

**ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ
МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА НАПН УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПРОХОРЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСІЙОВИЧ

УДК 159.922.76-053.4/.5-056.26:364.628-022.334(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ УМОВИ ПОДОЛАННЯ ПСИХОТРАВМИ У
ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів

мають посилання на відповідне джерело



Д. О. Прохоренко

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
старший дослідник
Орлов Олег Вікторович

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Прохоренко Д. О. Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 Психологія. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, Київ 2026.

Здійснено теоретичний аналіз проблеми психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами як складного багатовимірного психологічного порушення, що може виникати внаслідок впливу травмівних подій та зумовлювати комплексні зміни у психоемоційній, когнітивній, поведінковій і соціальній сферах життєдіяльності дитини.

Узагальнено концепції психотравми з позицій медико-психологічного, соціально-екологічного, психолого-педагогічного та травмоцентричного підходів. Обґрунтовано, що психотравматичний досвід може проявлятися у порушеннях емоційної саморегуляції та самоконтролю, підвищеній тривожності, страхах, емоційній нестабільності, зниженні самооцінки, труднощах усвідомлення та вербалізації власних переживань, порушеннях сну, зниженні концентрації уваги, труднощах навчальної діяльності, проблемах соціальної взаємодії та комунікації, униканні контактів та зниженні адаптаційних можливостей.

З'ясовано зміст і сутність понять «психологічна травма», «психічна травма» і «психотравма». Поняття «психотравма» розглянуто як цілісний процес розвитку травматичних змін психіки, де психологічна травма є первинною реакцією психіки на подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею, а психічна – її патологічним розвитком, що проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки.

Доведено, що психотравмуючі чинники справляють комплексний вплив на розвиток дитини з особливими потребами, що ускладнює інтеграцію до дитячого колективу та ефективну взаємодію з ровесниками й дорослим. Найяскравіше

психотравма проявляється у ключових сферах – когнітивній, емоційній, комунікативній, поведінковій та соціальній, – кожна з яких зазнає специфічних змін під впливом травматичного досвіду. У сфері когнітивного розвитку виявляються суттєві порушення уваги, сприймання, пам'яті, мислення та мовлення; в емоційній сфері, порушення переважно пов'язані з вираженою емоційною лабільністю, обмеженою здатністю до саморегуляції та труднощами в розпізнаванні й вираженні емоцій; у поведінковій – спостерігається широкий спектр порушень, зокрема, імпульсивність, ригідність, прояви агресії або надмірна пасивність; у комунікативній і соціальній сферах – труднощі у встановленні й підтримці міжособистісних контактів, апатія до взаємодії, низький рівень розвитку мовленнєвих і невербальних навичок тощо.

Обґрунтовано, що молодшому шкільному віці часто домінують такі симптоми як страхи, тривожність і соматичні скарги, тоді як у підлітковому – депресивність, апатія, агресивна поведінка, ризиковані форми самовираження та ін.

Теоретично обґрунтовано, що ефективна робота з дітьми з ООП, які зазнали психотравматичного впливу, має базуватися на поєднанні когнітивно-поведінкових, творчих, тілесно-орієнтованих та інтегративних методах, адаптованих до індивідуальних потреб кожної дитини.

Розроблено діагностичний комплекс дослідження психотравми, який вміщував поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування і бесід з дитиною, адаптованих до її рівня розвитку. Визначено і узагальнено критерії вияву психотравми (емоційні вияви, когнітивні зміни, поведінкові патерни, соціальна взаємодія), що дозволило оцінити наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології й дало змогу забезпечити об'єктивність аналізу психоемоційного стану дитини, уникнути стигматизації та забезпечити індивідуалізований підхід у визначенні напрямів корекційно-розвивальної роботи.

З'ясовано особливості психотравматичних проявів у молодших школярів з ООП: низький рівень емоційної саморегуляції, емоційна нестабільність, імпульсивність, труднощі у встановленні соціальних контактів, підвищена вразливість до змін середовища та нових соціальних вимог; агресивні або захисні

поведінкові реакції на фрустраційні ситуації; несформовані механізми подолання стресу та обмежений досвід позитивної соціальної взаємодії; низька самооцінка та відсутність стійких ресурсних стратегій. У молодших підлітків з ООП вираженішими були ознаки емоційного реагування, відмова від ініціативи, зниження мотивації до соціальної активності, самозамикання, соціальне уникнення, в окремих випадках – симптоми підвищеної тривожності або латентної агресії, емоційне напруження та соціальна дезадаптація.

Порівняльний аналіз отриманих даних дітей з НР обох вікових категорій засвідчив, що психотравматичні прояви були менш вираженими. Психоемоційний стан молодших школярів характеризувався відносною стабільністю, що виявлялося в адекватному реагуванні на стресові ситуації, сформованості окремих навичок емоційної саморегуляції, готовності до конструктивної взаємодії й співпраці. Молодші підлітки з НР демонстрували сформовані навички саморефлексії, здатність розпізнавати та усвідомлювати власні емоційні стани, орієнтувалися на конструктивні моделі поведінки у складних соціальних ситуаціях. Характерною рисою, що притаманна дітям з НР була здатність використовувати зовнішні ресурси психологічної підтримки, зокрема допомогу членів родини, друзів і педагогів для подолання труднощів, зниження емоційної напруги та регуляції тривожних переживань.

Розроблено чотири типи психотравматичних проявів у дітей за ознаками вираженості в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах: адаптивно-компенсований тип (низький рівень вираженості психотравматичних проявів); адаптивно-реактивний тип (середній рівень вираженості психотравматичних проявів); афективно-тривожний тип (вище середнього рівня вираженості психотравматичних проявів); афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравматичних проявів). З'ясовано, що у дітей з НР домінує адаптивно-компенсований тип психотравматичних проявів, що пояснюється достатньою спонтанною резильєнтністю – здатністю відновлювати емоційний та когнітивний баланс після стресових впливів без значних тривалих порушень. На відміну від них,

у дітей з ООП спостерігається зміщення розподілу у бік тяжких психотравматичних проявів, зокрема афективно-тривожного та афективно-стресового типів.

Статистично підтверджено значущі відмінності у розподілі типів психотравматичних проявів між молодшими школярами з особливими освітніми потребами та їхніми однолітками з нормотиповим розвитком, що свідчить про те, що наявність особливих освітніх потреб виступає чинником, обтяжуючим перебіг психотравматичного досвіду й зумовлюючим більш виражені психотравматичні прояви. Водночас, у групі молодших підлітків різниця між дітьми з ООП та їхніми однолітками з НР досягла лише граничного рівня статистичної значущості, що свідчить про те, що у дітей з ООП психотравматичні прояви переважно пов'язані з особливостями розвитку когнітивної та емоційно-вольової сфер, що обмежує можливості осмислення та конструктивного подолання травматичного досвіду, тоді як у дітей з НР ці прояви значною мірою обумовлені усвідомленням реальної небезпеки, здатністю до прогнозування наслідків подій та глибшим переживанням щодо загрози власному життю і життю близьких.

Визначено комплекс організаційно-методичних умов, необхідних для ефективного подолання наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами. До основних умов віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційно-розвивальних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу згідно потреб дитини.

Розроблено комплексну програму подолання наслідків психотравми, зміст якої структуровано за п'ятьма взаємопов'язаними блоками: організаційно-мотиваційним, корекційно-регуляційним, когнітивно-поведінковим, соціально-інтеграційним та заключно-рефлексивним. У межах психокорекційної роботи застосовувалися різноманітні методи та техніки, зокрема, арт-терапевтичні та казкотерапевтичні вправи, тілесно-орієнтовані й релаксаційні практики, когнітивно-поведінкові техніки,

рольові ігри, нейропсихологічні вправи, соціально-комунікативні тренінги та рефлексивні бесіди, що дало змогу комплексно впливати на подолання психотравматичного досвіду.

Результати контрольного експерименту засвідчили позитивну динаміку у дітей експериментальної групи порівняно з дітьми контрольної групи. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у дітей ЕГ в сфері емоційної саморегуляції, здатності розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани, усвідомлювати й використовувати внутрішні та зовнішні психологічні ресурси, формувати позитивні переконання щодо власних можливостей, долати страхи та психотравматичні переживання, застосовувати конструктивні моделі поведінки у складних і стресових ситуаціях. Поряд з цим, у них покращилася здатність до співпраці, емпатійного реагування, звернення по допомогу та вміння позитивної взаємодії з однолітками й дорослими.

За результатами формуючого експерименту було визначено чотири рівні інтенсивності психотравматичних проявів після проходження дітьми психокорекційної програми (адаптивний, адаптивно-реактивний, афективно-тривожний, афективно-стресовий). З'ясовано, що в експериментальній групі близько 80 % дітей досягли адаптивного або адаптивно-реактивного рівня, що свідчить про сформованість достатніх механізмів психологічної адаптації, розвиток навичок саморегуляції та здатність використовувати набуті стратегії подолання проявів психотравми. Водночас наявність 20 % дітей з афективно-тривожним рівнем вказує на необхідність подальшого індивідуального психокорекційного супроводу. Дітей з афективно-стресовим рівнем (значні труднощі) у ЕГ не виявлено.

У контрольній групі близько 80 % дітей обіймали афективно-тривожний та афективно-стресовий рівні, тоді як дітей на адаптивному рівні виявлено не було. Тобто, у значної частини дітей КГ зберігаються труднощі емоційної регуляції, самоконтролю, соціальної адаптації, усвідомлення власних ресурсів та конструктивного подолання стресових ситуацій.

За допомогою методу t-критерію Стюдента та χ^2 -критерію Пірсона встановлено, що розподіл дітей за рівнями вираженості психотравматичних проявів в

експериментальній та контрольній групах статистично відрізняється. Виявлені відмінності характеризуються зміщенням результатів експериментальної групи у бік адаптивних рівнів, що узгоджується з припущенням про позитивний вплив реалізованої психокорекційної програми.

Наукова новизна здобутих результатів полягає в тому, що: *вперше*: розроблено організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, до яких віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини; розроблено типи психотравматичних проявів у молодших школярів та підлітків з особливими освітніми потребами: адаптивно-компенсований тип (низький рівень вираженості психотравматичних проявів), адаптивно-реактивний тип (середній рівень вираженості психотравматичних проявів), афективно-тривожний тип (вище середнього рівня вираженості психотравматичних проявів), афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравматичних проявів); розроблено програму подолання психотравми у дітей з ООП, яка вміщує п'ять блоків: організаційно-мотиваційний, корекційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний та заключно-рефлексивний; розроблено авторську діагностичну методику «Я і світ», що дало змогу оцінити індивідуальне ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу загалом, а також дослідити глибинний образ «Я» та відчуття власного місця в життєвому просторі; розроблено діагностичний інструментарій виявлення психотравматичних проявів у дітей з ООП, який містить поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку дитини); розроблено авторські адаптації та модифікації методів та технік, зокрема, арт-терапевтичних та казкотерапевтичних вправ, тілесно-орієнтованих й релаксаційних практик,

когнітивно-поведінкових технік, соціально-комунікативних тренінгів та рефлексивних бесід, що дало змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду; визначено маркери психотравми у дітей з ООП у емоційній, когнітивній, поведінковій та соціальній сферах: емоційні вияви (тривожність, страх, емоційна нестабільність тощо), когнітивні зміни (погіршення уваги, пам'яті, мислення, низький рівень участі до навчання, гри), поведінкові патерни (агресивність, імпульсивність, уникнення, регрес у поведінці), соціальна взаємодія (труднощі у спілкуванні, ізоляція, втрата довіри до дорослих або однолітків), що дало змогу оцінити наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології та забезпечити об'єктивність аналізу психоемоційного стану дитини, уникнути стигматизації та забезпечити індивідуалізований підхід у визначенні напрямів корекційно-розвивальної роботи; *подальшого розвитку набули*: наукові уявлення про сутність, зміст та особливості надання психокорекційної допомоги дітям з ООП щодо подолання психотравми; методи подолання психотравматичного досвіду дітей з ООП в поєднанні когнітивно-поведінкових, творчих, тілесно-орієнтованих та інтегративних методів, адаптованих до індивідуальних потреб кожної дитини; методи оцінювання прояву психотравми у дітей з особливими освітніми потребами за критеріями, які притаманні всім нозологіям (емоційні вияви, когнітивні зміни, поведінкові патерни, соціальна взаємодія), що дозволяє діагностувати наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології; методи та прийоми психокорекційної роботи щодо подолання психотравми у дітей з ООП; *уточнено*: поняття «психотравми» як цілісного процесу розвитку травматичних змін психіки, де психологічна травма є первинною реакцією психіки на подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею, а психічна – її патологічним розвитком, що проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки; особливості прояву психотравми в когнітивній, емоційній, поведінковій та соціальній сферах розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Практичне значення здобутих результатів полягає у тому, що: розроблено організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, до яких віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини; розроблено програму подолання психотравми у дітей з ООП, яка вміщує п'ять блоків: організаційно-мотиваційний, корекційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний та заключно-рефлексивний; розроблено авторську діагностичну методику «Я і світ», що дало змогу оцінити індивідуальне ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу загалом, а також дослідити глибинний образ «Я» та відчуття власного місця в життєвому просторі; розроблено діагностичний інструментарій виявлення психотравматичних проявів у дітей з ООП, який містить поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку дитини) і застосовується фахівцями спеціальних/інклюзивних закладів та ІРЦ в роботі з дітьми, які отримали психотравматичний досвід або як додатковий матеріал для виявлення маркерів психотравми; розроблено низку авторських адаптацій та модифікацій методів та технік, зокрема, арт-терапевтичних та казкотерапевтичних вправ, тілесно-орієнтованих й релаксаційних практик, когнітивно-поведінкових технік, соціально-комунікативних тренінгів та рефлексивних бесід, що дало змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду, й може використовуватися як підґрунтя для створення освітніх програм для студентів, курсів підвищення кваліфікації для психологів та фахівців ІРЦ.

Ключові слова: адаптація, арт-терапія, війна, емоційна сфера, когнітивно-особистісна сфера, соціально-комунікативна сфера, шкільний вік, особливі освітні

потреби, порушення інтелектуального розвитку, порушення поведінки, психічне здоров'я, психологічний супровід, стрес, травма, тривожність

ABSTRACT

Prokhorenko, D. O. Organizational and methodological conditions for overcoming psychotrauma in children with special educational needs. – Qualifying scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in Field of Knowledge 05 Social and Behavioral Sciences, Specialty 053 Psychology. Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2026.

A theoretical analysis of psychotraumatic experience in children with special educational needs (SEN) was conducted, conceptualizing it as a complex, multidimensional psychological disorder arising from exposure to traumatic events and inducing complex alterations across the psychoemotional, cognitive, behavioral, and social spheres of a child's life.

Concepts of psychotrauma were synthesized through medico-psychological, socio-ecological, psycho-pedagogical, and trauma-informed approaches. It was substantiated that psychotraumatic experience manifests through impairments in emotional self-regulation and self-control, elevated anxiety, fears, emotional instability, decreased self-esteem, difficulties in recognizing and verbalizing personal experiences, sleep disturbances, reduced attention span, academic difficulties, social interaction and communication deficits, social avoidance, and diminished adaptive capacity.

The conceptual boundaries of «psychological trauma», «psychic trauma» and «psychotrauma» were clarified. «Psychotrauma» is defined as a holistic process of traumatic alterations within the psyche, wherein psychological trauma constitutes the primary psychological reaction to an event exceeding coping resource, while psychic trauma represents its pathological evolution, manifesting as cognitive, emotional, thought, and behavioral disorders. It was demonstrated that psychotraumatic factors exert a complex

impact on the development of children with special needs, complicating their peer integration and effective interaction with peers and adults.

Psychotrauma manifests most prominently across key domains-cognitive, emotional, communicative, behavioral, and social-each undergoing specific alterations under traumatic stress. The cognitive domain exhibits marked impairments in attention, perception, memory, thinking, and speech; the emotional sphere displays emotional lability, limited self-regulation, and alexithymic tendencies; the behavioral sphere shows a wide range of dysfunctions, including impulsivity, rigidity, aggressiveness, or excessive passivity; and the communicative and social domains demonstrate difficulties in maintaining interpersonal contacts, interaction apathy, and underdeveloped verbal and non-verbal skills.

It was established that early school-age children predominantly present with fears, anxiety, and somatic complaints, whereas adolescents exhibit depressive symptoms, apathy, aggressive behavior, and risk-taking expressions.

It was theoretically substantiated that effective intervention for children with SEN affected by psychotrauma must rely on an integrative synthesis of cognitive-behavioral, creative, body-oriented, and holistic techniques tailored to individual developmental needs. A diagnostic battery was developed to assess psychotrauma, integrating clinical observations, psychodiagnostic tools, questionnaires, and developmental-level-adapted interviews. Criteria for psychotrauma manifestations were categorized (emotional manifestations, cognitive changes, behavioral patterns, social interaction), enabling an evaluation of traumatic sequelae irrespective of specific clinical nosology.

This approach ensured diagnostic objectivity, mitigated stigmatization, and facilitated individualized corrective-developmental programming. Specific manifestations of psychotrauma in primary school children with SEN were identified: low emotional self-regulation, emotional instability, impulsivity, social engagement difficulties, heightened sensitivity to environmental changes and social demands, aggressive or defensive reactions to frustration, underdeveloped coping mechanisms, lack of positive social experience, low self-esteem, and absent coping resources. In young adolescents with SEN, symptoms of emotional detachment, lack of initiative, reduced social motivation, self-isolation, social

avoidance, and occasionally latent aggression, emotional tension, and social maladaptation were more pronounced.

A comparative analysis revealed that psychotraumatic manifestations were significantly less pronounced in neurotypical (NT) peers. The psychoemotional state of primary-school NT children demonstrated relative stability, appropriate stress responses, emerging self-regulation, and readiness for constructive cooperation. NT adolescents exhibited developed self-reflection, emotional awareness, and constructive behavioral models in complex social situations. A defining feature of NT children was their capacity to leverage external psychological support (family, peers, educators) to mitigate distress and regulate anxiety.

Four typologies of psychotraumatic manifestations were formulated based on severity across emotional, cognitive, social, and behavioral domains: adaptive-compensated type (low severity), adaptive-reactive type (moderate severity), affective-anxious type (above-average severity), and affective-stress type (high severity). NT children predominantly exhibited the adaptive-compensated type, attributable to adequate spontaneous resilience – the ability to restore psychoemotional equilibrium post-stressor without enduring dysfunction. Conversely, children with SEN exhibited a significant distribution shift toward severe typologies (affective-anxious and affective-stress).

Statistically significant differences in typology distribution were confirmed between primary-school children with SEN and their NT peers, demonstrating that the presence of SEN acts as an aggravating factor that exacerbates psychotrauma severity from early school age. However, in the adolescent group, differences reached only marginal statistical significance, indicating that in children with SEN, psychotraumatic manifestations stem primarily from cognitive and emotional-volitional developmental constraints limiting trauma processing, whereas in NT adolescents, manifestations were largely driven by cognitive appraisal of real danger, consequence forecasting, and existential concern for personal and familial safety. A system of organizational and methodological conditions necessary for effective trauma recovery in children with SEN was identified: comprehensiveness and systematicity of psychological intervention, consideration of individual typological characteristics, progressive task complexity, creation of a

psychologically safe environment, utilization of interactive and play-based methods, active family involvement, and continuous outcome monitoring with dynamic adaptation of interventions.

A comprehensive trauma-recovery program was developed, structured into five interconnected modules: organizational-motivational, corrective-regulatory, cognitive-behavioral, socio-Integrative, and final-reflective. Corrective interventions incorporated art therapy, fairytale therapy, body-oriented and relaxation practices, cognitive-behavioral techniques, role-playing, neuropsychological exercises, socio-communicative training, and reflective dialogue. Post-intervention control testing demonstrated significant positive dynamics in the experimental group (EG) compared to the control group (CG). EG children showed marked improvements in emotional self-regulation, emotional literacy, resource utilization, self-efficacy, fear mastery, and constructive coping in stressful situations. Additionally, cooperative capacity, empathetic responsiveness, help-seeking behavior, and peer/adult interaction improved significantly.

Post-experimental assessment classified outcomes into four post-intervention intensity levels: adaptive, adaptive-reactive, affective-anxious, and affective-stress. Approximately 80% of EG children achieved Adaptive or adaptive-reactive levels, demonstrating restored psychological adaptation and coping efficacy. The remaining 20% at the affective-anxious level highlighted the need for ongoing individualized support. No EG children remained at the affective-stress level. In contrast, approximately 80% of CG children remained within the affective-anxious and affective-atress levels, with 0% reaching the adaptive level, reflecting persistent deficits in emotional regulation, self-control, and coping execution. Student's t-test and Pearson's chi-square test confirmed statistically significant differences in distribution between EG and CG, proving the positive efficacy of the implemented psychological program.

Scientific novelty of the results: for the first time: organizational and methodological conditions for overcoming psychotrauma in children with SEN were defined (systematicity, individualized approach, gradual task progression, safe environment, play methods, family engagement, dynamic monitoring); a typology of psychotraumatic manifestations in primary-school children and adolescents with SEN was established (adaptive-compensated,

adaptive-reactive, affective-anxious, affective-stress); a 5-module trauma recovery program for children with SEN was created (organizational-motivational, corrective-regulatory, cognitive-behavioral, socio-integrative, final-reflective); the diagnostic tool «Me and the World» was authored to evaluate a child's self-concept, social attitudes, world view, and spatial-existential identity; a specialized diagnostic battery combining clinical observation, psychodiagnostics, surveys, and developmental interviews was developed; author-modified art therapeutic, fairytale, body-oriented, cognitive-behavioral, and reflective techniques were introduced for holistic intervention across emotional, cognitive, behavioral, and social spheres; trans-nosological markers of psychotrauma in children with SEN were classified across emotional, cognitive, behavioral, and social domains, preventing diagnostic stigmatization and enabling individualized care. Further Developed: theoretical insights into psychological assistance for trauma recovery in children with SEN; integrative methodologies combining cognitive-behavioral, creative, body-oriented, and holistic approaches tailored to special needs; trans-nosological assessment criteria for evaluating trauma severity across clinical groups; corrective-developmental methods for managing psychotrauma in special education settings. Clarified: the conceptual definition of «psychotrauma» as an overarching process of traumatic psychic alteration, differentiating primary psychological trauma from pathological psychic trauma development; sphere-specific manifestations of psychotrauma (cognitive, emotional, behavioral, social) in children with special educational needs.

