями терапевтичного стилю фахівців та різноманіттям клінічних випадків.

Запропонована модель має значний практичний потенціал для фахівців у сфері психології, психотерапії та соціальної роботи. Вона надає структурований інструментарій для роботи з полімодальною травмою, характерною для дітей, які пережили військові конфлікти. Подальші дослідження могли б зосередитися на оптимізації мотиваційного компонента та розробці додаткових методів для підвищення ефективності терапії в цій сфері.

СПИСОК ПОСИЛАНЬ

- Campbell, R. L., & Germain, A. (2016). Nightmares and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Current Sleep Medicine Reports*, 2(2), 74–80. <https://doi.org/10.1007/s40675-016-0037-0>.
- Capdevila, R., Dixon, J., & Briggs, G. (Eds.). (2014). *Investigating psychology: An integrative approach*. Open University Press.
- Demyanenko, B. & Uninets, I. (2024). Methodological bases of integration of Positive Psychotherapy with modern directions of psychotherapeutic assistance. *The Global Psychotherapist*, Vol. 4, No. 2, pp. 93-107. DOI: <https://doi.org/10.52982/lkj237>
- Ford, K. (2017). Treating PTSD in Preschoolers: A Clinical Guide [Review of the book *Treating PTSD in Preschoolers: A Clinical Guide*, by M. S. Scheeringa]. *School Social Work Journal*, 42(1), 76–77.
- Goodman, R. D. (2013). The Transgenerational Trauma and Resilience Genogram. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3–4), 386–405. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.820172>.
- Hefferon, K., Greal, M., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 343–378. <https://doi.org/10.1348/135910708X332936>.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630–1634. <https://doi.org/10.1056/NEJM198712243172604>.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H.-K., & Chae, J.-H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>.
- Jeane, A. I., & Zaumseil, M. (2014). Suffering, healing, and the discourse of trauma. In M. Zaumseil, S. Schwarz, M. von Vacano, G. B. Sullivan, &

J. E. Prawitasari-Hadiyono (Eds.), *Cultural psychology of coping with disasters*. 267–284). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9354-9_13.

Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Leveton, E. (2010). *Healing collective trauma using sociodrama and drama therapy*. Springer Publishing Company.

Luxenberg, T. & Levin, Patti. (2004). Luxenberg, T. & Levin, P. (2004). The Role of the Rorschach in the Assessment and Treatment of Trauma. In J. Wilson and T. Keane (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, Second Edition. NY: Guilford Press.

Malone, P.A. (2016). *Counseling Adolescents Through Loss, Grief, and Trauma* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203699638>.

Mysliwiec, V., O'Reilly, B., Polchinski, J., Kwon, H. P., Germain, A., & Roth, B. J. (2014). Trauma associated sleep disorder: A proposed parasomnia encompassing disruptive nocturnal behaviors, nightmares, and REM without atonia in trauma survivors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(10), 1143–1148. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4120>.

Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467–480. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001353>.

Norman, S. B., Means-Christensen, A. J., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Roy-Byrne, P. P., & Stein, M. B. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 461–470. <https://doi.org/10.1002/jts.20129>.

North CS, Baron D, Chen AF. Prevalence and predictors of postdisaster major depression: Convergence of evidence from 11 disaster studies using consistent methods. *J Psychiatr Res*. 2018 Jul;102:96-101. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.12.013. Epub 2017 Dec 25. PMID: 29631191; PMCID: PMC6005742

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.

Schiraldi, G. R. (2011). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Shaw, Jon & Espinel, Zelde & Shultz, James. (2016). *Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster*. 10.1176/appi.books.9781585629848.

Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: Findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 1012–1017. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5>.

Thompson, C. L., & Henderson, D. A. (2007). *Counseling children* (7th ed.). Thomson Brooks/Cole.

Thorp, S. R., Glassman, L. H., Wells, S. Y., Walter, K. H., Gebhardt, H., Twamley, E., Golshan, S., Pittman, J., Penski, K., & Allard, C. (2019). A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.003>.

Weaver, A. J., Flannelly, L. T., & Preston, J. D. (2004). *Counseling survivors of traumatic events*. Abingdon Press.

A FIVE-STAGE INTEGRATIVE MODEL OF PLAY THERAPY IN DEALING WITH TRAUMATIC EXPERIENCE OF WAR IN CHILDREN

Victoria Nazarevich

PhD in Psychology, Associate Professor,
Department of Developmental and Pedagogical Psychology

Abstract. *The article is devoted to the development and theoretical substantiation of a five-stage integrative model of play therapy aimed at overcoming the consequences of traumatic experience in children affected by military actions. The author proposes a comprehensive approach that combines modern neuroscience achievements, principles of integrative psychology, and practical methods of play therapy. The model is focused on simultaneous work with cognitive, emotional, behavioral, and physiological aspects of trauma, which allows for deep integration of traumatic experience and the development of adaptive coping strategies.*

A feature of the proposed model is its nonlinear dynamics, which takes into account the individual needs of each child. The central place in the model is occupied by the concept of the child's "I" as an active subject of the therapeutic process. This allows for the creation of personalized therapy trajectories, which is especially important for children with polymodal trauma, which is typical in war.

The model integrates five key components: cognitive, creative, behavioral, volitional, and emotional. Each of them has its own therapeutic mechanisms, such as memory reconsolidation, symbolic transformation of trauma, sensorimotor integration, agency formation, and development of intrinsic motivation. An important aspect is the use of game methods that provide a safe space for the expression of traumatic experiences and reduce the risk of retraumatization.

Particular attention is paid to the creative potential of the game as a means of symbolic transformation of traumatic experience, restoring a sense of security and control, as well as strengthening the child's internal resources. The proposed model is of practical importance for specialists in the field of psychology, psychotherapy and social work, providing a structured approach to the integration of mental processes in the process of working with children who have been traumatized by war.

Key words: *play therapy, traumatic experience, children of war, five-stage model, integrative approach.*

Стаття надійшла до редакції 11.12.2025 р.