Practical significance of the results: Development of organizational and methodological framework conditions applicable to inclusive and special education environments; creation of a structured 5-module psychological intervention program for educational and clinical implementation; design and deployment of the original diagnostic method «Me and the World» for child clinical assessment; implementation of an adapted diagnostic battery for Inclusive Resource Centers (IRCs) and special educational institutions to detect trauma markers without diagnostic bias; formulation of modified therapeutic exercises and training modules suitable for integration into academic curricula for university students, professional development courses, and specialized training for educational psychologists and IRC practitioners.

Keywords: adaptation, art therapy, war, emotional sphere, cognitive-personal sphere, socio-communicative sphere, school age, special educational needs, intellectual disability, behavioral disorders, mental health, psychological support, stress, trauma, anxiety.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковано основні результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях, категорії Б (у тому числі ті, які індексуються у міжнародних наукометричних базах)

1. Прохоренко, Д. О. (2023). До проблеми психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах криз. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 2(23), 103-114. <https://doi.org/10.33189/epsn.v2i23.233>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/233>
2. Прохоренко, Д. О. (2024). Дослідження психотравматичних наслідків у дітей з особливими освітніми потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(24), 208-220. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i24.249>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/249>
3. Прохоренко, Д. О. (2024). Психологічна підтримка дітей з ООП: комплексний підхід у подоланні наслідків ПТСР. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 115(3), 75-88. <https://doi.org/10.33189/ectu.v115i3.186>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/186
4. Прохоренко, Д. (2025). Дослідження особливостей психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 119(3), 178-192. <https://doi.org/10.33189/ectu.v119i3.273>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/273
5. Прохоренко, Д. (2025). До питання резильєнтності у дітей з особливими освітніми потребами: зарубіжний досвід подолання психотравми. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 118(2), 122-137. <https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.234>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/234
6. Прохоренко, Д. (2025). Прояви психотравми у дітей з особливими освітніми потребами: діагностичні методи оцінки психічних станів. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 120(4), 206-223. <https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.297>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/297

7. Прохоренко, Д. (2026). Вплив психотравми на сприйняття реальності дітьми з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 121(1), 223-238. <https://doi.org/10.33189/ectu.v121i1.319>. URL:

https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/319

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Прохоренко, Д. О. (2024). Проблема психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, Київ, 76-80. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BB.%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84.%202024.pdf>

9. Прохоренко, Д. О. (2024). Стратегії та методи роботи з психотравмою у дітей з особливими освітніми потребами. Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології, Київ, 345-348. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743112/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83_%202024%2B.pdf

10. Прохоренко, Д. О. (2025). Методологічні підходи до вивчення психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. Освіта без бар'єрів: євроінтеграційні виміри. Матеріали XI Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології, Київ, 292-296. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747265/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83-2025_%D0%BE%D1%81%D1%82.pdf

11. Прохоренко, Д. О. (2025). Теоретичні аспекти діагностики психотравми дітей з особливими освітніми потребами. Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, Київ: 64-70 с. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=14323>

12. Прохоренко, Д. О. (2025). Психолого-педагогічні особливості психотравми дітей з особливими освітніми потребами: когнітивний, емоційний та соціальний аспекти. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: психолого-педагогічний, корекційно-реабілітаційний, соціальний і медичний аспекти. Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, Полтава, 184-192. ISBN 978-966-2538-83-0. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f8b59cf2-d197-42ff-b9eb-48e307ce194f/content>

13. Прохоренко, Д. О. (2026). Зміни сприйняття реальності у дітей з особливими освітніми потребами під впливом психотравми. Theoretical and Practical Scientific Achievements: Research and Results of their Implementation: Collection of Scientific Papers «SCIENTIA» with Proceedings of the X International Scientific and Theoretical Conference, Liverpool, England, 332-336. ISBN 979-8-89660-287-3 URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/13.02.2026>

14. Prokhorenko, D. O. (2026) Clinical Interview with Elements of Observation as a Method for Identifying Psychotraumatic Markers in Children with Special Educational Needs. Global Perspectives on Research and Innovation: Proceedings of the International Scientific Conference. International Scientific Conference, Amsterdam, Netherlands, 108-111. DOI: <https://doi.org/10.64076/iedc260305>. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2026/03/re-05.03.2026.pdf>

15. Прохоренко Д. (2026). Комплексна психологічна підтримка дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни: результати експериментальної програми. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (червень, 2026 р.). Київ, С 74-79. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/750198>

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації.

16. Прохоренко, Д. О. (2024). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей. *Спеціальна педагогіка і психологія. Сучасний термінологічний словник* / за

редакцією Л. Прохоренко, В. Засенка. Київ. 173-174. <https://ispukr.org.ua/?p=12942>.
URL: <https://ispukr.org.ua/?p=12942>

17. Прохоренко, Л., & Прохоренко, Д. (2023). Дистанційне навчання дітей з особливими потребами: створення моделі. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(22), 87-102. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i22.222>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/222>

18. Прохоренко Л.І., Прохоренко Д.О. (2023). Проблеми та переваги дистанційного навчання дітей з порушеннями когнітивного розвитку. Modern ways of solving the problems of science in the world. Матеріали VI International Scientific and Practical Conference, Warsaw, Poland, 260-266. URL: <https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2023/02/MODERN-WAYS-OF-SOLVING-THE-PROBLEMS-OF-SCIENCE-IN-THE-WORLD.pdf>

19. Прохоренко, Л., Орлов, О., & Прохоренко, Д. (2024). Освіта осіб з особливими потребами в країнах Європи та Україні: порівняльний контент-аналіз. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 113(1), 7-41. <https://doi.org/10.33189/ectu.v113i1.163>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/163

ЗМІСТ

ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ	36
1.1. Теоретичні підходи до проблеми психотравми в науковій літературі.....	36
1.2. Дослідження проявів психотравматичного досвіду у дітей.....	48
1.3. Особливості прояву психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.....	59
1.4. Методи подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами	72
Висновки до першого розділу	85
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....	90
2.1. Організація дослідження та психодіагностичний інструментарій вивчення проявів психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами....	90
2.2. Особливості проявів психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.....	121
2.3. Типологія вираженості проявів психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.....	174
Висновки до другого розділу	186
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ..	190
3.1 Теоретико-методичні засади та програма подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.....	190
3.2. Результати формуючого експерименту.....	221
Висновки до третього розділу	246
ВИСНОВКИ	250
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	256
ДОДАТКИ	274

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ООП – особливі освітні потреби

НР – нормотиповий розвиток

РДУГ – розлад дефіциту уваги та гіперактивності

РАС – розлад аутистичного спектра

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ТОТ- тілесно-орієнтована терапія

КТП- когнітивно-поведінкова терапія

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема психологічної допомоги дітям, що постраждали внаслідок війни, є злободенною для сучасного українського суспільства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я від 30 до 40 % осіб, які отримали психотравму, часто потребують не медикаментозного лікування, а саме психологічної чи психотерапевтичної допомоги.

Психологічні наслідки травмівного досвіду війни, зумовленого тривалою емоційною напругою, руйнуванням безпечного середовища, різким порушенням звичного способу життя, вимушеним переміщенням, втратою близьких, житла, соціальних зв'язків та інших значущих ресурсів, привернули значну увагу фахівців у галузі психології, медицини, нейропсихології та суміжних наук до проблеми психотравми дітей. Особливої актуальності ця проблема набуває у контексті дітей з особливими освітніми потребами та їхніх родин, які належать до найбільш уразливих категорій населення в умовах війни.

В сучасній психолого-педагогічній науці проблема посттравматичних стресових розладів здебільшого вивчалася в контексті медичних, психологічних і медико-психологічних аспектів, зокрема: вивчення впливу посттравматичних стресових розладів на психіку і стан здоров'я людини – О. Безпалько, Р. Вайнола А. Капська, М. Оксютрович, І. Попович, В. Сабадуха та ін.; з'ясування особливостей переживання стресу – О. Вовченко, О. Куліш, І. Мазоха, Т. Титаренко та ін.; вивчення посттравматичних стресових розладів з позицій психології емоційної сфери особистості (О. Антонова, О. Бабяк, О. Вовченко, І. Ващенко, Н. Гончарук, Т. Кириленко, Г. Соколова, Т. Титаренко, О. Чебикін та ін.); дослідження проявів дезадаптації, емоційних порушень, невротичних реакції та стани (О. Бондаренко, С. Максименко, О. Орлов та ін.); вивчення медикобіологічних, патохарактерологічних та соціопатичних дисфункції, які ускладнюють процес соціальної адаптації в будь-якому віці (О. Захаров, В. Зеленін, В. Князєв, О. Орлов та ін.); дослідження факторів, які зумовлюють ймовірність виникнення психотравматичних психічних розладів – С. Балашова, О. Бойко, М. Варій, Н. Главацька, Г. Сельє, Т. Холмс та ін.; специфіку особистісного профілю в умовах

кризи вивчали – О. Гуменюк, Дж. Гринберг, Ф. Данбар, С. Максименко, Л. Прохоренко, В. Рибалка та ін.; порушення окремих сфер розвитку, з'ясування особливостей психотравми та її вплив на життєдіяльність особистості досліджували – І. Астремська, В. Климчук, Н. Кривоконь, Р. Лазарус, Г. Соколова, О. Романенко, Т. Яценко й ін.; прояви соціально-психологічної дезадаптації особистості з особливими потребами були проблемним полем – Н. Баташевої, Є. Клопоті, В. Кобильченка, С. Литовченко, О. Мамічевої, І. Омельченко, Г. Соколової, О. Чеботарьоваої, А. Шевцова та ін.; дослідження психотравми в межах вивчення особистості у медико-психологічних, соціально-психологічних, психолого-педагогічних науках (В. Кобильченко, С. Кульбіда, С. Максименко, І. Омельченко, А. Тарас, Т. Титаренко, І. Цимбалюк та ін.); реабілітаційна допомога особам з певними психофізичними особливостями, в першу чергу з соматичними захворюваннями, обмеженнями в сенсорній сфері чи у функціонуванні опорно-рухового апарату (А. Блеч, Ю. Вихляєв, О. Глоба, Т. Гребенюк, О. Мякушко, В. Синьов, Є. Синьова, Л. Фомічова, О. Чеботарьова, А. Шевцов, М. Шеремет та ін.). Науковці свідчать, що психотравма, спричинена впливом стресових чинників, негативно позначається на психічному та соціальному розвитку дитини. Вчені одностайні в тому, що її наслідки можуть проявлятися у порушеннях функціонування когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної, інтелектуальної та поведінкової сфер, зниженні здатності до саморегуляції, труднощах соціальної взаємодії та формуванні дезадаптивних моделей поведінки.

В галузі спеціальної психології і педагогіки низку досліджень присвячено проблемі психотравми у дітей з особливими потребами, зокрема: вплив психотрами на функціонування психічних процесів вивчали – Т. Бевз, О. Вовченко, Т. Ілляшенко, С. Максименко, О. Орлов, В. Панок, О. Романенко та ін.; питання психолого-педагогічного супроводу батьків дітей з ООП в умовах криз окреслено в працях І. Астремської, О. Бабяк, К. Борисенко, Е. Борщ, О. Деркачук, С. Євтуха, В. Кобильченка, С. Кульбіди, Ю. Литвиненко, Г. Соколової, І. Поповича, Л. Чеховської та ін; психофізіологічні особливості впливу психотрами досліджували – О. Анапрієнко, С. Болтівець, О. Васильєв, В. Войціцький, О. Гайдей, Л. Гармаш,

Т. Кульбачка, О. Орлов та ін; вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань дітей досліджували Л. Гармаш, В. Князєв, М. Коваль, Н. Коцур, М. Скорик, Л. Товкун; особливості емоційної, комунікативної та поведінкової сфер дітей з ООП обґрунтовано в працях Н. Баташевої, О. Бабяк, В. Кобильченко, Я. Коломінського, І. Омельченко, Т. Панька та ін.; вплив стресу на когнітивно-поведінкові та пізнавальні процеси дітей з ООП вивчали К. Бужинецька, І. Гладченко, А. Душка, Є. Данілавичюте, О. Мякушко, Л. Прохоренко, Л. Руденко та ін. Автори стверджують, що порушення безпечного середовища, зміна соціального оточення та звичного способу життя суттєво впливають на психоемоційний стан дітей. У дітей з ООП перебіг психотравми характеризується більшою вираженістю та тривалістю психоемоційних порушень, що пов'язано з особливостями їхнього психофізичного розвитку, недостатньою сформованістю механізмів емоційної саморегуляції, труднощами когнітивного опрацювання травматичного досвіду та обмеженими адаптаційними ресурсами. Унаслідок цього психотравматичні переживання можуть глибше впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову й соціальну сфери розвитку дитини та ускладнювати процес її психологічної адаптації.

Водночас, незважаючи на наявність значної кількості наукових праць у галузі спеціальної психології, присвячених дослідженню психотравматичного досвіду дітей з особливими освітніми потребами, проблема їхнього психологічного супроводу, соціальної адаптації, корекції емоційно-поведінкових, когнітивних і соціально-комунікативних порушень, спричинених психотравмою, залишається недостатньо розробленою як у теоретичному, так і у практичному аспектах.

У зв'язку з цим актуалізується потреба у розробленні науково обґрунтованих організаційно-методичних умов подолання наслідків психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, які передбачають комплексний підхід до психодіагностики психотравматичних проявів, своєчасне виявлення порушень психоемоційного стану, когнітивної, емоційної, поведінкової та соціальної сфер, а також розроблення й упровадження системи психокорекційних і психотерапевтичних методів, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя, розвиток

адаптивних механізмів, психологічної стійкості та успішної соціальної адаптації дітей.

Таким чином, актуальність означеної проблеми та її недостатня розробленість зумовили визначення теми дисертаційного дослідження **«Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до тематичного плану досліджень Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України «Теоретичні та методичні засади освіти дітей з особливими освітніми потребами» та у контексті комплексної теми відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами «Теоретико-методичні основи психолого-педагогічного супроводу осіб з когнітивними порушеннями» 2021-2023 рр. (державний реєстраційний номер теми 0121U108682); «Теоретико-методичні засади психологічного та психотерапевтичного супроводу ресоціалізації осіб з особливим освітніми потребами в умовах кризових викликів», 2024-2025 рр. (державний реєстраційний номер теми 0124U000496); «Психолого-педагогічні засади подолання психосоціального стресу у осіб з особливими освітніми потребами», 2026 – 2027 рр. (державний реєстраційний номер теми 0126U000444). Тему дисертації затверджено вченою радою Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (Протокол №10 від 13.11.2023р.).

Мета дослідження розробити теоретично обґрунтовану і експериментально апробовану програму подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми психотравми у дітей з особливими освітніми потребами в науковій літературі.
2. З'ясувати особливості протікання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами та визначити типи проявів психотравми.

3. Обґрунтувати організаційно-методичні умови подолання психотрами та розробити програму подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.

4. Апробувати та перевірити ефективність програми подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.

Об'єкт дослідження – психотравма дітей з особливими освітніми потребами.

Предмет дослідження – організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: медико-психологічний підхід в контексті дослідження психотравматичних наслідків у дітей з особливими освітніми потребами, які мають сенсомоторні, когнітивні, мовленнєві чи емоційно-вольові порушення (О. Вовченко, Т. Красніков, О. Орлов, О. Скрипченко, О. Чабан, О. Чеботарьова, А. Шевцов, Т. Ayres, A. Bundy, B. Kolk, A. Koomar, B. Perry та ін.); психолого-педагогічний підхід – розгляд психотравми як порушення соціальної ситуації розвитку, що ускладнює процес інтеріоризації норм, цінностей, способів поведінки та саморегуляції (І. Астремська, О. Бондаренко, С. Максименко, М. Матяш, В. Панок, І. Попович, О. Романенко, Г. Соколова, О. Чеботарьова, А. Шевцов, Т. Яценко); соціально-екологічний підхід в контексті порушення балансу у системі «дитина-середовище», що проявляється через розрив або деформацію зв'язків між мікро- та мезо- рівнями (У. Бронфенбреннер, Ю. Орлов, І. Бех); травмоцентричний підхід, дослідження психотравми як багатовимірного явища, що охоплює тілесний, когнітивний та емоційний рівні функціонування особистості (Дж. Герман, В. Куніцина, Н. Пов'якель, B. Kolk); інтегративний підхід, як цілісна методологічна стратегія, що орієнтується на міждисциплінарне поєднання педагогічних, психологічних, соціальних і медичних знань для забезпечення комплексної підтримки дітей з особливими освітніми потребами (В. Бондарь, В. Засенко, І. Єрмаков, В. Кобильченко, С. Кульбіда, С. Литовченко, І. Мадзігон, С. Максименко, О. Савченко, І. Омельченко, В. Панок, M. Ainscow, N. Barber, U. Bronfenbrenner, T. Booth, S. Ceci, A. Dyson, M. Turner та ін.); психологічні підходи щодо розвитку резильєнтності (В. Кобильченко, Г. Костюк, С. Литовченко,

С. Максименко, Л. Прохоренко); принципи психокорекційної та корекційно-розвиткової роботи з дітьми з ООП (І. Астремська, О. Бабяк, А. Бек, К. Бужинецька, О. Вовченко, Е. Данілавічюте, В. Засенко, С. Кульбіда, С. Литовченко, О. Орлов, Л. Прохоренко, О. Романенко, Г. Соколова, О. Чеботарьова, Н. Ярмола та ін.); положення соціалізації та інтеграції в контексті створення підтримуючого середовища для відновлення психічної рівноваги (У. Бронфенбреннер, О. Вовченко, О. Савченко, О. Чеботарьова); теоретичні та емпіричні дослідження психолого-педагогічного супроводу осіб із особливими потребами (О. Бабяк, Н. Баташева, Е. Данілавічюте, В. Засенко, В. Кобильченко, С. Кульбіда, С. Литовченко, А. Обухівська, І. Омельченко, В. Панок, Л. Прохоренко, Т. Сак, Т. Скрипник, О. Чеботарьова, Н. Ярмола та ін.); положення теорії взаємозв'язку процесів навчання і розвитку (І. Бех, В. Бондар, В. Засенко, С. Максименко, Н. Менчинська, В. Панок, В. Синьов) та ін.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети було використано такі методи:

– *теоретичні*: теоретико-методологічний аналіз, зіставлення інформації із загальної, спеціальної психолого-педагогічної, медичної наукової літератури, узагальнення й систематизація теоретичних даних – з метою визначення стану розробленості проблеми, якісної обробки дослідницької інформації та визначення перспективних напрямів подальшого вивчення проблемних питань;

– *емпіричні*: спостереження, анкетування, тести, психологічний експеримент (констатувальний і формувальний); клінічне інтерв'ю з елементами спостереження; шкала оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (The child PTSD symptom scale for DSM-V (CPSS-V SR); метод «Клінічне інтерв'ю з елементами спостереження»; адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції» (переклад та адаптація: О. Хаустова, Л. Трачук, В. Безшейко); авторська методика «Я і світ»; проєктивна методика «Малюнок сім'ї» (за В. Вольфом); методика арт-тестування «Дерево. Дім. Я»; метод «Спостереження дитини у природному середовищі» (адаптований варіант); модифіковані проєктивні вправи: «Моє коло підтримки», «Мій безпечний простір»,

«Закінчи історію»; авторська модифікація дихальної вправи «Дихання у долоньки»; авторська модифікація психокорекційної арт-терапевтичної вправи «Намалюй свій страх»; психокорекційні вправи: «Знайди відмінності», «Я можу впоратися», «Потрібна допомога», «Мій ресурс сьогодні»; КПТ-техніка «Стоп-кадр»; соціально-комунікативний тренінг «Співпраця в парі»; структурована рефлексивна бесіда «Що я відчуваю зараз?»;

– *обробки даних* з використанням методів математичної статистики в констатуючому та формуючому експериментах: методи описової (дескриптивної) статистики, метод критерію χ^2 Пірсона, t-критерію Стюдента, точного критерію Фішера-Фрімана-Галтона.

Вірогідність здобутих результатів забезпечується: науково-теоретичним обґрунтуванням вихідних положень дослідження; використанням комплексу взаємодоповнюючих методів, адекватних меті, предмету та завданням дослідження; поєднанням кількісного та якісного аналізу емпіричного матеріалу; ефективністю експериментальної роботи.

Експериментальна база дослідження: Комунальний заклад освіти «Спеціальна школа «ШАНС» Дніпропетровської обласної ради; Комунальна установа «Інклюзивно-ресурсний центр» Солотвинської селищної ради Тячівського району Закарпатської області; Кам'янець-Подільський навчально-реабілітаційний центр Хмельницької обласної ради; Кам'янець-Подільський ліцей №9 ім. А. М. Трояна Кам'янець-Подільської міської ради Хмельницької області; Навчально-науковий інститут фізичної культури, спорту та спеціальної освіти Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського; Сумський заклад загальної середньої освіти спеціальна школа сумської міської ради; Комунальна установа Піщанська загальноосвітня школа І-ІІ ступенів, м. Суми, Сумська область; Комунальний загальноосвітній навчальний заклад «Навчально-реабілітаційний центр № 17 м. Києва; Комунальний заклад Львівської обласної ради «Багатoproфільний навчально-реабілітаційний центр Святого Миколая».

Дослідженням було охоплено молодших школярів та молодших підлітків (учні 1-6 класів). З них: у констатувальному дослідженні взяли участь 159 дітей (82 дітей з ООП (42 особи молодшого шкільного віку і 40 осіб молодшого підліткового віку) та 77 дітей з НР (39 осіб молодшого шкільного віку і 38 осіб молодшого підліткового віку); у формувальному експерименті взяли участь 40 молодших школярів та молодших підлітків з ООП (учні 4-5 класів): 20 дітей експериментальної групи та 20 дітей контрольної групи, які не проходили корекційного навчання.

Наукова новизна:

вперше:

- розроблено організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, до яких віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступове ускладнення корекційно-розвивальних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини;

- розроблено типи психотравматичних проявів у молодших школярів та підлітків з особливими освітніми потребами: адаптивно-компенсований тип (низький рівень вираженості психотравматичних проявів); адаптивно-реактивний тип (середній рівень вираженості психотравматичних проявів); афективно-тривожний тип (вище середнього рівня вираженості психотравматичних проявів); афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравматичних проявів);

- розроблено програму подолання психотравми у дітей з ООП, яка вміщує п'ять блоків: організаційно-мотиваційний, корекційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний та заключно-рефлексивний;

- розроблено авторську діагностичну методику «Я і світ», що дало змогу оцінити індивідуальне ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу загалом, а також дослідити глибинний образ «Я» та відчуття власного місця в життєвому просторі;

- розроблено діагностичний інструментарій виявлення психотравматичних проявів у дітей з ООП, який містить поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування батьків/педагогів і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку дитини);

- розроблено низку авторських адаптацій та модифікацій методів та технік, зокрема, арт-терапевтичних та казкотерапевтичних вправ, тілесно-орієнтованих й релаксаційних практик, когнітивно-поведінкових технік, соціально-комунікативних тренінгів та рефлексивних бесід, що дало змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду;

- визначено маркери психотравми у дітей з ООП у емоційній, когнітивній, поведінковій та соціальній сферах: емоційні вияви (тривожність, страх, емоційна нестабільність тощо), когнітивні зміни (погіршення уваги, пам'яті, мислення, низький рівень участі до навчання, гри), поведінкові патерни (агресивність, імпульсивність, уникнення, регрес у поведінці), соціальна взаємодія (труднощі у спілкуванні, ізоляція, втрата довіри до дорослих або однолітків), що дало змогу оцінити наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології та забезпечити об'єктивність аналізу психоемоційного стану дитини, уникнути стигматизації та забезпечити індивідуалізований підхід у визначенні напрямів корекційно-розвивальної роботи;

подальшого розвитку набули:

- наукові уявлення про сутність, зміст та особливості надання психокорекційної допомоги дітям з ООП щодо подолання психотравми;

- методи подолання психотравматичного досвіду дітей з ООП в поєднанні когнітивно-поведінкових, творчих, тілесно-орієнтованих та інтегративних методів, адаптованих до індивідуальних потреб кожної дитини;

- методи оцінювання прояву психотравми у дітей з особливими освітніми потребами за критеріями, які притаманні всім нозологіям (емоційні вияви, когнітивні зміни, поведінкові патерни, соціальна взаємодія), що дозволяє діагностувати наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології;

- методи та прийоми психокорекційної роботи щодо подолання психотравми у дітей з ООП;

уточнено:

- поняття «психотравми» як цілісного процесу розвитку травматичних змін психіки, де психологічна травма є первинною реакцією психіки на подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею, а психічна – її патологічним розвитком, що проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки;

- особливості прояву психотравми в когнітивній, емоційній, поведінковій та соціальній сферах розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Практичне значення здобутих результатів полягає у тому, що:

- розроблено організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, до яких віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини;

- розроблено програму подолання психотравми у дітей з ООП, яка вміщує п'ять блоків: організаційно-мотиваційний, корекційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний та заключно-рефлексивний;

- розроблено авторську діагностичну методику «Я і світ», що дало змогу оцінити індивідуальне ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу загалом, а також дослідити глибинний образ «Я» та відчуття власного місця в життєвому просторі;

- розроблено діагностичний інструментарій виявлення психотравматичних проявів у дітей з ООП, який містить поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування батьків/педагогів і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку дитини) і застосовується фахівцями спеціальних/інклюзивних закладів та ІРЦ в роботі з дітьми, які отримали

психотравматичний досвід або як додатковий матеріал для виявлення маркерів психотравми;

- розроблено низку авторських адаптацій та модифікацій методів та технік, зокрема, арт-терапевтичних та казкотерапевтичних вправ, тілесно-орієнтованих й релаксаційних практик, когнітивно-поведінкових технік, соціально-комунікативних тренінгів та рефлексивних бесід, що дало змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду та може використовуватися як підґрунтя для створення освітніх програм для студентів, курсів підвищення кваліфікації для психологів та фахівців ІРЦ.

Результати дисертаційного дослідження **впроваджено** в практику роботи: Комунального закладу освіти «Спеціальна школа «ШАНС» Дніпропетровської обласної ради (довідка № 71 від 29.06.2026 р.); Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Солотвинської селищної ради Тячівського району Закарпатської області (довідка № 01-21/17 від 15.05.2026 р.); Кам'янець-Подільського навчально-реабілітаційного центру Хмельницької обласної ради (довідка № 215/01-18 від 15.07.2026 р.); Кам'янець-Подільського ліцею №9 ім. А. М. Трояна Кам'янець-Подільської міської ради Хмельницької області (довідка № 151 від 30.06.2026 р.); Навчально-наукового інституту фізичної культури, спорту та спеціальної освіти Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського (довідка № 45/а від 04.03.2026 р.); Сумського закладу загальної середньої освіти спеціальної школи Сумської міської ради (довідка № 01-24/192 від 04.06.2026 р.); Комунальної установи «Піщанська загальноосвітня школа І-ІІ ступенів», м. Суми, Сумська область (довідка № 03-05/111 від 28.05.2026 р.); Комунального загальноосвітнього навчального закладу «Навчально-реабілітаційний центр № 17 м. Києва (довідка № 03.05/109 від 31.07.2026 р.); Комунального закладу львівської обласної ради «Багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр Святого Миколая» (довідка № 240 від 03.08. 2026 р.).

Особистий внесок здобувача полягає: у розробленні програми подолання психотравми у дітей з ООП, яка структурована за п'ятьма блоками і вміщує різні

методичні прийоми, зокрема, арт-терапію, казкотерапію, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, релаксаційні практики, соціально-комунікативні тренінги та ін., що забезпечило цілісний підхід до підвищення рівня психологічної стійкості, зниження вираженості психотравматичних реакцій у дітей та формування адаптивних механізмів подолання стресу; розробленні типів психотравматичних проявів у молодших школярів та підлітків з особливими освітніми потребами; розробленні діагностичного інструментарію виявлення психотравматичних проявів у дітей з ООП, який містить поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування батьків/педагогів і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку); розробленні авторських адаптацій та модифікацій методів та технік, зокрема, арт-терапевтичних та казкотерапевтичних вправ, тілесно-орієнтованих й релаксаційних практик, когнітивно-поведінкових технік, соціально-комунікативних тренінгів та рефлексивних бесід, що дало змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду; розробленні авторської діагностичної методики «Я і світ», що дало змогу оцінити індивідуальне ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу та дослідити глибинний образ «Я» й відчуття власного місця в життєвому просторі; визначені маркери психотравми у дітей з ООП у емоційній, когнітивній, поведінковій та соціальній сферах; у узагальненні підходів до організації дистанційного освітнього процесу та визначено практичні засоби забезпечення доступності, індивідуалізації й підтримки дітей з особливими освітніми потребами [17]; у визначенні чинників, що можуть посилювати тривожність, емоційне напруження та труднощі адаптації дітей, а також узагальнено умови організації дистанційного навчання з урахуванням їхніх особливих освітніх потреб [18]; у здійсненні аналізу та узагальненні особливостей організації системи освіти осіб з особливими потребами в Австрії та Німеччині, визначенні основних моделей і підходів до їх навчання та соціальної інтеграції [19].

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні положення і результати дослідження представлено на: *міжнародних науково-практичних конгресах*: X міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки і психології

«Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації» (м. Брюховичі, 2024); XI міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки і психології «Освіта без бар'єрів: євроінтеграційні виміри» (м. Київ, 2025); *міжнародних науково-практичних конференціях*: X International Scientific and Theoretical Conference «Research and Results of their Implementation» (м. Ліверпуль, 2026), International Scientific Conference «Global Perspectives on Research and Innovation» (м. Амстердам, 2026), III міжнародно-практична конференція «Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: психолого-педагогічний, корекційно-реабілітаційний, соціальний і медичний аспекти» (м. Полтава, 2025), *всеукраїнських науково-практичних конференціях молодих вчених*: «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (м. Київ, 2024); «Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів» (м. Київ, 2026).

Публікації. Зміст дисертаційної роботи викладено у 19 публікаціях (16 одноосібних і 3 у співавторстві), із них: 7 одноосібних статей опубліковано у наукових фахових виданнях (категорія Б), затверджених МОН України; 1 одноосібну статтю опубліковано в сучасному термінологічному словнику «Спеціальна педагогіка і психологія», 8 тез апробаційного характеру; 3 статті у співавторстві, які додатково відображають результати дослідження.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (178 найменувань, з яких 66 іноземною (англійською) мовою), додатків. Загальний обсяг дисертації становить 314 сторінок, з них основний текст викладено на 221 сторінці. Робота містить 23 таблиць та 9 рисунків на 24 сторінках.

Під час підготовки дисертації використовувалися інструменти штучного інтелекту, зокрема для мовно-стилістичного редагування, уточнення окремих формулювань, опрацювання робочих інформаційних запитів. Усі результати такого використання підлягали критичному аналізу, перевірці та авторському опрацюванню. Інструменти штучного інтелекту не використовувалися для отримання, модифікації

чи фальсифікації емпіричних даних, статистичних результатів або наукових висновків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Теоретичні підходи до проблеми психотравми в науковій літературі

Дослідження психічної травми в науковій літературі вперше простежуються наприкінці XIX століття, зокрема, інтерпретацію наукових уявлень про природу і сутність поняття «психотравма» знаходимо в публікаціях Зігмунда Фрейда. Підсумовуючи результати практичних досліджень щодо вивчення істерії у людей вчений зауважив, що майже всі симптоми істерії є наслідком так званих психічних травм (З. Фрейд, 1989). Дослідження вченого викликало інтерес психологічної спільноти до глибинного змісту цієї тематики та самого поняття «психічна травма / психотравма».

В останні роки в галузі психології та дотичних галузях наук спостерігається швидке зростання кількості емпіричних досліджень присвячених вивченню психологічних реакцій людини на травматичні та стресові ситуації, що зумовлено як загальним посиленням соціальних ризиків у світі, так і локальними подіями, зокрема, пандеміями, військовими конфліктами, насильством, катастрофами, втратами й ін. Особливе місце у цих дослідженнях займає вивчення психотравми – складного психоемоційного стану, що виникає як наслідок впливу психотравмуючих подій.

У вітчизняній психології інтерес до проблематики психотравми активізувався у зв'язку з актуалізацією наукового поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), зумовленого як внутрішніми соціальними трансформаціями, так і воєнними діями на території України. Наприкінці XX століття поняття «post-traumatic stress disorder» (PTSD) було включено до американського класифікатора психічних розладів DSM-III як окрему нозологічну одиницю, а згодом і до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Що актуалізувало проведення досліджень, спрямованих на вивчення механізмів психотравми у осіб, її наслідків і шляхів подолання.

Втім, попри зростаючу кількість досліджень, низка теоретичних, методологічних і практичних аспектів проблеми психотравми залишаються дискусійними, особливо у контексті дітей, у тому числі з особливими освітніми потребами. Вчені висувають низку підходів, які дають змогу осмислити феномен психотравми дитини у позицій різних контекстів: медичних, соціальних, освітніх, психологічних та ін.

Теоретичний аналіз наукової літератури дає змогу стверджувати, що проблема психотравматизації в найбільшій мірі вивчалася в галузях медицини, медичної психології, психіатрії, психотерапії, психофізіології, і в цих аспектах найширше розкрито зміст поняття «психічна травма» [4, 5, 15, 27, 53, 102]. Сучасні вчені, досліджуючи психічну травму, оперують такими категоріями як «психоневроз», «емоційний» та «психологічний» стрес.

Дефініція психотравми, її сутність, інтерпретація було предметом дослідження численних вчених, зокрема: визначення психологічних напрямів підсвідомого рівня активності психіки, що характерні для всіх – О. Малахов, С. Максименко, В. Панок, Б. Перрі, М. Салавіц; вивченню культури переживання психотравм присвячені праці Г. Абаніна, І. Астремська, О. Варга та ін.; психічну травму/психотравму розглядають як подію, патогенний вплив, переживання безпорадності, руйнівні переживання, психологічний стрес – В. Бочелюк, О. Куліш, П. Левін, К. Маннапова, Т. Титаренко та ін. Обґрунтовуючи поняття психічної травми, автори тотожні в думці, що психічна травма є станом сильного потрясіння людини, в умовах раптової загрозливої події, яка є неконтрольованою і на яку неможливо вплинути власними силами [1, 6, 13, 17, 48, 51, 59, 60, 80, 82, 101].

Інші вчені вивчають проблему динаміки розвитку психотравми, у тому числі в онтогенезі і філогенезі, – В. Зливков, Г. Козак, С. Кузікова, Н. Лозінська, В. Панок та ін. Зокрема, Л. Паливода психотравму визначає як реакцію особистості на стресові життєві події, на кшталт: війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти та ін. [42, 46, 53, 80]

Досліджуючи психотравму Д. Калшед поєднує юнгіанський підхід із сучасними психотерапевтичними теоріями дисоціації та об'єктних стосунків, пояснюючи складну динаміку внутрішніх захистів особистості, що одночасно рятують і руйнують «Я». Д. Калшед приділяє особливу увагу темам залежності, психосоматичних розладів і емоційного виміру травми, розкриваючи, яким чином архетипові образи можуть допомогти зцілити зруйновану цілісність особистості. Вчений дає визначення «психічної травми» як позначення будь-якого переживання, яке викликає сильні душевні страждання і тривогу. Науковець підсумовує, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення.

У наукових доробках численних вчених спостерігаються спроби обґрунтувати різницю у трактуванні понять психічної та психологічної травми. Визначення психічної травми описано в працях К. Levin, В. Kolk, М. Kline, F. Weathers, яку вчені трактують як стан безпорадності, що супроводжується страхом, жахом, який виникає внаслідок загрозливої ситуації для фізичної або психічної цілісності особистості [154, 156, 172].

За визначенням К. Levin, В. Kolk психологічна травма – значне порушення нормального психічного функціонування, викликане зовнішніми факторами або подіями. Втім, на думку авторів, незважаючи на ці порушення, фундаментальні психічні функції залишаються незмінними, і людина зберігає здатність ефективно адаптуватися до навколишнього середовища [158].

Досліджуючи суб'єктність сприйняття психотравми І. Галецька, Н. Гриньова, Н. Лозінська, Н. Тарасенко зосереджують увагу на значущості психотравмуючої ситуації для особистості. Вчені оперують поняттям «психологічної травми» як захисного бар'єру, що захищає людину від впливів й супроводжується надзвичайно сильним відчуттям пригніченості та безпорадності. На думку авторів, психологічна травма виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмівної події, тобто безпосередньо є залежною від індивідуальної значущості травмівної події для людини, ступеня її психологічної захищеності і здатності до саморегуляції [24, 26, 53].

Зарубіжні вчені E. Foa, J. Ford, J. Herman, P. Levine вивчаючи етіологію травматичного стресу, здатного викликати психологічну травму свідчать, що складність процесів, що лежать у розвитку стресових травматичних реакцій і є причиною формувань низки концепцій відповідної реакції організму людини на вплив стресора, здатного сформувати травмівний досвід [142, 144, 148, 155, 157]. Дослідники наголошують, що будь-який стресор може спричинити порушення соціальної поведінки та реакції людини на навколишні події, порушення самоконтролю, самооцінки і, як результат, розвиток ускладнених психічних розладів. У підсумку, вчені виділяють чотири характеристики подій, здатних порушити функціонування психічної, фізичної, соціальної сфер людини й викликати психологічну травму: усвідомлені внутрішньо-зрозумілі події, зумовлені психологічним тиском; події викликані зовнішніми причинами, незалежними від людини; пережиті події, які руйнують звичний спосіб життя; події, які викликають жах і відчуття безпорадності, безсилля тощо.

В працях О. Кокуна, С. Максименка, В. Панка, Т. Титаренко, А. Asnaani, R. Yeh спостерігається спроба узагальнити концепції психологічних травм з метою розрізнення та розуміння змісту і сутності понять «психологічна травма» і «психічна травма». На думку вчених «психологічна травма» – це руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності особистісних і соціальних цінностей, а «психічна травма» супроводжується афективними переживаннями особистості, які викликані зовнішніми подразниками й породжують психічний дискомфорт та чинять патогенний вплив на психіку особистості, її поведінку та емоційний стан [58, 80, 142].

В дослідженнях Л. Матяш-Заяц, С. Чагарної зазначено, що у метафоричному плані психотравма – це будь-який стрес психіки, який надає міцний вплив на функціонування особистості і її подальший розвиток. Вчені зазначають, що єдиного підходу до розуміння психологічної травми / психічної травми у психологічній науці наразі не існує [63, 65]. Спираючись на аналіз наукової літератури, авторки розглядають психологічну травму як реакцію на подію, що змінює життєдіяльність особистості, що спричинена зовнішніми факторами. Дослідниці стверджують, що

психотравма здебільшого може мати руйнівний вплив на емоційне, когнітивне, фізичне та соціальне благополуччя особистості, втім, може стати й основою для трансформації та особистісного зростання.

У цьому контексті заслуговує на увагу визначення Дж. Германа, вчена інтерпретує психічну травму як особисто значуще явище, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини, при недостатності захисних психологічних механізмів, що призводить до психічних розладів. Визначення авторки сутності поняття «психічної травми» тотожне до визначення «психічної травми», в які закладено змістовні складові в контексті психологічного підходу до визначення сутності поняття «психотравма» [148]. Вчена наголошує, що небезпека психотравми полягає в тому, вона супроводжується болісними спогадами, які в подальшому здатні переслідувати особистість у формі нав'язливих думок, кошмарних снів, дисоціативних реакцій тощо.

Дослідження D. Kolk, D. Pitman, P. Levine присвячені вивченню нейробіологічних механізмів, пов'язаних із психічною травмою, змінам у функціонуванні мозку в людей, які пережили травматичні події [157, 160]. Дослідники наголошують, що психічна травма викликає зміни в роботі амігдали та гіпокампа (структур мозку, що відповідають за обробку емоцій і пам'ять).

Праці С. McDonald, A. Miller присвячені психологічній травмі у контексті різних культурних і соціальних груп. Вчені аналізуючи вплив соціокультурного контексту на розвиток і подолання розладу свідчить, що соціокультурне середовище та колективний досвід відіграють важливу роль у відновленні психічного здоров'я після травм, адже різні соціальні контексти можуть як посилювати, так і полегшувати їх перебіг [160, 161].

У висновках І. Астремської психічна травма розуміється як подія, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, що порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї потрясінням, особливим переживанням [5].

На думку О. Туриніної термін «психічна травма» використовується переважно у медичній психології при обґрунтуванні критичного стану на психологічному рівні його існування, тобто застосовується при інтерпретації психогенних захворювань,

тому авторка схиляється, що в психології варто вживати поняття «психологічна травма» [103].

А. Beck, K. Klowles, Y. Zang розділяють психотравми на мікро- та мікротравми, де макротравма трактується як значуща подія в житті людини, яка потребує від неї прояву різноманітних особистісних якостей, сприяючих адаптації до змінних умов тощо [120, 143].

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене можна стверджувати, що етіологія термінів «психічна травма» і психологічна травма» узагальнюється у слові «психотравма» і змістовно закріплюється на дії афекту і його переживанні, а також зовнішніх подразниках, що патогенно впливають на особистість. Психологічна травма є реакцією психіки на подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею емоційно, в свою чергу, психічна травма є психопатологічним наслідком психологічного ушкодження, який проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки. Тобто, це різні рівні прояву однієї системи порушень, де психологічна травма є початковим станом, а психічна – його патологічним розвитком. В межах психічної системи людини психологічна травма є не лише реакція на стрес, а вузловим моментом зміни особистості, який може призвести або до деструкції.

Отже, психологічна та психічна травми – це два аспекти порушень психічної системи людини, в якій психологічний аспект описує зміст і переживання, а психічний – функціональні наслідки для особистості та її адаптації.

Останнім часом увага дослідників почала зміщуватися до вивчення травматичного досвіду у дітей, зважаючи на їхню підвищену вразливість та особливості психофізіологічного розвитку.

Вітчизняні й зарубіжні дослідники розробили низку теоретичних підходів, які дають змогу комплексно осмислити феномен психотравми в умовах особливостей розвитку дитини.

Українські вчені В. Бочелюк, О. Брюховецька, І. Гоян досліджуючи психотравму дітей, акцентують увагу на індивідуалізованій психокорекційній підтримці, важливості сімейного оточення та адаптаційних механізмах [14, 15, 27]. Т.

Титаренко розглядає психотравму крізь призму життестійкості, підкреслюючи роль соціальної підтримки й особистісних ресурсів [101].

Зарубіжні науковці В. van der Kolk, J. Herman описують тілесні аспекти травматичного досвіду та систематизують етапи подолання травми, підкреслюючи важливість безпеки та відновлення зв'язків [148]. В свою чергу В. Perry доповнив підхід нейропсихологічним аналізом впливу травми на дитячий мозок, запропонувавши нейропослідовну модель втручання [165].

Вчені обох шкіл тотожні в думці, що психотравма є комплексним розладом, що вимагає міждисциплінарного підходу до діагностики й підтримки дитини. Дослідники наголошують, що дитячий організм, зокрема центральна нервова система, є більш пластичним, але водночас – чутливішим до впливу стресорів. На думку вчених, травматичний досвід у дитячому віці нерідко призводить до порушень емоційного регулювання, поведінкових розладів, затримки особистісного розвитку, особливо у дітей, у яких вже наявні нейропсихологічні чи когнітивні труднощі.

У дослідженнях останніх років (зокрема в межах українських науково-медичних спостережень за дітьми, які постраждали внаслідок військових дій) виявлено, що травма може викликати соматоформні реакції та загострення неврологічних симптомів [5, 13, 17, 27, 28, 35].

Отже, проблема психотравми у дітей потребує міждисциплінарного аналізу, що поєднує знання психології, медицини, педагогіки та соціальної роботи.

У межах психолого-педагогічного підходу щодо вивчення психотравми низка вчених особливу увагу приділяють впливу травматичного досвіду на пізнавальний розвиток, емоційну регуляцію, соціальну поведінку та навчальну мотивацію дитини (Д. Бек, І. Бех, О. Кононко, С. Максименко, Л. Онуфрієва, Т. Титаренко). Прибічники цього підходу наголошують на взаємозв'язку між психічними станами дитини та її здатністю до навчання, адаптації в освітньому середовищі й побудови безпечних взаємодій з соціумом. Вчені стверджують, що пережита психотравма може істотно порушити когнітивну, емоційну, соціальну сфери дитини, її внутрішню мотивацію та самоконтроль [10, 11, 57, 58, 101].

Дослідники психолого-педагогічного підходу важливу роль віддають взаємодії між психологом, педагогом і родиною, що дозволяє створити цілісну систему підтримки, спрямовану не лише на компенсацію втрат, а й на розвиток особистісного потенціалу дитини. Зокрема, С. Максименко, Т. Яценко, акцентують увагу на ролі соціальної ситуації розвитку, взаємодії з дорослими та значущими іншими. Виходячи з культурно-історичної теорії розвитку, автори підкреслюють, що психотравма не лише впливає на емоційний стан дитини, а й порушує механізми соціалізації та формування особистості [58, 111].

З психологічної точки зору психотравма розглядається як порушення цілісності функціонування психіки, спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів та викликає в подальшому глибокі емоційні переживання (С. Максименко, О. Орлов, В. Панок, Т. Титаренко, М. Anderson, S. Bloom, L. Darling-Hammond, Ross G. Hall). У цьому контексті вчені вважають, що важливим критерієм виникнення травми є не сама травмівна подія, а суб'єктивна її інтерпретація [58, 101, 112, 139].

У межах соціально-екологічного підходу посттравматичний стресовий розлад у дітей розглядається як результат взаємодії індивідуальних особливостей дитини з її соціальним середовищем, що включає родину, школу, громаду, культурний і навіть політичний контекст. В основі цього підходу лежить модель U. Bronfenbrenner, M. Ungar згідно з якою розвиток дитини відбувається у системі взаємопов'язаних контекстів (мікро-, мезо-, екзо- та макросистем) [127].

Дослідження, проведені американськими вченими, зокрема, U. Bronfenbrenner, R. Jay Greenberg, A. Masten, P. Levine підкреслюють, що стійкість (резильєнтність) дітей, які зазнали психотравми, значною мірою залежить від підтримки в мікро-соціумі (стосунків з батьками, педагогами, ровесниками, доступу до ресурсів та ін.) [127, 157, 159].

У межах цього підходу одними з ключових досліджень стали праці А. Masten, вчена розробила концепцію «звичайної резильєнтності», в якій у подоланні наслідків психотравми, значна роль віддається повсякденним, доступним ресурсам, зокрема, позитивним стосункам з дорослими, стабільному шкільному середовищу,

товариському спілкуванню з ровесниками [159]. Дослідниця стверджує, що саме системна підтримка, а не надзвичайні інтервенції, забезпечує довготривале відновлення дітей, які отримали психотравму.

Інші дослідники, зокрема, С. Baurain, А. Chettri, D. Clark, N. Nader-Grosbois запропонували регулюючу модель компетенцій, що ґрунтується на роботі з прив'язаністю, саморегуляцією та розвитком соціальних навичок дитини в умовах її мікро-соціуму [119, 123, 138].

В контексті збройного конфлікту та гуманітарних криз актуальними є дослідження Т. Betancourt, К. Khan. Вчені вивчали наслідки війни для дітей і застосовували соціально-екологічну модель для розроблення програм реінтеграції. В їхніх дослідженнях було доведено, що успішне подолання психотравми можливе за спільного втручання, зокрема, залучення сім'ї, громадських лідерів, освітян та медіаційних служб.

С. McDonald досліджуючи питання дитячої психотерапії і травматичного стресу, звертає увагу на соціальні та емоційні аспекти травми, які негативно впливають на розвиток дітей. На основі своїх досліджень, вчена розробила підходи до психологічної допомоги дітям, що пережили травму [160].

В колі українських науковців означену проблематику розглядають низка вчених, зокрема, І. Бех, О. Вовченко, А. Губаль, Ю. Кокун, С. Максименко, О. Малахов, О. Орлов, Ю. Орлов, В. Рибалка, У. Юле. Вчені акцентують увагу на значенні соціальної згуртованості, культурної ідентичності та включеності дитини до шкільної і громади як захисних чинників [11, 19, 28, 57, 59, 108, 163].

У цьому контексті варто виокремити дослідження українського вченого І. Беха, який зробив вагомий внесок у розвиток психології дитинства та педагогіки особистісно орієнтованого виховання. Його концепція виховання як процесу соціального розвитку особистості тісно пов'язана із засадами соціально-екологічної моделі [11]. І. Бех наголошує, що становлення особистості дитини – це не лише результат внутрішньої активності, а й відображення якості взаємодії з її мікро- та макросоціальним середовищем. У своїх працях дослідник акцентує увагу на значущості духовно-морального середовища, ціннісних орієнтирів, емоційної

підтримки з боку дорослих, а також на потребі безпечного простору для розвитку дитини, особливо в умовах кризових життєвих ситуацій.

У контексті подолання психотравм, викликаних війною, насиллям або втратами, ідеї І. Беа знаходять практичне застосування: формування в дитини почуття підтримки, включення до спільноти, досвіду морального вибору та співпереживання сприяє зменшенню негативних наслідків травматичного досвіду [11].

Підходи вченого знаходять розвиток у проєктах, реалізованих під егідою UNICEF та українських дослідників, зокрема О. Куценко, І. Забродської, Н. Дуброви, які вивчають адаптаційні механізми дітей ВПО (внутрішньо переміщених осіб). Дослідники підкреслюють важливість інтеграції дитини до нового соціального середовища, розвитку соціальних зв'язків і формування підтримувального шкільного клімату.

В контексті травмоцентричного підходу, низка вчених звертають увагу на вплив травмувального досвіду на психічний стан та пропонують стратегії для роботи з такими дітьми (S. Bloom, M. Blaustein, A. Masten, B. Perry та ін.). Послідовники цього підходу вважають, що головним фактором у формуванні психічних розладів у дітей є пережиті травматичні події і зосереджуються на вивченні травмуючого досвіду та його довготривалого впливу на психіку дитини [126, 159, 165].

Однією з найбільш відомих вчених у цій галузі є J. Herman. Дослідниця розробила концепцію посттравматичного стресового розладу і зазначила важливість розуміння травматичного досвіду як основного чинника психічного здоров'я, зокрема у дітей. Її робота вплинула на розвиток травмоцентричної терапії [148].

Автор робіт про вплив травм на психіку В. Kolk досліджує фізіологічні та психологічні наслідки травм. Вчений підкреслює важливість тілесного досвіду при лікуванні травм та вказує на те, що травма впливає на всі аспекти життя дитини [157]. Тотожної думки дотримується Т. Betancourt, в своїх працях вчений аналізує вплив травматичних подій на мозок дітей. Дослідник розробив модель, засобами якої можна з'ясувати як травма впливає на мозкову діяльність і розвиток дитини [125].

Вчені P. Levine, A. Miller, D. Siegel Peter досліджували як дитяча психіка і мозок розвиваються в умовах травми, та розробили стратегії для допомоги дітям [155, 161, 169]. P. Levine розробив концепцію «Somatic Experiencing» – методики, що допомагають людям відновити зв'язок з їхніми тілами після травм. Його робота з дітьми, що пережили травму, зосереджена на відновленні емоційного балансу через тілесні вправи та техніки релаксації [155, 156].

A. Miller вивчала ефекти травми на дітей, зокрема в контексті дитячих відносин і як травми в сім'ї можуть спричинити довгострокові проблеми у розвитку. Вчена підкреслює важливість роботи з родиною в процесі реабілітації дітей [161].

Підсумовуючи можна стверджувати, що дослідження вчених стали основою для розуміння травмоцентричного підходу, в якому травма дитини розглядається не як одиничний епізод, а як процес, який охоплює всі сфери її життя, зокрема фізичну, емоційну та соціальну.

Травмоцентричний підхід орієнтується на створення безпечного середовища, відновлення зв'язків, інтеграцію травматичного досвіду в наратив дитини, а також на розвиток ресурсності, внутрішньої сили та здатності до адаптації.

Таким чином, узагальнюючи різні підходи до вивчення та подолання психотравми у дітей, можна дійти висновку, що кожна теоретична парадигма по-своєму розкриває складність і багатовимірність впливу травматичного досвіду на розвиток дитини.

Прибічники медико-психологічного підходу досліджуючи психотравму акцент роблять на її фізіологічному функціонуванні та загальному психофізичному стані людини. До основних проявів психотравматичного досвіду віднесено порушення сну, нічні страхи та кошмари, підвищену тривожність, страхи, емоційну напруженість, психосоматичні реакції та інші соматичні й психоемоційні симптоми.

В контексті соціально-екологічного підходу прояви психотравматичного досвіду розглядаються в контексті поведінкової, комунікативної та соціальної сфери життєдіяльності людини. До основних характеристик психотравматичного досвіду вчені відносять зміни поведінки та моделей соціальної взаємодії, зокрема, агресивні або імпульсивні реакції, закритість, уникання контактів, труднощі у взаємодії з

однолітками й дорослими, зниженні здатності до конструктивної комунікації. До наслідків віднесено: соціальну дезадаптацію, ізоляцію, порушення моделей поведінки та зниження здатності ефективно реагувати на складні й стресові ситуації.

В межах психолого-педагогічного підходу прояви психотравматичного досвіду у дітей виявляються у змінах когнітивної, емоційної, мотиваційної та поведінкової сфер. До основних характеристик прояву відносять: зниження концентрації та стійкості уваги, труднощі засвоєння навчального матеріалу, зниження навчальної мотивації, емоційну нестабільність, емоційні спалахи, труднощі саморегуляції, а також у порушеннях взаємодії з однолітками та дорослими. Вчені тотожні в думці, що психотравма може суттєво впливати на функціонування дитини в освітньому просторі, що зумовлює необхідність комплексної педагогічної підтримки, індивідуалізації освітнього процесу, створення психологічно безпечного середовища та застосування адаптаційних і корекційно-розвиткових заходів.

У межах травмоцентричного підходу особлива увага приділяється не лише виявленню та подоланню психотравматичних проявів, а й активізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів дитини, які сприяють її відновленню та психологічній адаптації. Вчені вважають, що важливим компонентом допомоги є розвиток здатності усвідомлювати власні емоційні стани, потреби, сильні сторони та способи подолання труднощів, тобто формування навичок саморефлексії. Таким чином, ресурсність і рефлексія розглядаються як важливі психологічні чинники подолання наслідків психотравматичного досвіду, що дають змогу поступово переходити від пасивного переживання травматичного досвіду до активного використання власних можливостей для відновлення та адаптації.

Таким чином, аналіз наукових підходів засвідчує, що психотравма є складним розладом, який охоплює не лише психологічні прояви, такі як тривожність, депресія, розлади поведінки, психічні – порушення когнітивної, емоційної, соціальної і поведінкової сфер та фізіологічні зміни – зокрема, порушення в роботі нервової, ендокринної та серцево-судинної систем, порушення сну та ін.

Отже, психотравма є серйозною проблемою сучасного суспільства. Діти, які зазнали психічних травм, можуть відчувати різноманітні труднощі у своєму розвитку,

що впливає на їхню здатність адаптуватися до соціального середовища, навчання та особистісного зростання.

1.2. Дослідження проявів психотравматичного досвіду у дітей

Теоретичний аналіз джерел дає змогу стверджувати, що психотравма у дітей є складним психопатологічним явищем, що охоплює спектр емоційних, когнітивних, поведінкових, соціальних і психофізіологічних змін. Вчені відзначають, що реакція дітей на психотравмуючі події відрізняється від реакції дорослих як за формою, так і за змістом, що вимагає специфічного підходу до діагностики та психокорекції.

Ключовим аспектом психологічного стану дитини з психотравмою є феномен «повторного переживання» (re-experiencing), який проявляється через нав'язливі спогади, нічні кошмари, флешбеки, а також повторювальну гру, в якій символічно відтворюється травматичний досвід [1, 5, 14, 28, 57, 80, 101, 144, 148].

Механізм психотравми описаний у DSM-5 та в роботах J. Herman як центральний для розуміння структури ПТСР у дитячому віці [148]. Поряд з цим, дослідження J. Ford свідчать про тісний зв'язок між ранньою дитячою травматизацією та розвитком психосоматичних розладів, таких як порушення сну, головний біль, розлади харчової поведінки та шлунково-кишкового тракту [144].

В сучасних умовах зростання кількості дітей, які пережили травматичні події, зокрема внаслідок війни в Україні, нав'язаною росією, надзвичайно актуальним постає вивчення психологічних особливостей прояву психотравми у дитячому віці та її подолання. Наукова увага до цієї проблематики зумовлена не лише поширеністю психотравматичних станів, але й необхідністю розроблення ефективних підходів до психологічної допомоги таким дітям.

За даними моніторингу, з початком повномасштабної війни в Україні у 2022 році, значно збільшилася кількість досліджень, спрямованих на вивчення психологічних наслідків війни для дітей. Враховуючи масштабні та тривалі стресові фактори, яким піддаються діти, зокрема бомбардування, втрати родичів, переміщення, – більшість сучасних дослідників зосереджуються на проявах

посттравматичного стресового розладу, реакціях уникання, емоційному онімінні, агресивних реакціях та порушеннях сну.

В дослідженнях, проведених українськими та міжнародними вченими, вказано, що діти, які пережили травматичні події, часто виявляють симптоми ПТСР, зокрема повторні спогади про травму у вигляді флешбеків, нічних кошмарів, нав'язливих думок, що викликає значний емоційний стрес. Так, в роботах С. Vaurain, А. Beck, С. O'Brien, відзначено, що ці симптоми можуть мати тривалий характер і значно впливати на психоемоційний розвиток дитини, знижуючи її здатність до соціалізації і навчання [119, 177].

На думку О. Бондаренко, К. Матяш-Заяц, С. Титаренко у дітей з психотравмою часто спостерігаються реакції уникання, коли вони свідомо чи підсвідомо уникають місць, людей або ситуацій, що нагадують про пережиту травму [63, 101]. Такі реакції можуть виявлятися в різних формах – від відмови від відвідування певних місць до загального ухилення від соціальних контактів. Вчені наголошують, що у таких випадках діти переживають «емоційне оніміння», яке характеризується відсутністю емоційних реакцій на події навколо, що є своєрідним механізмом захисту, який дає змогу уникнути емоційного перевантаження.

Інші вчені, супутніми наслідками психотравми називають агресивні реакції, які є одним із найбільш типових проявів у дітей, які отримали психологічну травму [48, 101]. Дослідження українських психологів свідчать, що агресія в даному контексті часто виступає як захисний механізм, що дозволяє дитині впоратися з емоційною напругою і відчуттям безпорадності. Зокрема, Я. Омельченко, В. Панка, відзначають, що агресія у дітей часто виступає не лише як відповідь на безпосередній стрес, але й як прояв глибших емоційних порушень, що може бути реакцією на тривожність, страх і невизначеність, які виникають через травматичні події. У дітей, які пережили війни, втрати близьких, переміщення, відзначається підвищена частота вербальної та фізичної агресії, спричиненої відчуттям беззахисності перед зовнішніми загрозами [80, 86].

Тотожної думки дотримуються О. Кокун, Т. Титаренко. Вчені стверджують, що агресія може виступати як спосіб вираження гніву і фрустрації, спричинених

пережитими травмами, при цьому, агресивні реакції свідчать про недостатність ефективних механізмів емоційного самоконтролю та регуляції. Поряд з цим, Т. Титаренко акцентує увагу на тому, що агресія може стати не лише відповіддю на стрес, а й способом взаємодії з оточуючим світом, коли дитина через агресивні прояви намагається відновити контроль над ситуацією або привернути увагу до власних потреб та болю [101].

На думку Т. Betancourt, N. Hansen, J. Cohen, С. McDonald агресія може бути як вербальною, так і фізичною, і часто є спробою дитини впоратися з відчуттям безпорадності й тривоги. Вчені акцентують увагу, що агресія в такому контексті є не лише проявом агресивних тенденцій, але й способом вираження глибоких емоційних проблем, які дітям важко контролювати [125, 160].

Психологічний контекст психотравми описано в працях відомих українських вчених С. Максименка, В. Панка. Автори акцентують увагу на глибокому впливові кризових ситуацій на психічне здоров'я дітей, підкреслюючи зростання кількості випадків посттравматичного стресового розладу серед дитячого населення. Психологи стверджують, що пережиті травматичні події призводять до глибоких змін в емоційній, когнітивній і поведінковій сферах дітей [58, 80]. Автори тотожні в думці, що подолання психологічних змін потребують своєчасної та ефективної інтервенції. особливо важливою є рання психологічна допомога, яка має бути надана в перші місяці після пережитих травматичних подій, що дає змогу не лише знизити інтенсивність проявів психотравми, але й запобігти їх хронізації. Вчені наголошують на важливості створення безпечного середовища для дітей, яке дозволяє їм поступово адаптуватися до нових умов і вийти з посттравматичних станів.

Низка проведених досліджень в галузі психології, засвідчують глибокий та системний вплив війни на психічне здоров'я дітей, зокрема на формування симптомів психотравми, зокрема, порушення емоційного реагування, зміни у сфері когнітивної активності, зниження рівня соціальної взаємодії, а також прояви психосоматичних розладів [28, 46, 137, 157, 161].

Зважаючи на вищезазначене, постає необхідність глибшого аналізу психологічних характеристик психотравми у дітей. У цьому контексті важливо

розглянути ключові аспекти емоційного, когнітивного та поведінкового функціонування дітей з психотравмою, а також визначити ті чинники, які впливають на індивідуальні відмінності в прояві симптомів та динаміці їхнього розвитку.

Дослідження українських і зарубіжних вчених, присвячених вивченню дітей, які пережили психотравму, охоплюють комплекс емоційних, когнітивних, поведінкових особливостей, що відбуваються в їхньому розвитку під впливом стресових подій [14, 17, 57, 58, 101, 138, 148, 161].

На думку Д. Кравцова саме емоційні зміни при стресі є первинними [43]. Вчений стверджує, що психологічний стрес може призвести до розвитку тривожних розладів, депресії, емоційної нестабільності, а також до посттравматичного стресового розладу.

Інші вчені наголошують, що діти, які пережили психотравму, можуть стати схильними до розвитку тривожності, агресії або, навпаки, до емоційного відчуження. Такі емоційні порушення мають довготривалий негативний вплив на психологічний стан дитини та погіршувати її здатність до навчання і соціальної взаємодії [86, 91].

Американські вчені Т. Betancourt, В. Litz, В. Marx наголошують, що вплив травматичного досвіду на емоційну сферу дітей є глибоким і тривалим [125, 173]. Дослідники відзначають, що внаслідок психотравми часто спостерігається розвиток тривожних і депресивних розладів, які проявляються у вигляді надмірної тривожності, емоційної нестабільності, спалахів агресії або відчуття безпорадності. Такі порушення серйозно ускладнюють процеси адаптації дітей до нових умов життя, погіршують їхню навчальну успішність і міжособистісну взаємодію. Р. Levine, Е. Zong звертають увагу на критичну роль емоційної регуляції у процесі посттравматичної адаптації дітей [154]. На думку вчених, порушення здатності до адекватного емоційного реагування на події навколишнього середовища стає одним із ключових факторів формування подальших емоційних і поведінкових розладів у дітей.

Провідні дослідники у галузі дитячої психотравми J. Herman, В. Kolk, Р. Levine, А. Miller свідчать, що емоційні симптоми психотравми у дітей мають особливу специфіку й залежать від вікового періоду [148, 157, 161]. Так, у молодшому

шкільному віці часто домінують страхи, тривожність і соматичні скарги, тоді як підлітки можуть проявляти депресивність, апатію, агресивну поведінку або ризиковані форми самовираження.

В дослідженнях В. Панка, О. Романенко, Т. Attwood зазначено, що діти з високим рівнем емоційної дезорганізації після психотравми мають знижену здатність до самозаспокоєння та відновлення психічної рівноваги, що робить їх особливо вразливими до повторних травматичних впливів і розвитку хронічних психоемоційних розладів [80, 89]. Е. Foa, С. McLean, К. Knowles, Y. Zang у своїх дослідженнях диференціюють наслідки гострої та хронічної травматизації, відзначаючи, що повторювані травматичні переживання ведуть до формування глибинних змін емоційної сфери, включно зі стійким почуттям безпорадності, заниженою самооцінкою, страхом перед майбутнім [143].

Таким чином, різні вчені стверджують, що емоційні зміни, спричинені психотравмою, мають системний характер, впливаючи на когнітивний розвиток, соціальну адаптацію та особистісне становлення дитини.

У межах вивчення психологічних наслідків травматичних подій у дітей важливе місце займає аналіз когнітивних змін, які супроводжують психотравму [29, 48, 58, 91, 121, 122, 123, 147, 149].

Так, С. Дерев'янка, Л. Дорошенко, Н. Лозінська стверджують, що когнітивні порушення є однією з характерних ознак психотравмуючого впливу. Вчені наголошують, що під впливом психотравматичного досвіду у дітей спостерігається зниження таких базових когнітивних функцій, як концентрація уваги, короткотривала й довготривала пам'ять, темп переробки інформації, а також здатність до логічного та абстрактного мислення [29, 31, 53]. Що, у свою чергу, призводить до зниження пізнавальної мотивації, порушення здатності до цілепокладання та планування діяльності.

В працях Д. Бека, І. Мурашко, Т. Титаренко зазначено, що в умовах тривалого стресового впливу когнітивна сфера дітей стає вразливою до формування дезадаптивних установок і негативних уявлень про себе, інших та світ [10, 101]. Такі зміни можуть формувати стійкі когнітивні схеми, що породжують

гіпернастороженість, уникання інших і почуття безнадійності. На думку І. Бека, А. Cook зниження когнітивної ефективності не лише ускладнює процес соціалізації та навчання, але й негативно позначається на емоційній стабільності та загальному психологічному благополуччі дитини [11, 133].

Вивченню порушень функціонування когнітивної сфери внаслідок психотравми у дітей присвячено чимало досліджень зарубіжних учених. Зокрема, J. Dammeyer, J. Ford, J. Piaget наголошують, що вплив травматичного досвіду на когнітивний розвиток є суттєвим і багатовимірним [133, 144, 166]. У своїх роботах вчені зазначають, що діти, які пережили психотравму, часто демонструють труднощі із зосередженням уваги, мають знижені показники короткочасної та довготривалої пам'яті, що ускладнює не лише освітню діяльність, а й повсякденне функціонування.

Аналізуючи наслідки психотравм A. Miller, C. O'Brien, J. Wood підкреслюють, що когнітивні процеси, зокрема мислення, здатність до вирішення проблем, планування, абстрагування, істотно змінюються після пережитих травматичних подій [161, 176, 177]. Вчені стверджують, що у дітей, які пережили стрес, порушується цілісне сприйняття навчального матеріалу, а також знижується рівень самостійності при виконанні завдань, що призводить до дезадаптації у навчальному середовищі, формування невпевненості в собі та уникання інтелектуальних викликів.

В. Kolk, відомий дослідник теми дитячих травм, також свідчить про те, що психотравма здатна «перепрограмувати» спосіб, у який дитина сприймає світ, що впливає не лише на емоційні й поведінкові реакції, а й на когнітивне функціонування, зокрема через хронічну гіперактивацію системи стресу [157].

Українські вчені, які вивчали поведінкові зміни у дітей, які пережили психотравму, свідчать, що такі зміни є важливим індикатором глибини психологічного впливу травматичних подій [17, 21, 26, 28, 35, 59]. На думку вчених до найпоширеніших проявів належать агресивна поведінка, імпульсивність, порушення самоконтролю, схильність до ізоляції, уникання соціальних контактів та зниження комунікативної активності. Такі реакції часто є наслідком гіперактивації емоційної сфери та зниження здатності до адаптивної саморегуляції.

Зокрема, В. Оверчук акцентує увагу на тому, що поведінкові реакції, такі як агресія, можуть бути вторинним проявом відчуття безпорадності, глибокого внутрішнього страху та невизначеності, що виникають у результаті пережитої травми. На думку автора, у цьому контексті агресія виступає не лише як деструктивна форма поведінки, а й як спосіб захисту або сигнал небезпеки, який дитина не може інакше виразити [72].

Подібні висновки простежуються у працях Г. Абаніної, І. Астремької. Вчені підкреслюють, що порушення соціальної поведінки у дітей з психотравмою є ознакою порушеної системи емоційної безпеки [1, 3]. Авторки відзначають зростання у таких дітей, випадків емоційної гіперактивності, провокативної поведінки, замкнутості або, навпаки, демонстративної гіперактивності тощо.

Вартують уваги дослідження О. Куліш, І. Сірик, в яких описано зв'язок між порушеннями поведінки та неадекватною самооцінкою, що формується внаслідок негативного досвіду, що впливає на сприйняття себе як «незручного», «поганого» чи «непотрібного», що підсилює дезадаптивні поведінкові моделі. Вчені тотожні в думці, що поведінкові зміни у дітей з психотравматичним досвідом потребують комплексного психокорекційного підходу з метою створення безпечного й підтримувального середовища, яке сприятиме поступовому відновленню довіри до інших та нормалізації соціальної поведінки [48].

Дослідження поведінкових змін у дітей, які пережили психотравму, є важливим напрямом сучасної психології та психіатрії зарубіжжя. Вчені, зокрема Т. Attwood, А. Cook, S. Darnal, А. Chettri, S. Panda звертають увагу на те, що діти, які мають психотравматичний довід, часто проявляють агресивну поведінку або, навпаки, схильні до соціальної ізоляції. вчені наголошують, що зміни в поведінці є результатом емоційних реакцій на пережиті стресові події, що виражаються у формі внутрішнього конфлікту та намагання дитини справитися з емоційним болем і стресом [114, 133, 138]. Агресія, за словами дослідників, часто виступає як захисна реакція на відчуття безпорадності та тривожності, що виникають після психотравми, яка може бути виражена в різних формах, від вербальних агресій до фізичних нападів. Дослідники стверджують, що соціальна ізоляція, яка може спостерігатися у таких дітей, є

наслідком втрати довіри до оточуючих, а також страху перед можливими новими травмуючими подіями.

Значний внесок у вивчення поведінкових змін після психотравм зробили інші вчені, серед яких J. Herman, E. Jacobs, C. McLean, K. Klowles, N. Nader-Grosbois [143, 148, 149]. Зокрема, E. Jacobs, N. Nader-Grosbois підкреслюють, що травма може суттєво вплинути на розвиток неадаптивних поведінкових реакцій у дітей, зокрема на агресивність та відчуження. Вчені зазначають, що своєчасні психотерапевтичні втручання можуть значно знизити рівень цих реакцій і сприяти здоровішому адаптаційного процесу [149]. A. Beck, A. Hole, J. Woody досліджуючи довгострокові наслідки різних психотравм, звертають увагу на труднощі, що виникають у дітей в сфері міжособистісних відносин. Вчені свідчать, що такі діти мають проблеми з довірою до оточуючих, що може ускладнювати процес соціалізації і призводити до розвитку негативних соціальних стратегій [177].

Зосереджуючись на ролі соціальних взаємодій у процесі адаптації дітей до травматичних подій E. Фоа підкреслює важливість підтримки з боку однолітків і дорослих у подоланні негативних поведінкових змін [143]. Дослідження вченої свідчать про те, що наявність соціальної підтримки може значною мірою зменшити ризик розвитку агресії та соціальної ізоляції у дітей.

Поведінкові зміни як результат емоційної травми розглядає J. Ford в контексті соціальної ізоляції або агресії. Дослідник наголошує, що соціальне ухиляння та агресивні реакції є механізмами захисту, спрямованими на уникнення нових стресових ситуацій [144].

Прихильники когнітивно-поведінкових підходів M. Houssa, E. Jacobs, S. Mazzone, N. Nader-Grosbois акцентують увагу, що у дітей, які пережили психотравму, агресія часто є наслідком порушень у процесах емоційної регуляції та мислення [149, 162].

Низка вчених вважають, що очевиднішими і важливішими є соціальні зміни, які виникають у дітей після пережитої психотравми (А. Губаль, Т. Ларина, Т. Титаренко). На думку вчених, соціальні порушення у дітей з психотравмою проявляються у складнощах налагодження стосунків з однолітками, батьками, вчителями та іншими

значущими особами, що значно ускладнює соціалізацію та інтеграцію таких дітей в соціум. Тобто, травматичний досвід порушує базові механізми довіри та сприйняття світу як безпечного середовища [18, 41, 46, 71, 88, 94, 138, 160].

В дослідженнях українських вчених схарактеризовано соціальні зміни, які виникають у дітей після пережитої психотравми та охоплюють широке коло порушень у сфері міжособистісної взаємодії, що відображаються на якості їхніх соціальних зв'язків, рівні соціальної активності, здатності до адаптації у колективі та формуванні адекватної самооцінки [3, 6, 13, 21, 27, 31, 38]. Вчені стверджують, що одним із ключових наслідків травматичного досвіду є десоціалізація дітей, що вміщує в собі зниження базової довіри до світу, що ускладнює процес побудови стосунків із ровесниками та дорослими. Так, Л. Дорошенко підкреслює, що такі діти схильні до соціального відчуження, ізоляції та емоційного виснаження, що може поглиблювати вторинні порушення особистісного розвитку [31].

За даними О. Кульчицької, такі діти не адаптовані до освітнього середовища і демонструють труднощі у встановленні довірливих стосунків з однолітками, що, у свою чергу, знижує їхню мотивацію до навчання, провокує конфліктну поведінку або уникнення. На думку вченої, соціальні порушення при психотравмі у дітей виявляються в демонстрації страху бути незрозумілими або відторгнутими, що призводить до соціальної замкнутості або агресивних спроб самоствердження [49].

Подібні висновки підтверджує Т. Поніманська, Н. Прокопенко. Вчені наголошують, що соціальні бар'єри, які виникають у дітей з травматичним досвідом, часто мають характер самозахисту й зумовлені глибоким дефіцитом емоційної безпеки. Автори вважають, що важливим завданням соціально-психологічного супроводу є не лише розвиток комунікативних навичок, а й відновлення внутрішнього відчуття прийняття та безумовної цінності дитини в колективі [83].

В працях Л. Матяш-Заяц, О. Носової зазначено, що типовими наслідками психотравми є втрата соціальних ролей, порушення ідентичності, депресивні стани та девіантні форми поведінки, що суттєво ускладнюють процеси соціалізації й інтеграції дитини в суспільство. Крім того, підвищений рівень нейротизму посилює ці негативні

прояви, оскільки ці діти вразливіші до виникнення психічних розладів після пережитих травматичних подій [63].

Варто відзначити низку досліджень зарубіжних вчених щодо соціальних змін внаслідок психотравм, оскільки ці зміни впливають на інтеграцію дітей в мікросоціум, такі як школа, родина та ровесники. Зокрема А. Beck, J. Cohen, S. Luthar, А. Masten у своїх роботах вказують на високий ризик порушень когнітивного розвитку та виникнення соціальної ізоляції у дітей після психотравм. Вчені тотожні в думці, що діти, які пережили травматичні події, уникають соціальних взаємодій через страх бути «не такими», соціальною неприязню або через внутрішнє відчуття неповноцінності, що виявляється у вигляді уникнення спілкування з ровесниками, проблем у стосунках з батькам, появою девіантної поведінки та ін. Дослідники стверджують, що діти можуть мати труднощі в інтеграції до шкільного колективу через відсутність довіри до інших, що може призвести до зниження їхньої соціальної адаптації і негативно вплинути на їхнє навчання [124, 131, 159].

Порушення соціального розвитку при психотравмі вивчав Р. Levine. Вчений наводить приклади, коли пережиті психотравми, особливо у випадках насильства або втрати близьких, призводять до розладів у формуванні позитивних взаємодій у дітей з іншими. Тобто, діти, які пережили травму, часто стають соціально відчуженими, оскільки вони втрачають здатність розуміти та встановлювати здорові межі у стосунках, що в свою чергу, може призвести до розвитку глибших психологічних розладів, таких як депресія чи тривожні розлади [154, 155, 156].

В дослідженнях А. Cook, J. Ford, Р. Palmieri також акцентується увага на соціальних змінах, які виникають у дітей після досвіду психотравми. Автори з'ясували, що такі діти демонструють порушення як у вербальній, так і невербальній комунікації, що виражається у вигляді уникання контактів або навпаки – агресивної поведінки, спричиненої емоційним напруженням та відсутністю здатності до адекватного реагування на соціальні стимули. Поряд з цим, такі діти виявляють конфліктність з однолітками або вчителями, що ще збільшує соціальну ізоляцію і труднощі у навчанні [133, 144, 172].

Як зазначають L. Chapman, C. Dodge, D. Hope, R. Heimberg важливою складовою соціальних змін є зміни у взаєминах із сім'єю. Автори свідчить, що соціальна підтримка відіграє ключову роль у відновленні дітей після психотравм, адже діти, які отримують емоційну підтримку від родини, друзів або терапевтів, значно швидше долають соціальні труднощі і здатні повернутися до нормальних соціальних взаємодій. На думку вчених, саме активна участь сім'ї та соціального оточення в процесі реабілітації дозволяє дитині повернутися до звичного соціального життя, відновити довіру до оточуючих та сформувати здорові соціальні зв'язки [130, 147].

В своїх працях В. Kolk зазначає, що травма часто призводить до порушень в родинних відносинах. На думку вченого, діти можуть відчувати відчуження від батьків, або ж ставати агресивними або відстороненими у взаємодії з ними, що погіршує сімейні стосунки та поведінку [157].

Тотожної думки Р. Levine, вчений зазначає, що відсутність підтримки з боку оточуючих може призвести до розвитку додаткових психологічних розладів, таких як депресія або тривожність, що спричиняє соціальну ізоляцію дитини, заниження самооцінки, дезадаптацію в суспільстві [157].

Отже, підсумовуючи вищезазначене, можна стверджувати, що психологічні особливості дітей з психотравмою виявляються в системному порушенні емоційного реагування, пізнавальної діяльності, соціальних зв'язків і психосоматичної рівноваги. Такі зміни мають індивідуалізовану природу та значною мірою залежать від віку дитини, характеру травматичного досвіду, тривалості експозиції до травмівного чинника, а також доступності підтримки з боку дорослих і середовища. Тобто, до характерних психологічних особливостей дітей, які пережили психотравму, можна віднести широкий спектр емоційних, когнітивних, поведінкових, соціальних та психофізіологічних змін, які відбуваються в результаті травматичних переживань.

Психотравма суттєво впливає на освітні здібності дітей, оскільки відбуваються зміни в функціонуванні когнітивних процесів, знижується здатність до концентрації уваги, пам'яті та абстрактного мислення, що в цілому, впливає на академічну успішність й загальний когнітивний розвиток. Окрім цього, порушення когнітивних

функцій спричиняють труднощі в плануванні й прийнятті рішень, що також відображається на соціальній адаптації дитини.

Одними з найбільш помітних наслідків психотравми є емоційні зміни. Діти, які пережили травмуючі події, часто демонструють підвищену тривожність, депресивні настрої та емоційну нестабільність, що виявляється в надмірній тривожності, агресії або відчутті безпорадності. Емоційні розлади значно ускладнюють процес соціалізації і навчання, оскільки дитина не здатна ефективно реагувати на події навколишнього середовища, що призводить до подальших психоемоційних проблем.

Поведінкові зміни після психотравми часто виявляються в агресії або соціальній ізоляції. Агресія може бути реакцією на відчуття безпорадності або способу самозахисту, а соціальна ізоляція – наслідком втрати довіри до оточуючих. Діти, які мають досвід втрати, схильні до труднощів в установленні здорових соціальних зв'язків, уникненні контактів з іншими, труднощі у взаємодії з однолітками і дорослими, що обмежує соціальну інтеграцію й спричиняє подальші проблеми в адаптації до соціального середовища. Поряд з цим, варто відзначити, що діти з психотравмою часто мають труднощі в розвитку здорових соціальних зв'язків, що погіршує їхній емоційний стан і підвищує ризик розвитку психічних розладів.

Отже, психотравма в дитячому віці призводить до комплексних змін, які негативно впливають на когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні сфери розвитку дитини.

1.3. Особливості прояву психотравми у дітей з особливими освітніми потребами

Повномасштабне вторгнення росії стало викликом для кожної української родини. Втім, найважче війну переживають діти з особливими потребами, становище яких ускладнює те, що психічний розвиток таких дітей вирізняється підвищеною чутливістю та швидкою втомлюваністю.

Кризові ситуації діти сприймають не так, як дорослі, вони набагато уразливіші до негативних наслідків, що нерідко спричиняє нервові реакції або навіть призводить

до виникнення психічних розладів. Особливо це загострюється в умовах війни, коли дитина переживає хронічний стрес, пов'язаний із вибухами, повітряними тривогами, відчуттям небезпеки та нестабільності. Додатковим травмуючим чинником є вимушене переміщення, зміна місця проживання, розрив звичних соціальних зв'язків і адаптація до нового середовища. У сукупності ці фактори значно підсилюють психоемоційне навантаження, підвищують тривожність, виснажують нервову систему дітей з ООП та ускладнюють їх психологічну адаптацію і соціалізацію.

Вивченню психотравми у дітей з ООП приділяли увагу низка українських і зарубіжних вчених – І. Астремська, О. Вовченко, Я. Мошняга, О. Мякушко, О. Орлов, Л. Прохоренко, С. Литовченко, Т. Титаренко, О. Чеботарьова, Т. Betancourt, A. Charrow, N. Hansen, K. Khan, A. Masten, S. Meyers-Ohki, B. Perry, O. Sukhovirskaya, M. Szalavitz та ін. Як свідчать вчені, психотравма значно ускладнює здатність дітей з ООП адаптуватися до навколишнього світу, впливає на їхнє емоційне, когнітивне та соціальне функціонування й може мати різні форми загострення, залежно від особливостей розвитку, типу та ступеня порушень, від зовнішніх факторів та соціального оточення, рівня підтримки тощо [5, 23, 38, 66, 101, 105, 159, 165].

Досліджуючи психотравму у дітей з особливими потребами І. Сухіна, О. Чеботарьова, С. Baurain, M. Houssa, S. Mazzone, N. Nader-Grosbois стверджують, що психічні і поведінкові порушення, пов'язані з травмою, часто мають більш виражений характер у дітей з аутизмом або порушеннями інтелекту [107, 119, 135, 162]. Такі діти можуть виявляти труднощі в адаптації до навчальних та соціальних вимог, що робить їх вразливими до стресу і травмуючих ситуацій.

В дослідженнях Н. Лозінської зазначено, що більшість дітей виявляють підвищений рівень тривожності, страхи, емоційну відстороненість, а також труднощі у вираженні власних почуттів, емоцій, імпульсивність та агресії. На думку авторки всі ці порушення мають компенсаторний характер [53]. Тотожної думки В. Куніцина, вчена підкреслює, що ці діти часто мають порушення емоційно-вольової сфери та поведінки, тому потребують особливої психоемоційної підтримки [50].

В міжнародних дослідженнях, зокрема роботах М. Anderson, Т. Attwood, С. Baurain, К. Craig, W. Hall, J. Cohen доведено, що діти з ООП, які пережили

психотравму, досвід втрати, потребують спеціалізованої допомоги для відновлення емоційного та соціального функціонування [112, 114, 119, 131]. Особливе значення вчені надають інтеграції психологічної, педагогічної та соціальної підтримки для мінімізації наслідків травматичних подій та створенню безпечного середовища для розвитку таких дітей.

Таким чином, проблема психотравми у дітей з ООП є надзвичайно актуальною і потребує подальшого поглибленого аналізу з урахуванням їхніх особливостей розвитку, типу порушень та травмуючих впливів.

Теоретико-методологічні питання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами висвітлено в низці наукових праць, зокрема: визначення психологічної підтримки дітей в рамках освітнього процесу [13, 16, 18, 30, 34, 38, 41, 55, 66] дослідження взаємозв'язку та впливу наслідків психотравми на життєву перспективу дитини [13, 15, 24, 27, 40, 71]; особливості навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни [23, 34, 36, 52, 90, 106, 110]; особливостей діагностування посттравматичних розладів у дітей [8, 57, 60, 76, 80, 100, 155, 163, 164, 173]; питання психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами вивчали – [22, 32, 36, 39, 45, 70, 81, 105, 134]; розкриття проблеми досвіду пережитої травми дітей, які перебували в умовах війни знаходимо в працях [5, 7, 16, 19, 23, 28, 43, 48, 53, 131, 138] та ін. Вчені зазначають, що психотравма є наслідком дії стресових факторів, таких як насильство, фізичні або психологічні травми, втрати або будь-які інші дії, що порушують психічне здоров'я дитини, однак у дітей з особливими освітніми потребами ці реакції можуть бути значно ускладнені через обмеження в їхньому когнітивному розвитку, соціальних навичках та емоційному реагуванні. Вчені тотожні, що діти з особливими освітніми потребами, зокрема з аутизмом, порушеннями інтелекту, труднощами сенсорного функціонування, можуть мати специфічні реакції на стресові ситуації, що вимагають адаптованих підходів до їхньої діагностики і корекції.

На думку О. Вовченко, О. Мякушко, І. Сухіної, О. Чеботарьової психотравма у дітей з особливими потребами може мати різні прояви залежно від типу порушення, яке дитина має [20, 107]. Вивчаючи психотравму дітей з аутизмом І. Сухіна зазначає,

що вони не здатні до адекватної інтерпретації емоційних сигналів оточуючих, що призводить до невірного розуміння соціальних ситуацій та високого рівня тривоги. Вчена стверджує, що такі діти мають порушення у вербальних засобах вираження своєї тривоги, проявляють агресивні або руйнівні поведінкові реакції, або ж, навпаки, відчуження, депресію та апатію та ін.

Дослідження проявів психотравми у дітей з аутизмом знаходимо в працях зарубіжних вчених – А. Cook, Е. Foa, J. Herman, Н. Levine, С. McDonald. Дослідники відзначають, що ці діти мають особливості в соціальній взаємодії та емоційному сприйнятті, що істотно впливає на їхню здатність адекватно інтерпретувати емоційні сигнали інших людей. Вчені виокремлюють основні характеристики реакцій дітей з аутизмом на травмуючі ситуації: труднощі з розпізнаванням невербальних знаків, таких як вирази обличчя або тон голосу, що ускладнює їхню взаємодію з іншими людьми; неправильне розуміння соціальних ситуацій; нездатність правильно реагувати на емоційні сигнали інших, що створює соціальні бар'єри і підвищує рівень стресу та ін. Поряд з цим, діти з аутизмом не мають достатніх вербальних навичок для вираження своїх емоцій, тому переживаючи психотравму або стрес, вони не можуть ефективно донести свої почуття до оточуючих. Вчені дійшли висновків, що такі реакції на стрес призводять до того, що ці діти відчують себе некомфортно або навіть ізольовано в соціальних ситуаціях, що сприяє розвитку психотравми [133, 142, 148, 155, 160].

В дослідженнях поведінкових реакцій дітей з аутизмом як реакцію на стресові події О. Вознюк, О. Мамічева, О. М'яушко, Ф. Попович, К. Островська, S. Baron-Cohen, A. Leslie, A. DePape, L. Trainor зазначають, що такі діти виявляють широкий спектр поведінкових реакцій на стрес, зокрема, агресію, самоушкодження, замикання в собі або надмірну тривожність. Автори акцентують увагу на емоційній сфері таких дітей, яка характеризується труднощами у розумінні та вираженні емоцій. Діти можуть по-іншому проявляти свої почуття або не завжди розуміти емоційний стан інших людей, гостро реагують на зміни середовища, нові ситуації чи сенсорні подразники. Це може викликати тривогу, страх або емоційне перевантаження. Водночас вони здатні формувати емоційну прив'язаність до близьких людей і

потребують підтримки, стабільності та прийняття, можуть відчувати сильну невизначеність і тривогу в незнайомих або несподіваних ситуаціях, що підвищує рівень стресу і негативно впливає на їхнє психічне здоров'я. Вчені наголошують, що важливим аспектом у допомозі таким дітям є створення стабільного та передбачуваного середовища, яке допомагає знижувати рівень стресу і тривоги [22, 67, 60, 67, 78, 117, 139].

Досліджуючи когнітивні стратегії дітей з аутизмом І. Недозим, І. Риндер, Т. Скрипник, І. Сухіна стверджують, що ці діти мають специфічний стиль обробки інформації. Для них характерні труднощі з узагальненням, гнучкістю мислення та переключенням уваги, часто спостерігається нерівномірний розвиток здібностей: високий рівень розвитку в окремих сферах може поєднуватися зі значними труднощами в інших. Вчені наголошують, що вони особливо потребують структурованого простору, де всі дії чітко прогнозуються, що дозволяє їм відчувати себе безпечно та впевнено. Авторки підкреслюють важливість регулярних ритуалів і чітких соціальних правил для них, що дозволяє зменшити їхні страхи та допомагає адаптуватися до стресових ситуацій [107]. Поряд з цим, І. Недозим наголошує на необхідності застосування комплексних підходів у корекції психотравм у дітей з аутизмом, використовуючи методи соціальної інтеграції та спеціалізовані програми, що враховують їхні потреби в стабільності та передбачуваності.

В дослідженнях О. Мякушко, О. Чеботарьової дітей з порушеннями інтелекту в умовах війни наголошено, що діти з порушеннями інтелектуального розвитку мають уповільнений темп пізнавальної діяльності. Їм складно засвоювати нову інформацію, аналізувати та узагальнювати матеріал. Часто спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, запам'ятовуванням і перенесенням знань у нові ситуації. Також вони мають значні труднощі у сприйнятті стресових ситуацій. Дослідниці зазначають, що такі діти не розуміють причинно-наслідкових зв'язків, що ускладнює їхню здатність оцінити загрозу чи важливість події й призводить до виявлення стресу на фізіологічному рівні – через порушення сну, апетиту, вияву тривоги або агресії. Поряд з цим, діти з порушеннями інтелекту часто не можуть виразити свої емоції вербально, через особливості функціонування сприймання навколишньої дійсності.

Вчені пропонують застосовувати адаптовані методи терапії, які мають включати як індивідуальну, так і групову психокорекцію з орієнтацією на розвиток навичок соціалізації та емоційного вираження [105, 106, 107].

Тотожної думки С. Потюк, вчена стверджує, що діти з порушеннями інтелектуального розвитку характеризуються обмеженою здатністю до усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків навколишніх подій, що суттєво ускладнює їхнє сприйняття стресових ситуацій. Поряд з цим, нездатність цих дітей оцінити загрозу чи значущість травматичного стимулу призводить до підвищеної вразливості на фізіологічному рівні: порушення сну, коливання апетиту, напади тривоги або спалахи агресії, які не завжди супроводжуються вербальним вираженням внутрішнього стану. Авторка підводить підсумок, що у більшості випадків реакція на травматичний досвід у таких дітей проявляється саме через поведінкові й соматичні симптоми, що може залишатися невиявленим без цілеспрямованої діагностики і своєчасного втручання [84].

В дослідженнях В. Звекової висвітлюються особливості емоційної сфери дітей із порушеннями інтелекту, яка часто характеризується незрілістю та недостатньою стійкістю почуттів. Вчена стверджує, що ці діти можуть швидко переходити від радості до засмучення, мати труднощі з контролем емоційних реакцій. Болісно реагують на невдачі та критику. Через часті труднощі у навчанні може формуватися невпевненість у собі, знижена самооцінка або страх помилки. Водночас позитивне підкріплення й підтримка дорослих значно підвищують їхню мотивацію. Емоційні реакції можуть бути більш безпосередніми та відкритими. Діти часто щиро виражають симпатію, прихильність і потребують емоційної підтримки, прийняття та стабільного середовища [34].

На думку В. Звекової, з огляду на специфіку емоційної та когнітивної сфери дітей з інтелектуальними порушеннями, кращих результатів у подоланні наслідків психотравми досягають адаптовані психокорекційні програми. Вчена акцентує увагу на групових заняттях, які стимулюють соціалізацію, адже взаємодія з однолітками формує у дітей навички невербального спілкування та алгоритми поведінки в колективі [34].

Закордонні дослідники, зокрема, E. Jacobs, N. Nader-Grosbois, підтверджують ефективність таких підходів. Вчені виділяють стратегії навчання емоційної регуляції через поліфункціональні вправи і рольові ігри, що сприяють кращому усвідомленню дитиною з порушеннями інтелекту власного стану та адаптації до змінних зовнішніх умов.

Досліджуючи поведінкові та соціальні особливості дітей з порушеннями інтелекту C. Baurain, M. Houssa, S. Mazzone, N. Nader-Grosbois звертають увагу на необхідність виявлення стресу через спостереження за поведінковими маркерами та фізіологічними змінами й рекомендують інтегрувати адаптовані техніки когнітивно-поведінкової терапії. Автори наголошують, що у поведінці дітей з порушеннями інтелекту може спостерігатися імпульсивність, недостатній самоконтроль і труднощі з дотриманням правил. Їм складно самостійно організовувати діяльність і планувати послідовність дій [119, 162]. Часто виникає залежність від допомоги дорослого і дитина може уникати складних завдань або швидко втрачати інтерес до діяльності, яка потребує значних розумових зусиль. Разом із тим чіткий режим, повторюваність дій і позитивне підкріплення сприяють формуванню бажаної поведінки. Такі діти добре реагують на структуроване середовище та передбачуваність.

Як стверджують Г. Блеч, І. Бобренко, І. Гладченко, Ю. Кравець, Г. Соколова, І Сухіна, С. Трикоз, О. Чуботарьова дітям з порушеннями інтелекту може бути складно встановлювати та підтримувати соціальні контакти, вони не завжди розуміють соціальні норми, правила спілкування чи приховані емоційні сигнали інших людей. Часто у колективі такі діти займають пасивну позицію або, навпаки, можуть бути надто нав'язливими через недостатнє розуміння меж спілкування. Втім, на думку авторів, попри труднощі, ці діти здатні формувати дружні стосунки та емоційну прив'язаність. Атмосфера прийняття, підтримки та інклюзивного середовища позитивно впливає на їхню соціалізацію. Вчені підкреслюють роль групової психокорекції як платформи для відпрацювання соціальних навичок і взаємної підтримки дітей з порушеннями інтелекту постраждалих внаслідок війни, що створює

безпечне середовище для вираження переживань та розбудови емпатійних зв'язків [30, 94, 98, 105, 107].

В Україні питанням психокорекції дітей з інтелектуальними порушеннями приділяють увагу І. Гладченко, О. Мякушко, О. Чеботарьова та ін. В своїх працях вчені обґрунтовують застосування спеціальних та інклюзивних форм навчання, де акцент ставиться на розвиток комунікативних стратегій та емоційної підтримки зі сторони педагогів і однолітків. Н. Квітка у дослідженні з арт-терапії доводить, що використання малюнку, музики та драматизації дає можливість дітям, які мають порушення інтелекту, безпосередньо виражати внутрішній досвід і знижувати рівень тривожності [107].

Отже, науково обґрунтовані підходи до психокорекції дітей з інтелектуальними порушеннями ґрунтуються на поєднанні індивідуальних та групових методів, зорієнтованих на розвиток емоційної грамотності, формування соціальних навичок та створення безпечного, передбачуваного терапевтичного простору, що забезпечує зниження фізіологічних і поведінкових проявів стресу та сприяє довготривалій психоемоційній стабільності.

Особливості виявлення психотравми у дітей з сенсорними порушеннями (порушення слуху / зору) досліджували О. Вовченко, К. Довгопола, В. Засенко, В. Кобильченко, О. Легкий, С. Литовченко, О. Паламар, В. Ремажевська та ін. Вчені стверджують, що діти з такими порушеннями можуть не чути загрозливі сигнали або не бачити відповідних соціальних підказок, що зменшує їхню здатність правильно інтерпретувати навколишнє середовище, що в свою чергу призводить до високого рівня тривожності, дезорієнтації або агресії, особливо в нових і незнайомих ситуаціях [19, 37, 39, 40, 52]. Вчені наголошують, що враховуючи ці фактори, для дітей з сенсорними порушеннями важливо використовувати інклюзивні методи навчання та терапії, які враховують їхні потреби у сенсорній інтеграції і розвитку навичок самообслуговування та комунікації.

На думку В. Ремажевської, діти з порушеннями зору виявляють специфічні реакції на стресові та травматичні події, що зумовлено обмеженою здатністю сприймати ключові екстероцептивні сигнали.

Дослідження Дж. Джонсона свідчать, що діти з порушеннями слуху можуть не відчувати характерних акустичних попереджень – шуму кроків, підвищеного голосу оточуючих тощо – і через це опиняються в ситуаціях несподіваного конфлікту або небезпеки.

Тотожної думки А. Miller, автор вказує, що діти з порушеннями зору втрачають візуальні підказки (жести, міміку, розмітку середовища), що призводить до дезорієнтації та невпевненості у власних діях [161]. За даними N. Smith невміння своєчасно виявити потенційну загрозу спричиняє у таких дітей високий рівень тривоги, що може проявлятися через психосоматичні симптоми: серцебиття, пітливість, м'язове напруження [168].

У незнайомих або мінливих умовах діти з сенсорними порушеннями часто демонструють надмірну агресію або, навпаки, емоційну відчуженість – так звану «запобіжну апатію» (S. Darnal, S. Panda, A. Chettri). Саме в таких випадках без адаптованих стратегій підтримки реакції на психотравму можуть загострюватися й інші порушення розвитку: затримка мовлення, соціальна ізоляція, порушення поведінкових норм.

Українські науковці також підтверджують такі явища у дітей з ООП. Так, вивчаючи психотравму у дітей з порушеннями слуху О. Вовченко, В. Жук, С. Литовченко, наголошують, що інтелектуальний розвиток дітей із порушеннями слуху зазвичай збережений, втім особливості слухового сприймання впливають на формування мовлення та пізнавальних процесів. Основні труднощі пов'язані з отриманням інформації через слуховий канал [19, 52].

Авторки стверджують, що діти можуть мати обмежений словниковий запас, труднощі з розумінням складних мовних конструкцій і засвоєнням абстрактних понять. Особливо це помітно, якщо порушення слуху виникло в ранньому віці та корекційна допомога була недостатньою.

На думку О. Вовченко, через труднощі спілкування діти з порушеннями слуху можуть переживати почуття ізольованості або нерозуміння в умовах стресу, що призводить до замкненості, тривожності чи емоційної напруги. Поряд з цим, нерозуміння мовлення оточення може викликати фрустрацію та дратівливість,

особливо це проявляється в ситуаціях, коли дитина не може повноцінно оцінити ситуацію [19].

В працях С. Литовченко, зазначено, що у поведінці дітей із порушеннями слуху можуть спостерігатися труднощі з дотриманням інструкцій через неповне сприймання мовлення (іноді це помилково сприймається як неувважність або неслухняність). Деякі діти можуть уникати комунікації або бути менш активними у груповій діяльності через невпевненість у власних комунікативних можливостях, інші, навпаки, прагнуть активно використовувати невербальні способи взаємодії [52].

Наголошує на особливостях соціалізації дітей з порушеннями слуху С. Кульбіда. Вчена відзначає, що соціалізація дітей із порушеннями слуху значною мірою залежить від рівня розвитку мовлення та доступності спілкування. Через бар'єри комунікації їм може бути складніше встановлювати контакти з однолітками, діти можуть почуватися відокремленими у колективі, якщо інші не володіють способами доступної комунікації, що призводить до обмеження соціальної активності.

С. Тарасенко підкреслює необхідність ранньої діагностики стресових реакцій через систематичне спостереження за поведінковими маркерами: руховими стереотипіями, відвертанням погляду, асоційованими звуковими реакціями. В свою чергу, О. Мельник досліджує особливості адаптації дітей з порушенням слуху в інклюзивному закладі й доводить ефективність застосування візуально-тактильних сигналів (спеціальні таблиці, жести, адаптовані піктограми) для зниження рівня тривоги.

В дослідженнях дітей з порушеннями зору В. Кобильченка, В. Ремажевської зазначено, що порушення зору впливає насамперед на спосіб отримання інформації про навколишній світ. Через обмежене зорове сприймання діти можуть мати труднощі з формуванням просторових уявлень і орієнтуванням. Автори наголошують, оскільки пізнавальна діяльність базується переважно на слуховому, тактильному та кінестетичному сприйманні, то для засвоєння інформації важливими є словесні пояснення, практичний досвід і використання спеціальних засобів навчання [39, 40].

В. Кобильченко відзначає, що діти з порушеннями зору можуть переживати невпевненість, тривожність або страх у нових ситуаціях, особливо пов'язаних із стресом, пересуванням і незнайомим простором. Через залежність від допомоги дорослих інколи формується підвищена вразливість або невпевненість у власних силах [40]. Такі діти часто чутливі до ставлення оточення та потребують емоційного прийняття.

На думку авторів, тактильна стимуляція (моделі предметів, шрифти Брайля) та звукові орієнтири (вібраційні маячки, аудіометодики) значно покращують просторову орієнтацію дитини й зменшують рівень внутрішньої тривоги. За В. Кобильченком, О. Паламар значної ваги набувають заняття з елементами ерготерапії – розробки дрібної моторики та координації рухів – як засобу психоемоційної регуляції [39, 40].

Дослідження закордонних вчених підтверджують важливість індивідуалізації підходів до підтримки дітей з особливими освітніми потребами у контексті психотравм. Так, згідно з дослідженнями, діти з аутизмом можуть демонструвати унікальні стратегії адаптації до стресу, однак вони часто потребують стабільного і передбачуваного середовища для зниження рівня тривоги [114, 124, 139, 171]. Вчені підкреслюють важливість забезпечення підтримки через психотерапевтичні методи, які враховують особливості розвитку таких дітей, зокрема через терапії на основі гри та сенсорної інтеграції.

Згідно з дослідженнями О. Боряк, А. Колишкіна, А. Чебонян, О. Чеботарьової діти з інтелектуальними порушеннями можуть демонструвати значну вразливість до стресових ситуацій, особливо коли вони не можуть усвідомити наслідки своїх вчинків або не розуміють причинно-наслідкові зв'язки між подіями. вчений наголошує, що у таких випадках важливо застосовувати методи, які орієнтовані на розвиток емоційної грамотності і соціальних навичок [136]. С. Baurain, N. Nader-Grosbois пропонують використовувати спеціалізовані програми для дітей з інтелектуальними порушеннями, що включають елементи терапії на основі гри та роботи з поведінковими моделями [119].

На думку українських вчених, А. Блеч, Н. Гончарук, О. Горбатюк, Г. Соколової, К. Тороп, діти з порушеннями інтелекту виявляють низку характерних особливостей у когнітивній та поведінковій сферах і потребують сприятливого соціального та емоційного середовища, щоб зменшити стрес і забезпечити їхню адаптацію. Вчені підкреслюють, що для таких дітей важливо створювати стабільність у взаємодії з оточенням, що сприяє зменшенню рівня тривоги та розвитку позитивних соціальних навичок. В працях Л. Руденко рекомендовано комплексний підхід до корекції психотравм у дітей з інтелектуальними порушеннями, який передбачає використання методів соціальної інтеграції та індивідуальних психокорекційних програм [94, 95, 98, 106, 107].

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене, можна стверджувати, що діти з особливими освітніми потребами мають порушення різного ступеня вираженості, що комплексно впливають на формування когнітивної, емоційної, поведінкової сфер, а також на процеси їх соціалізації. Ці особливості обумовлені як органічними, так і функціональними змінами в центральній нервовій системі, генетичними чинниками, перинатальними ушкодженнями чи сенсорними порушеннями. Кожна з перелічених сфер розвитку через психотравму зазнає якісних і кількісних змін, що потребують індивідуалізованого підходу в освіті та психолого-педагогічного супроводу.

Узагальнюючи можна стверджувати, що у когнітивній сфері у дітей з ООП найчастіше спостерігаються значні відхилення в розвитку уваги, пам'яті, мислення та мовлення. Діти з інтелектуальними порушеннями мають труднощі з оперуванням абстрактними поняттями, засвоєнням логічних операцій, аналізом та синтезом інформації. При розладах аутистичного спектра спостерігається порушення теорії розуму, тобто нездатність розуміти ментальні стани інших людей, що суттєво впливає на якість пізнавальної активності та соціального навчання. Діти з сенсорними порушеннями (порушення зору або слуху) мають обмеження в сприйнятті інформації, що ускладнює розвиток мовлення, просторового мислення та обсягів короткотривалої пам'яті й ін.

Емоційна сфера дітей з ООП зазвичай має виражену лабільність, труднощі у саморегуляції та ідентифікації емоцій. Наприклад, діти з синдромом Дауна мають

позитивний емоційний фон, але часто демонструють залежність від емоційної підтримки дорослого та неадекватність афективного реагування в умовах стресу, у дітей з РАС емоційні реакції можуть бути несинхронізованими з контекстом події, що вказує на порушення емоційної когніції. Нерідко такі діти демонструють труднощі у вираженні страху, гніву або радості, що ускладнює емоційне спілкування та формування прихильності.

У поведінковій сфері дітей з ООП також виникають численні порушення, серед яких – імпульсивність, ригідність поведінки, агресивність або надмірна пасивність. До прикладу, діти з тяжкими порушеннями розвитку нерідко демонструють деструктивні або автоагресивні дії як реакцію на фрустрацію або сенсорне перевантаження, для дітей з аутизмом характерними є стереотипії, уникнення нових ситуацій, ритуалізована поведінка, у дітей з гіперактивністю та порушенням уваги переважають неконтрольовані реакції, висока збудливість, порушення норм соціального співіснування та ін.

Особливості соціалізації дітей з ООП виявляються у складнощах встановлення і підтримки міжособистісних контактів, низькому рівні розвитку комунікативних навичок, труднощах інтеграції в дитячі колективи. Багато з них не розуміють соціальних норм або не вміють інтерпретувати невербальні сигнали, що призводить до частих конфліктів або ізоляції. За спостереженнями вчених, діти з порушеннями слуху часто потребують спеціальних умов комунікації (жестова мова, супровід перекладача), без яких вони не включаються в повноцінну взаємодію. Соціальна адаптація дітей з ООП значною мірою залежить від підтримки з боку дорослих, включення в інклюзивне середовище, застосування технологій соціальних історій, рольових ігор, комунікативних тренінгів.

Таким чином, системний аналіз особливостей розвитку дітей з ООП засвідчує потребу в комплексному підході до корекційно-розвиткової роботи щодо виявлення наслідків психотравми, яка має охоплювати усі сфери психіки – когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну.

Таким чином, психотравма у дітей з особливими освітніми потребами має специфічні прояви, які значною мірою залежать від типу порушення, а також від

індивідуальних особливостей кожної дитини. Сучасні дослідження як закордонних, так і українських вчених дають важливі рекомендації для розробки ефективних методик психотерапевтичної допомоги та підтримки, орієнтованих на специфічні потреби цієї групи дітей.

1.4. Методи подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами

Переживання травматичних подій та втрат під час війни чи іншого тривалого конфлікту призводять до серйозних психологічних страждань та психічних порушень, особливо у дітей з ООП.

У війні розв'язаною росією спостерігається зростання загального рівня травматизації дитячого населення, що супроводжується соціальною дезадаптацією, підвищеною емоційною чутливістю, психічною виснаженістю, труднощами у саморегуляції та ін. Діти, які мають досвід психотравми, зазнають тривалого дистресу та психологічних ускладнень навіть по закінченні будь-якої гострої небезпеки чи кризи. З огляду на це у сучасному науковому дискурсі спостерігається зростаюча увага до розроблення ефективних методів психокорекційної роботи, надання дітям систематичної психосоціальної підтримки на ранньому етапі психотравми що здатне посприяти зміцненню їхнього ментального здоров'я.

У останній версії Міжнародної класифікації хвороб – МКХ-11, зазначено, що подія вважається травматичною, якщо вона надзвичайно загрозлива чи жахлива. На думку У. Юле жахливість травматичної події визначається на рівні суб'єктивного досвіду дитини, через власне сприйняття події, оцінку та інтерпретацію. За словами Р. Томпсона, травматичний стрес у дитинстві стосується фізичних та емоційних реакцій дитини на небезпечні для життя події або на події, що загрожують фізичній цілісності дитини чи когось критично важливого для неї.

Психотравма у дітей з ООП має свої особливості: вона може мати як значно виражений характер, так і менш помітні, але глибокі наслідки, що тривалий час залишаються латентними. Переживання травматичних подій може глибоко вплинути

на готовність дитини довіряти іншим людям, на її відчуття особистої безпеки та на ефективність орієнтування в життєвих змінах. Травма часто порушує або руйнує уяву, чи змушує травмованих людей відчувати, як їхня уява знову повертає їх до небезпеки. Відсутність уяви та здатності уявити зміни в житті означає, що людині буде складно організувати та змінити щось для себе в майбутньому.

В колі науковців та практиків сформувалися різні підходи до подолання наслідків психотравми – когнітивно-поведінковий, арт-терапевтичний, ігровий, тілесно-орієнтований, нейропсихологічний, а також інтегративні моделі, адаптовані під специфіку дитячого віку та розвитку [114, 120, 121, 122, 124, 127, 130, 141, 144, 147, 149].

У сучасних психолого-педагогічних дослідженнях актуалізується проблема розроблення та ефективного впровадження методів психокорекції та психотерапевтичної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, які пережили психотравмуючі події (К. Бужинецька, С. Дерев'янка, Г. Соколова, А. Dow, L. Chapman, E. Kern, B. Williams та ін.). Вчені стверджують, що особливості психоемоційного розвитку цієї категорії дітей – зокрема, знижений рівень саморегуляції, обмежена вербальна комунікація, сенсорна гіперчутливість, а також труднощі з ідентифікацією та вираженням емоцій – зумовлюють потребу в специфічних, адаптованих до їхніх можливостей підходах психотерапевтичної допомоги. Серед провідних методів, які набули широкого практичного застосування у роботі з дітьми з ООП, автори виділяють когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, ігрову терапію, тілесно-орієнтовану терапію, а також інтегративні моделі [95, 114, 115, 125, 139, 146, 149, 170].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), розроблена А. Бек та адаптована до дитячого віку J. Бек, довела свою ефективність у зниженні рівня тривожності, агресивних і депресивних проявів у дітей з ООП, особливо за умови регулярного і тривалого втручання. За авторами, у контексті особливих потреб вона застосовується в модифікованих формах, з опорою на конкретні, візуально підкріплені стратегії поведінки та зменшене абстрагування. Водночас КПТ вимагає достатнього рівня когнітивного розвитку, що обмежує її застосування для дітей із вираженими

інтелектуальними порушеннями, а також передбачає високий рівень підготовки спеціаліста. Вчені наголошують, що ефективність цього методу підвищується за умов наявності довірливих відносин між дитиною та терапевтом, міждисциплінарної співпраці та інтеграції психотерапевтичних елементів у освітній простір [121, 122, 123, 124].

На думку А. Beck, В. Liese, С. Newman, F. Wright когнітивно-поведінкова терапія, базується на ідеї, що емоційний стан та поведінка дитини залежать не лише від зовнішніх подій, але й від способу, в який вона ці події інтерпретує [124].

В Україні: метод КПТ у роботі з дітьми з психічними порушеннями та розладами поведінки активно застосовується у клініко-психологічних центрах при закладах вищої освіти та наукових установах. Як стверджують Н. Гриньова, А. Губаль, А. Душка, М. Матяш, Г. Соколова, Л. Прохоренко, О. Чеботарьова у дітей з ООП, зокрема, з розладами аутистичного спектра, РДУГ, порушеннями інтелекту чи емоційно-поведінковими розладами, спотворене або дезорганізоване сприйняття часто посилює тривогу, дратівливість або емоційну нестабільність [26, 28, 86, 95, 105, 138]. Згідно з емпіричними дослідженнями вчених, у дітей із тривожними розладами та РДУГ, які проходили 12-тижневу програму КПТ, рівень тривожності знизився в середньому на 40% за шкалою SCAS (Spence Children's Anxiety Scale). КПТ, адаптована для дітей з аутизмом, призвела до зниження соціальної тривоги та агресивних поведінкових проявів у 68% випадків (за даними спостережень вчителів та батьків), поряд з цим, дітей з РАС після проходження групової КПТ зросла кількість адаптивних способів реагування у стресових ситуаціях – з 2,1 до 4,7 реакцій (за власними та батьківськими оцінками).

Вчені стверджують, що когнітивно-поведінкова терапія, за умов професійної адаптації, демонструє високу результативність у зниженні проявів тривожності, емоційної нестабільності та неадаптивної поведінки у дітей з особливими освітніми потребами. Її ефективність зростає за умови мультидисциплінарного підходу, включення батьків у терапевтичний процес і системної взаємодії з освітнім середовищем [138].

До основних етапів цієї методики автори відносять:

- формування терапевтичного альянсу через гру, спільне малювання чи використання візуальних інструментів, засобами чого створюється безпечне середовище, у якому дитина може відкрито висловлювати свої емоції (встановлення довіри – ключова умова для роботи з дітьми з ООП);

- ідентифікація автоматичних думок (застосовуються адаптовані інструменти: «картки емоцій», «мозаїка думок», піктограми ситуацій. Наприклад, терапевт запитує: «Що ти подумав, коли це сталося?» або «Що було в твоїй голові, коли тебе образили?»);

- аналіз і реконструкція деструктивних думок (разом із дитиною створюються альтернативні інтерпретації ситуацій: наприклад, замість думки «Я поганий» формується «Я можу помилятися, але все одно залишаюсь добрим»; для дітей з ООП використовуються візуалізовані порівняння, казкові персонажі, комікси);

- тренування поведінкових стратегій (поведінкове експериментування (репетиція реакцій), ігрове моделювання ситуацій (наприклад, як відреагувати, коли хтось насміхається), використання підкріплення (нагороди за позитивну реакцію);

- формування навичок саморегуляції (тренуються техніки дихання, елементи майндфулнесу, візуалізація приємних спогадів, «емоційні термометри», ведення «щоденника емоцій»).

У працях вчених знаходимо адаптації методики до дітей з ООП, зокрема, для дітей з аутизмом – спрощується мова, використовуються сценарії, соціальні історії, візуальні розклади; для дітей з порушеннями інтелекту – впроваджується більше повторень, конкретні приклади, ігрові елементи; для дітей з РДУГ – робота відбувається в коротких інтервалах, із включенням рухових пауз тощо [16, 33, 55, 67, 96, 114, 117, 138, 139, 145, 162].

Арт-терапія, започаткована М. Naumburg, Е. Kramer, а в українському контексті активно досліджувана Н. Грабовською, О. Бедіченко, Я. Раєвською, О. Сивак, на думку авторів, є універсальним засобом опрацювання психотравматичних переживань у дітей із широким спектром особливих освітніх потреб. Її потенціал полягає у створенні безпечного простору для невербального самовираження, зниження внутрішньої напруги та формування позитивного емоційного досвіду.

Вчені розробили метод, який особливо ефективний для дітей з аутистичним спектром, порушеннями мовлення та порушеннями інтелектуального розвитку, яким важко виражати свої емоції словами.

Іншим дієвим методом є ігрова терапія, який засновано на принципах недирективності та емоційної безпеки [9, 21, 25, 38, 44]. В дослідженнях О. Кіргізова, А. Пеха, Л. Прохоренко відзначено, що цей метод є одним із найбільш природних та прийнятних способів психотерапевтичного впливу на дітей молодшого шкільного віку. Як стверджують автори, гра виступає як форма символічного відтворення досвіду, через яку дитина може опосередковано пережити та трансформувати травматичні події [38].

Метод демонструє високу ефективність у роботі з дітьми з аутизмом, РДУГ, затримкою психічного розвитку. Складність застосування полягає в необхідності спеціально облаштованого простору, ігрового матеріалу та достатнього часу для стабільної терапевтичної взаємодії. В українських дослідженнях О. Кіргізова, К. Крутій, А. Пеха, О. Чебикіна підкреслюється важливість поєднання ігрової терапії з педагогічними технологіями розвитку емоційного інтелекту [38, 138].

В працях інших вчених як ефективний метод подолання психотравми у дітей розглядається тілесно-орієнтована терапія (ТОТ), оскільки вона працює не лише з психічними, але й з фізіологічними проявами травматичного досвіду (А. Beck, С. O'Brien, J. Elaine, I. Herman, V. Exline, E. Kramer, H. Lendert, M. Naumburg, G. Woody). Підхід, в руслі якого проводилися дослідження, ґрунтується на уявленні, що психотравма зберігається не лише в пам'яті дитини, а й у тілі – в м'язовій напрузі, у патернах дихання, у вегетативній нервовій системі [120, 122, 124, 148, 177].

В дослідженні I. Bartenieff, D. Lewis зазначено, що невербальні форми вираження, зокрема через тіло, дозволяють дітям безпечно досліджувати свої емоційні переживання. У підході вченої терапевтична робота має включати рухи, тілесні відчуття й образи як спосіб доступу до несвідомих емоцій [116].

Тотожної думки дотримується Е. Kramer. Вчена підкреслює роль тілесного самовираження в роботі з дітьми, які пережили психотравму. Вона зазначала, що через рух і тілесне усвідомлення діти можуть відновити контакт із власним тілом, що

часто порушується внаслідок травматичних подій [151]. Дослідниця дійшла висновку, що тілесна інтеграція допомагає зменшити симптоми психотравми у дітей. В свою чергу, V. Exline, працюючи з дітьми у терапевтичному середовищі, зробила акцент на безпечному тілесному контакті та роботі з тілесними імпульсами як ключовому інструменті в терапевтичному процесі. Вона наголошувала, що діти, які пережили травму, потребують м'яких, структурованих форм роботи з тілом, щоби знову відчувати контроль і безпеку.

В своїх дослідженнях О. Куліш, І. Сірик розглядають тілесно-орієнтовану терапію як засіб відновлення регуляції нервової системи у дітей. Вчені підкреслюють важливість роботи з соматичними реакціями на стрес, зокрема, зі змінами дихання, серцебиття та м'язової напруги – через вправи на заземлення, дихальні техніки й рухові практики. [47]

Таким чином, ТОТ є цінним інструментом у психотерапії травмованих дітей, особливо коли вербальні методи є недостатніми або недоступними через вік чи рівень розвитку дитини. Узагальнюючи дослідження можна стверджувати, що засобами тілесно-орієнтованої терапії в роботі з психотравмою у дітей значно зменшуються тілесні прояви стресу, відновлюється почуття контролю над тілом, зменшується рівень стресу при вербальному самовираженні травматичних спогадів, розвивається внутрішня стабільність та здатність до саморегуляції. За даними різних вчених, особливої значущості ці підходи набувають у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, у яких психотравматичний досвід часто не піддається вербалізації, але проявляється через соматичні симптоми, гіпертонус, рухову дезорганізацію або психосоматичні реакції, з огляду на це, численні вчені тілесно-орієнтовані підходи розглядають як цінний ресурс у психокорекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра, РДУГ, емоційно-поведінковими розладами та ін. [46, 50, 70, 109, 112, 133].

Одним із провідних методів у галузі психології і нейропсихології вчені вважають метод соматичного досвіду (Somatic Experiencing), розроблений Р. Levine. В. Kolk, – терапевтичний підхід, який фокусується на зціленні травми та відновленні природної здатності організму до саморегуляції. За допомогою цього методу людей

направляють до безпечного вивільнення та вирішення фізичних та емоційних наслідків травматичного досвіду. Праці вчених мали значний вплив на сферу травмотерапії, надаючи цінні інструменти та техніки для зцілення та життєстійкості. Центральним принципом цієї терапії є припущення, що травматичний досвід «залишає слід» в нервовій системі, залишаючи фізіологічно дитину в стані хронічної напруги або дисоціації. Методика соматичного досвіду передбачає фокусування уваги дитини на тілесних сигналах, мікрорухах, диханні, відчуттях без необхідності повної вербалізації травматичної події. Завдяки поступовому перефокусуванню на безпечні тілесні відчуття, дитина починає відновлювати контроль над тілом і емоціями. У роботі з дітьми з ООП метод адаптується до вікових особливостей через гру, зразки, використання сенсорних предметів і вправ на сприймання та уяву. За даними Р. Levine. В. Kolk метод продемонстрував ефективність у зменшенні тілесного напруження, панічних реакцій та дисоціативних станів, зокрема у дітей з аутизмом та емоційною дезорганізацією, які мають посттравматичні прояви [158].

В дослідженнях Р. Levine, проведених за участю дітей із посттравматичним стресовим розладом, які мають аутистичний спектр встановлено, що після 8-12 сеансів соматичної терапії у 72% дітей відзначено зниження тілесної гіперактивності (тремор, гіпертонус), нормалізувався сон та зменшилася частота істеричних реакцій, діти демонстрували покращення у вербальному самовираженні та здатності розпізнавати власні тілесні стани, що свідчить про розвиток міжпівкульної інтеграції та зниження дисоціації [156].

В контексті соматичного підходу відомою є соматична терапія за А. Lowen, яка передбачає біоенергетичний аналіз, що базується на ідеї нерозривного зв'язку між тілом та розумом. Метод допомагає звільнити тіло від хронічних м'язової скутості, відновити природне дихання та повернути радість життя. Вчений вважає, що хронічні м'язові скутості є тілесним відображенням непропрацьованих емоцій й пропонує систему вправ, які стимулюють «вивільнення» заблокованої енергії, відновлення природної тілесної гнучкості та глибокого дихання. У дитячій практиці біоенергетичні техніки застосовуються у змінній формі – через танцювальні рухи, «тваринну гімнастику», роботу з голосом, що сприяє вивільненню емоцій та

поліпшенню психофізичного самопочуття [158]. Важливо, що для дітей з ООП, особливо з порушеннями сенсорної інтеграції, такі рухові вправи слугують основою для формування відчуття цілісності тіла та стабілізації нервової системи.

Дослідницька група під керівництвом G. Rothschild (2010) провела експериментальне дослідження спрощеної біоенергетичної програми в групах дітей з РДУГ та емоційно-афективними порушеннями у молодшому шкільному віці. Авторами було виявлено, що через 6 тижнів практики (2 заняття на тиждень) у 64% дітей знизилася імпульсивність та агресивність; покращилась здатність до концентрації уваги, діти стали менш збудливими, з'явилися ознаки кращої емоційної диференціації (вміння розпізнавати і називати власні емоції).

На думку М. Мушкевич, С. Чагарної значного поширення набула також система F. Method, заснована М. Feldenkrais, яка передбачала розвиток усвідомлення руху як засобу перебудови нейронних зв'язків. В основі підходу використовуються м'які рухи, розвиток довільної уваги для покращення усвідомлення тіла, гнучкості, координації та загального функціонування. Вчені зазначають, що цей метод ґрунтується на ідеї, що завдяки підвищенню самосвідомості дитина може навчитися новим, більш ефективним руховим шаблонам, що сприяє зменшенню болю, покращенню постави та підвищенню емоційного й фізичного благополуччя, що сприяє сенсомоторному розвитку, активує функціональні рухи, знижує м'язовий гіпертонус та поліпшує здатність до саморегуляції. Як стверджує О. Мякушко, О. Чеботарьова, у роботі з дітьми з ООП, особливо з ДЦП або розладами координації, використовується ігрова форма роботи через спонтанні рухи, прості зміни положення тіла, м'які дотики та ритмічні вправи, які допомагають розвивати довіру до світу через тілесний досвід [65].

В дослідженнях Е. Bartenieff, С. Bainbridge метод М. Feldenkrais було протестовано на дітях з особливими освітніми потребами, у тому числі з церебральним паралічем та сенсомоторними порушеннями і в результаті 10-тижневої програми було зафіксовано значне покращення координації рухів, зниження напруження в м'язах тулуба та підвищення контролю над рухами рук (за шкалою GMFM (Gross Motor Function Measure); у дітей з аутизмом спостерігалось зростання

тривалості візуального контакту та зменшення стереотипних рухів; у дітей з моторними та когнітивними порушеннями було виявлено позитивні результати у зниженні м'язової ригідності, покращенні просторового орієнтування та підвищенні емоційного фону; у дітей з РДУГ через повільну ритмічну роботу з тілом формувалися вміння фокусувати увагу, розвивати терпіння і спокій, вищий рівень контролю над емоціями й поведінкою; у дітей з ДЦП та помірними порушеннями інтелекту, було зафіксовано стабільне зростання впевненості в собі, зменшення проявів агресії та розвиток навичок самообслуговування [121, 125, 138].

В Україні метод нейропсихологічної корекції часто поєднують із логопедією, тілесно-орієнтованою терапією та сенсорною інтеграцією, що робить підхід більш ефективним і цілісним. Серед відомих українських фахівців, які використовували або адаптували нейропсихологічну корекцію варто назвати О. Соловійову (вчена працює над адаптацією методик нейропсихологічної діагностики та корекції для дітей з труднощами у навчанні); С. Чудінович досліджує дітей з РАС, РДУГ, затримкою розвитку мовлення та іншими порушеннями, використовуючи комплексну нейропсихологічну корекцію; О. Жабченко виступає за інтеграцію нейропсихологічного підходу в шкільну систему, з акцентом на раннє виявлення труднощів у дітей молодшого шкільного віку. Програми українських дослідників поєднують елементи кінезіотерапії, рухливих ігор і дихальних вправ, що доводить ефективність у роботі з дітьми з порушеннями уваги, поведінки, мовлення та навчання [18, 29, 44, 48, 74, 100].

В межах міждисциплінарного дослідження в Ізраїлі (G. Shapiro, 2019), було застосовано низку соматичних і сенсорних практик у школах для дітей з РАС. За результатами дослідження встановлено, що проведення ранкових дихальних вправ, вправ на баланс, масажних сенсорних ігор сприяло зниженню рівня тривожності у дітей на 43% (за шкалою STAI-C).

Крім того, узагальнені дані Європейської асоціації тілесно-орієнтованої психотерапії (ЕАВР, 2018) свідчать про стабільні позитивні ефекти тілесно-орієнтованих програм у роботі з дітьми з ООП, зокрема: зменшення проявів гіперактивності й тривожності (до 50–60% дітей); стабілізація емоційного стану (до

70% дітей); розвиток тілесної усвідомленості, моторної координації та відчуття меж тіла (до 50% дітей); покращення якості сну, зменшення енурезу, соматичних скарг (до 65 % дітей).

Підсумовуючи можна стверджувати, що тілесно-орієнтовані методи базуються на роботі з тілесними реакціями, відчуттями та рухами виявляються особливо корисними для дітей, у яких травмівний досвід проявляється у вигляді соматичних симптомів або фізичної напруги. Усі перелічені методики мають спільну основу – опору на тілесний досвід як основу для емоційної стабілізації та інтеграції психотравми. Як стверджують вчені, ці методи ефективні за умов поступового, ритмічного залучення дитини, адаптації вправ до індивідуального рівня розвитку, а також тісної співпраці психолога, педагога та батьків. Варто додати, що тілесно-орієнтовані методи виявляються високоефективними у психокорекційній роботі з дітьми з ООП, насамперед завдяки їх здатності залучати до терапії невербальні рівні сприйняття, знижувати соматичну напругу та відновлювати базові відчуття безпеки й контролю.

В сучасній психотерапевтичній практиці дедалі частіше реалізується підхід, що передбачає інтеграцію різних методів психокорекції для комплексного впливу на психіку дитини. Особливо актуальним цей напрям є у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, які характеризуються не лише порушеннями розвитку, але й гетерогенністю проявів, що вимагає мультикомпонентного, адаптивного втручання.

Інтегративні моделі психокорекції, які поєднують різні підходи – когнітивні, арт-терапевтичні, сенсомоторні, – є найперспективнішими в освітньому середовищі (О. Соловйова, С. Чудінович, Р. Levine, В. Kolk, В. Perry, Р. Ogden). Вчені наголошують на необхідності поєднання нейропсихологічної корекції з елементами ігрової терапії, арт-методів, тілесної інтеграції. Так, Р. Levine підкреслює важливість цілісного підходу до відновлення емоційного та когнітивного балансу дитини, особливо в умовах психотравми. На думку вченого, така мультидисциплінарна модель дає змогу краще адаптувати дитину до навчального середовища, знижує рівень тривожності та сприяє формуванню стійких навичок саморегуляції [157].

Однією з відомих інтегративних методик є «Тіло пам'ятає все» – програма соматичної стабілізації для дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери (адаптація В. Kolk), яка містить дихальні вправи, тілесні ігри, арт-техніки та вправи на розвиток емоційної регуляції [158]. Методика спрямована на розвиток емоційного інтелекту, корекцію агресивної поведінки, розширення комунікативних можливостей дитини. Основу складають спонтанне малювання, драматизація, обговорення казкових сюжетів, створення емоційних карт.

У межах європейського підходу, широко використовується модель DIR/Floortime, авторства S. Greenspan, S. Wieder, що передбачає цілісну роботу з дитиною на рівнях емоційного розвитку, сенсомоторної інтеграції та соціальної взаємодії. Модель використовує гру як головний засіб розвитку афективної прив'язаності, регуляції та комунікації. В дослідженнях Національного центру аутизму (США) було доведено, що після 6 місяців застосування моделі DIR/Floortime у дітей з РАС покращилися соціальні реакції, зменшилась сенсорна гіперчутливість, а рівень мовленнєвого розвитку зріс на 30-40% у порівнянні з контрольною групою [145].

У вітчизняному контексті активно використовується інтегративна модель «Дитина в колі підтримки», запропонована О. Сухомлинською та адаптована фахівцями Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи. Вона поєднує ігрову терапію, музичну імпровізацію, вправи на тілесну обізнаність і роботу з казкотерапією. Програма активно використовується в інклюзивних закладах для дітей з емоційними порушеннями, порушеннями уваги та тривожно-депресивними проявами. За даними моніторингу, проведеного у 2020–2022 роках у кількох областях України, понад 70% дітей, які брали участь у 12-тижневому курсі, продемонстрували покращення в емоційній саморегуляції, здатності до співпраці в групі та позитивному самоусвідомленні.

Окреме місце серед інтегративних практик займає модель Т. Шевченко, Л. Мазур «Терапевтична казка + арт + рух». Суть методу полягає у створенні казкових ситуацій, які діти проживають через малювання, пантоміму, ритмічні вправи [110]. Такий підхід дає змогу дітям з ООП емоційно й тілесно «пропустити» через себе

складні життєві ситуації в безпечному символічному просторі. В експериментальних групах діти 5-9 років з аутистичним спектром було зафіксовано зниження кількості афективних вибухів, поліпшення настрою та зростання рівня емоційного відгуку.

Результати досліджень інтегративних моделей психокорекції Т. Красіна, Г. Гавриловська, Н. Гурець вказують на їхню високу ефективність щодо зменшення тривожності, покращення емоційного розуміння й вираження почуттів, зростання здатності до соціальної взаємодії та кооперації, зниження проявів агресії, імпульсивності, емоційної нестабільності тощо [25].

Таким чином, згідно теоретичного аналізу щодо ефективності інтегративного підходу можна стверджувати, що саме інтегративні моделі демонструють найбільший потенціал для підтримки дітей з різними формами ООП у контексті емоційного розвитку, адаптації до соціуму та збереження психічного здоров'я.

Підсумовуючи вищезазначені дослідження, варто відзначити, що вибір методу психотерапевтичної допомоги дітям з ООП має базуватися на комплексному аналізі особистісних, вікових, когнітивних та соціальних чинників, а також передбачати забезпечення системного супроводу, безпечного середовища та міждисциплінарної співпраці.

Аналізуючи отримані результати наукових досліджень українських та зарубіжних вчених, можна стверджувати, що вищезазначені методи психотерапевтичної допомоги вміщують такі критерії:

- сенсорна інтеграція (використання мультисенсорних матеріалів (тактильних дошок, звукогенераторів, рельєфних карт), що дає змогу компенсувати дефіцит одного модальнісного каналу за рахунок інших;
- розвиток навичок самообслуговування (поступове вивчення адаптивних алгоритмів поведінки, що підвищує автономію й знижує рівень тривоги;
- формування комунікативних стратегій, що допомагають дітям передавати емоційний стан без потреби в усному слові.

Аналіз наукових джерел і практичних досліджень засвідчує, що діти з ООП є особливо вразливою категорією до дії психотравмуючих чинників через когнітивні,

емоційні, комунікативні та поведінкові порушення, що зумовлює потребу в системній, адаптованій до їхніх особливостей психокорекційній допомозі.

Когнітивно-поведінкова терапія зарекомендувала себе як ефективний інструмент зниження тривожності, агресивності та депресивних станів у дітей з ООП, особливо при дотриманні принципів індивідуалізації, візуалізації та активного залучення батьків до терапевтичного процесу. Емпіричні дослідження підтверджують її результативність у 60-70% випадків за ключовими емоційно-поведінковими порушеннями.

Арт-терапія є універсальним засобом невербального вираження та переробки психотравматичного досвіду, який дозволяє долати труднощі у дітей з обмеженими мовленнєвими або комунікативними можливостями. ця техніка сприяє зниженню тривожності, розвитку самооцінки, емоційної експресії та творчих здібностей.

Ігрова терапія визнана ефективною формою психокорекційного впливу, що забезпечує природний шлях емоційної обробки досвіду через символічну діяльність. Її застосування в умовах інклюзивного навчання сприяє формуванню навичок соціальної взаємодії, зниженню тривожності та покращенню емоційного саморегулювання у дітей з аутизмом, РДУГ та затримкою психічного розвитку.

Тілесно-орієнтовані методи є особливо цінними у роботі з дітьми, які мають труднощі з вербалізацією травматичного досвіду. Ці методи активізують ресурси тіла для зняття хронічного напруження, стабілізації нервової системи, розвитку саморегуляції та сенсомоторної інтеграції.

Інтегративні моделі психокорекції, що поєднують когнітивні, емоційно-творчі та тілесні компоненти, продемонстрували найвищий рівень ефективності, адаптованості та екологічності в освітньому середовищі. Завдяки міждисциплінарному підходу та комплексному впливу вони сприяють гармонійному психоемоційному розвитку дитини, зниженню симптомів психотравматизації та зміцненню соціальних навичок.

Загалом, успішність психокорекційної роботи з дітьми з ООП значною мірою залежить від таких факторів: тривалість і системність впливу, індивідуальна адаптація методик, компетентність спеціалістів, підтримка з боку сім'ї та освітнього

середовища та врахування психофізіологічних особливостей, типу освітніх труднощів та ступеня травматизації – дає змогу підібрати максимально ефективний корекційний маршрут.

Таким чином, на основі узагальнення теоретичних положень, аналізу сучасних наукових джерел та результатів емпіричних досліджень можна стверджувати, що застосування когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапевтичних підходів, ігрової, тілесно-орієнтованої та інтегративної психокорекційної практики є доцільним і перспективним у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, які зазнали психотравматичного досвіду.

Разом з тим, ефективність кожного з методів значною мірою залежить від умов їх реалізації в конкретному психолого-педагогічному середовищі, ступеня адаптації до індивідуальних особливостей дитини, а також системності супроводу. Зважаючи на це, виникає потреба у проведенні цілеспрямованого експериментального дослідження, з метою перевірки ефективності впровадження обраних психокорекційних технологій у роботі з дітьми з ООП, оцінити динаміку їхнього психоемоційного стану, рівень адаптації та здатність до емоційного саморегулювання.

Висновки до першого розділу

В українській психології інтерес до проблеми психотравми посилюється у зв'язку з актуалізацією поняття посттравматичного стресового розладу що стало наслідком як внутрішніх соціальних змін, так і впливу війни на території України. Наприкінці ХХ століття посттравматичний стресовий розлад було офіційно визнано як окрему нозологічну одиницю у американській класифікації DSM-III, а згодом внесено до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), що сприяло зростанню зацікавленості науковців у вивченні механізмів травматизації, її наслідків і підходів до подолання.

Теоретично обґрунтовано, що етіологія термінів «психічна травма» і «психологічна травма» узагальнюється у слові «психотравма» і змістовно закріплюється на дії афекту і його переживанні, а також зовнішніх подразниках, що патогенно впливають на особистість. Психологічна травма є реакцією психіки на

подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею емоційно, в свою чергу, психічна травма є психопатологічним наслідком психологічного порушення, що проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки. Тобто, це цілісний процес розвитку травматичних змін психіки, де психологічна травма є початковим станом, а психічна – його патологічним розвитком. В межах психічної системи людини психологічна травма є не лише реакція на стрес, а вузловим моментом зміни особистості, який може призвести або до деструкції.

Таким чином, психотравма – вміщує два аспекти порушень психічної системи людини, в якій психологічний аспект описує зміст і переживання, а психічний – функціональні наслідки для особистості та її адаптації.

У межах медико-психологічного підходу особлива увага приділяється нейрофізіологічній вразливості дитячого організму до стресових факторів. Дослідження останніх років, зокрема на основі українського клінічного досвіду, засвідчують, що травматичні події можуть призводити до соматоформних реакцій та загострення неврологічних симптомів у дітей.

Психолого-педагогічний підхід зосереджується на впливі психотравми на когнітивний розвиток, емоційну саморегуляцію, соціальну поведінку й навчальну мотивацію. В основі цього підходу лежить визнання тісного зв'язку між емоційним станом дитини та її здатністю до навчання, адаптації в шкільному середовищі та побудови стосунків з оточенням.

Соціально-екологічна модель розглядає психотравму у дітей як результат взаємодії особистісних особливостей дитини в мега- та мікро-соціумі. В межах цієї моделі наголошується на важливості доступних повсякденних ресурсів: позитивної взаємодії з дорослими, стабільного освітнього середовища, підтримуючого оточення, створення морально-ціннісного середовища, емоційної підтримки та безпечного простору як ключових чинників розвитку дитини в умовах кризи.

Травмоцентричний підхід фокусується на безпосередньому впливові травматичних подій на психіку дитини. В контексті цього підходу травматичні події розглядають як головну причину психічних порушень дитини. Вчені тотожні в думці, що необхідними елементами допомоги дітям є створення безпечного середовища,

інтеграцію травматичного досвіду в особистісну історію дитини, відновлення соціальних зв'язків і розвиток здатності до саморегуляції.

Вченими з'ясовано, що ключовим проявом психотравми у дітей є феномен повторного переживання (re-experiencing), який виявляється через нав'язливі спогади, нічні кошмари, флешбеки та повторювальну гру, що символічно відтворює травматичну ситуацію. Типовими є й реакції уникання, коли діти свідомо чи підсвідомо уникають місць, людей або ситуацій, пов'язаних із травмою, що може спричиняти відмову від навчання або уникнення соціальних контактів. Часто спостерігається відсутність емоційної реакції, як форма захисту від перевантаження, що, без належної допомоги, може призвести до більш глибоких психоемоційних порушень.

Емоційні зміни, зумовлені психотравмою, мають системний характер і впливають на всі аспекти психічного функціонування дитини – когнітивний розвиток, соціальні навички, формування особистості.

Зниження когнітивних функцій – концентрації уваги, пам'яті, швидкості обробки інформації, мислення – негативно позначається на пізнавальній діяльності й мотивації.

Серед найпомітніших наслідків травматизації є поведінкові зміни: агресія, імпульсивність, порушення самоконтролю, соціальна ізоляція та зниження комунікативної активності. Агресія часто розглядається як захисна реакція на почуття безпорадності, а ізоляція – як наслідок втрати довіри до оточення та страху перед новим травмуванням. Обидва механізми посилюють психоемоційне виснаження та ускладнюють соціальну адаптацію.

У дітей з особливими освітніми потребами психотравма проявляється по-різному залежно від типу порушення. Так, діти з аутизмом часто не можуть коректно інтерпретувати емоційні сигнали, що спричиняє тривожність і поведінкові розлади. Діти з порушеннями інтелекту мають труднощі в розумінні стресових подій, що зумовлює реакції переважно на фізіологічному рівні – тривога, порушення сну, зміни апетиту. Водночас вони часто не здатні вербально передати свої переживання. Діти з сенсорними порушеннями (наприклад, порушення слуху чи зору) мають обмежені

можливості для сприйняття та обробки зовнішніх загроз, що спричиняє підвищену тривожність і психосоматичні реакції. У дітей з гіперактивністю та дефіцитом уваги (РДУГ) домінують нестримані реакції, знижений самоконтроль, порушення соціальних норм.

Психотравмувальні чинники справляють комплексний вплив на розвиток дитини з особливими потребами, що найяскравіше проявляється у чотирьох ключових сферах – когнітивній, емоційній, комунікативній та поведінковій, – кожна з яких зазнає специфічних змін під впливом травматичного досвіду.

У сфері когнітивного розвитку у дітей з особливими освітніми потребами часто виявляються суттєві порушення, що стосуються уваги, пам'яті, мислення та мовлення. Зокрема, виникають труднощі у засвоєнні абстрактних понять, виконанні логічних операцій, а також у процесах аналізу та синтезу інформації, що істотно ускладнює навчання та пізнавальну діяльність.

Емоційна сфера таких дітей характеризується нестабільністю, вираженою емоційною лабільністю, обмеженою здатністю до саморегуляції та труднощами в розпізнаванні й вираженні емоцій. Часто емоційні реакції виявляються неадекватними до ситуації, що свідчить про порушення емоційної когніції. Типовими є труднощі в адекватному вираженні базових емоцій (страху, гніву, радості), що ускладнює емоційне спілкування з оточенням та формування прив'язаності.

Поведінкові особливості дітей з ООП включають широкий спектр порушень: імпульсивність, ригідність, прояви агресії або, навпаки, надмірну пасивність. У відповідь на фрустрацію або сенсорне перевантаження можливі деструктивні чи автоагресивні дії, що свідчить про недостатній рівень самоконтролю та адаптивних механізмів поведінки.

У комунікативній сфері у дітей з ООП часто спостерігаються труднощі у встановленні й підтриманні міжособистісних контактів, низький рівень розвитку мовленнєвих і невербальних навичок, що ускладнює інтеграцію до дитячого колективу та ефективну взаємодію з ровесниками й дорослими.

Психотравма у дітей з ООП може мати як виражені, так і латентні форми, що довгий час залишаються непоміченими. Це зумовлює потребу в диференційованому

підході до психокорекційної допомоги, яка враховує тип порушення й індивідуальні особливості дитини.

В колі науковців та практиків сформувалися різні підходи до подолання наслідків психотравми – когнітивно-поведінковий, арт-терапевтичний, ігровий, тілесно-орієнтований, нейропсихологічний, а також інтегративні моделі, адаптовані під специфіку дитячого віку та розвитку

Сучасні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні тривожності, агресивності та депресії у дітей з ООП. Найкращі результати досягаються за умови індивідуалізації методик, візуалізації та активної участі батьків.

Арт-терапія виступає як універсальний інструмент невербального опрацювання травматичного досвіду, що особливо корисно для дітей з мовленнєвими чи комунікативними труднощами.

Ігрова терапія забезпечує природний механізм опрацювання емоцій через символічну діяльність і сприяє соціалізації, особливо в умовах інклюзивного навчання.

Тілесно-орієнтовані методи мають особливу цінність у роботі з дітьми, які не здатні вербалізувати свої емоції. Вони сприяють стабілізації нервової системи, зниженню хронічної напруги й розвитку саморегуляції.

Інтегративні моделі психокорекції, що поєднують когнітивні, емоційно-творчі та тілесні компоненти, виявляють високу ефективність в умовах освітнього середовища. Завдяки комплексному міждисциплінарному підходу вони забезпечують гармонійний психоемоційний розвиток дитини, зниження симптомів травматизації й покращення соціальних навичок.

Таким чином, сучасна практика свідчить, що ефективна робота з дітьми з ООП, які зазнали психотравматичного впливу, має базуватися на поєднанні когнітивно-поведінкових, творчих, тілесно-орієнтованих та інтегративних методів, адаптованих до індивідуальних потреб кожної дитини.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. Організація дослідження та психодіагностичний інструментарій вивчення проявів психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами

Теоретично обґрунтовано, що психотравмуючі події можуть мати глибокий вплив на психіку дитини, у тому числі, з особливими освітніми потребами. Вразливість цієї категорії дітей зумовлена не лише особливостями їхнього психофізичного розвитку, але й низкою соціально-психологічних факторів – обмеженим комунікативним досвідом, труднощами в самовираженні, низькою стресостійкістю та підвищеною залежністю від дорослих.

Відтак, дослідження психотравми у дітей з ООП потребує особливого підходу як у плані організації процесу вивчення, так і у виборі психодіагностичних інструментів, які мають бути адаптованими до рівня розвитку дитини. Водночас, варто враховувати індивідуальні особливості типу порушень (інтелектуальних, емоційно-вольових, поведінкових тощо) та соціального середовища, в якому перебуває дитина.

Теоретичне обґрунтування теми дослідження дає змогу висунути такі припущення:

1. Діти з особливими освітніми потребами мають вищий рівень емоційної вразливості, що робить їх чутливішими до психотравмуючих факторів порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком.

2. Психотравма у дітей з ООП виявляється у змінених або приглушених формах, які не завжди відповідають класичним проявам посттравматичного стресового розладу, що ускладнює її виявлення без спеціальних психодіагностичних інструментів.

3. Існує взаємозв'язок між типом порушення розвитку (інтелектуальні, емоційно-вольові, поведінкові тощо) та характером переживання психотравми (наприклад, діти з інтелектуальними порушеннями можуть мати обмежений словниковий запас для вираження емоцій, тому частіше демонструють поведінкові реакції (агресія, регресія, замкнутість).

4. Застосування адаптованих психодіагностичних методик та індивідуальних психокорекційних програм сприяє зниженню проявів психотравматичних реакцій у дітей з ООП, а також покращенню їхньої емоційної саморегуляції, рівня адаптації та поведінкових проявів у соціальному середовищі.

5. Психологічна підтримка, орієнтована на стабільне, безпечне середовище, рутинність і позитивне підкріплення, має більш значущий терапевтичний ефект у дітей з ООП, ніж вербально орієнтовані методи, які потребують високого рівня когнітивного включення.

Діагностика психотравми у дітей з ООП ґрунтується на міждисциплінарному підході, що інтегрує знання з клінічної психології, нейропсихології, спеціальної педагогіки, психотерапії та ін.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали:

Медико-психологічний підхід – ґрунтується на уявленні про психотравму як наслідок надмірного психоемоційного або фізіологічного стресу, що справляє деструктивний вплив на центральну нервову систему дитини. У межах цього підходу психотравма розглядається не як ізольоване психічне явище, а як системне порушення адаптаційних, емоційних і когнітивних функцій, що формуються на тлі функціональної вразливості нейропсихологічного профілю дитини (Т. Краснікова, О. Скрипченко, О. Чабан, Л. Шевцова, Т. Ayres, A. Bundy, B. Kolk, A. Koomar, B. Perry та ін.). Особливої актуальності цей підхід набуває при дослідженні психотравматичних наслідків у дітей з особливими освітніми потребами, які мають сенсомоторні, когнітивні, мовленнєві чи емоційно-вольові порушення. Психоемоційна напруга в умовах травматичного досвіду призводить до порушення міжпівкульної взаємодії, гальмування когнітивної активності та деструкції емоційної саморегуляції у дітей з ООП, що, обумовлює високу вразливість до навіть помірних

психотравмуючих факторів. У цьому контексті психотравма виконує роль «тригера» для запуску або поглиблення вже наявних порушень у функціональній системі саморегуляції та соціальної адаптації. На нашу думку, медико-психологічний підхід дає змогу комплексно оцінити вплив психотравмуючого фактора на дитину з ООП, так і визначити нейропсихологічні механізми вразливості, які є критичними для формування стійких емоційно-поведінкових та когнітивних порушень.

Психолого-педагогічний підхід – передбачає не ізольовану психотерапевтичну допомогу, а створення цілісної системи психоемоційної підтримки, інтегрованої у всі аспекти взаємодії дитини з освітнім і соціальним середовищем, що забезпечує не лише стабілізацію психоемоційного стану, а й активне включення дитини в процес розвитку, навчання та соціалізації (О. Бондаренко, С. Максименко, М. Матяш, В. Панок, І. Попович, Т. Яценко). У межах цього підходу психотравма розглядається не лише як емоційний або психофізіологічний розлад, а як порушення соціальної ситуації розвитку, що ускладнює процес інтеріоризації норм, цінностей, способів поведінки та саморегуляції.

У межах психолого-педагогічного підходу особливої ваги набуває інтеграція терапевтичних елементів у структуру навчального процесу, зокрема, використання методів арт-терапії, казкотерапії, емоційного навчання, вправ на розвиток емоційного інтелекту, ігор на соціальну взаємодію тощо.

Соціально-екологічний підхід – ґрунтується на уявленні про психіку дитини як складну відкриту систему, функціонування якої детерміноване багаторівневою взаємодією із зовнішнім середовищем. Виходячи з теоретичних положень, сформульованих у працях У. Бронфенбреннера, Ю. Орлова та І. Беха, психотравма розглядається не лише як індивідуальна реакція на критичну подію, а як наслідок порушення балансу у системі «дитина-середовище», що проявляється через розрив або деформацію зв'язків між мікро- та мезо- рівнями. У цьому контексті, стресогенний вплив є не лише зовнішнім подразником, а фактором дестабілізації системної взаємодії, в якій розвивається особистість дитини.

У межах соціально-екологічного підходу мікросистема (безпосереднє оточення дитини: родина, школа, найближчі дорослі) виступає першою лінією захисту або,

навпаки, уразливості у ситуації психотравми. Встановлено, що саме якість взаємодії в мікросоціальному середовищі визначає, якою мірою дитина буде здатна впоратися з емоційними наслідками критичної події. У випадку дітей з особливими освітніми потребами, у яких часто наявні комунікативні, емоційно-вольові або когнітивні порушення, здатність до активного залучення у ці стосунки є обмеженою, що підвищує ризик соціальної ізоляції та хронізації травматичного досвіду.

На мезорівні (охоплює взаємозв'язки між ключовими інституціями дитячого розвитку – дитячий садок, школа, медичні заклади, соціальні служби), основним завданням є забезпечення скоординованої міжвідомчої взаємодії. Для дітей з ООП особливо важливо налагодження ефективної комунікації між педагогами, психологами, соціальними працівниками, лікарями, а також батьками, які відіграють провідну роль у реабілітаційному процесі.

4. *Травмоцентричний підхід*, ґрунтується на уявленні про психотравму як багатовимірне явище, що охоплює тілесний, когнітивний та емоційний рівні функціонування особистості (Дж. Герман, Б. Колк, В. Куніцина). Цей підхід акцентує увагу не лише на психологічних реакціях, але й на соматичних проявах травматичного досвіду, які закарбовуються у нервовій системі й впливають на повсякденну поведінку, сприйняття та здатність до емоційного реагування. Особливої актуальності ці ідеї набувають у контексті роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, які через вразливість нервової системи, комунікативні порушення або труднощі у саморегуляції часто демонструють нетипові або приховані прояви психотравматичного досвіду. У цьому контексті травмоцентричний підхід передбачає поєднання психотерапевтичного, педагогічного та нейропсихологічного супроводу, адаптованого до особливостей дітей з ООП.

5. *Інтегративний підхід* – виступає як цілісна методологічна стратегія, що орієнтується на міждисциплінарне поєднання педагогічних, психологічних, соціальних і медичних знань для забезпечення комплексної підтримки дітей з особливими освітніми потребами (І. Єрмаков, В. Бондарь, І. Мадзігон, С. Максименко, О. Савченко, М. Ainscow, N. Barber, U. Bronfenbrenner, T. Booth, S. Cesi, A. Dyson, M. Turner та ін). Цей підхід базується на визнанні багатовимірності

розвитку дитини, в якій кожна сфера функціонування (когнітивна, емоційна, комунікативна, поведінкова, соматична) має взаємозв'язок і потребує цілісного аналізу та впливу. Особливу увагу в рамках цього підходу приділено значну увагу індивідуальному профілю потреб дитини, що враховує не лише тип порушення (інтелектуального, сенсорного, моторного тощо), а й ступінь впливу психотравмуючих факторів на її функціонування та адаптаційні можливості.

Важливою складовою інтегративного підходу є створення методичних інструментів для раннього виявлення психоемоційних труднощів, що можуть бути латентними або замаскованими під поведінкові прояви. Завдяки інтегративному підходу стає можливим подолання фрагментарності впливів, забезпечення наступності та цілісності підтримки, що є критично важливим у роботі з дітьми, які пережили психотравму. Таким чином, інтегративний підхід постає як методологічна база, здатна забезпечити системну підтримку розвитку дитини з урахуванням її індивідуальних потреб, ресурсів і контексту життєдіяльності.

Діагностика психотравми у дітей з особливими освітніми потребами базувалася на низці основних та корекційно-розвивальних принципів, які враховують їхні індивідуальні особливості, психофізичний стан і потребу в спеціальному супроводі:

- принцип дотримання прав дитини: забезпечення безпеки, поваги до гідності та недопущення повторної травматизації під час діагностики;
- принцип індивідуального підходу: урахування вікових, когнітивних, емоційних і комунікативних особливостей кожної дитини;
- принцип конфіденційності: захист персональних даних і результатів діагностики;
- принцип системності: діагностика має охоплювати не лише наслідки травми, а й загальний психоемоційний стан, поведінку, соціальні зв'язки;
- принцип мультидисциплінарності: участь команди фахівців (психолог, дефектолог, логопед, соціальний педагог, медик тощо) для комплексної оцінки стану дитини;
- принцип опори на сильні сторони: виявлення збережених ресурсів дитини та їх використання в процесі діагностики і подальшої допомоги;

- принцип безпечного середовища – створення довірливої атмосфери для зниження тривоги та опору в процесі обстеження;
 - принцип поетапності й поступовості: проведення діагностики в адаптованому темпі, з урахуванням толерантності дитини до навантажень;
 - принцип розвитку через взаємодію: використання діагностичних ситуацій як можливості для розвитку комунікації, самовираження й соціальних навичок;
 - принцип корекційної направленості: діагностика має не лише виявляти труднощі, а й бути підґрунтям для подальшого індивідуального супроводу й корекційно-розвивальної роботи.
 - принцип індивідуалізації – адаптації діагностичних методик до типу порушення, віку, мовленнєвих і когнітивних можливостей дитини;
 - принцип комплексності – поєднання спостереження, психодіагностичних методів, аналізу поведінки, залучення батьків, педагогів, інших спеціалістів та ін.
- До основних завдань діагностики психотравми у дітей з ООП було віднесено:
- виявлення ознак пережитого травматичного досвіду (через поведінкові, емоційні, когнітивні прояви);
 - оцінка рівня функціонування когнітивної, емоційної, комунікативної та поведінкової сфер в умовах психотравми;
 - визначення ступеня психологічної вразливості дитини;
 - ідентифікація ресурсів для подальшої психокорекційної роботи.

Таким чином, аналіз наукових підходів засвідчує, що подолання психотравматичних наслідків у дітей з ООП можливе лише за умови системного, індивідуалізованого та міждисциплінарного підходу, де провідну роль відіграє мікросоціум як простір безпеки, підтримки та розвитку.

Дослідження психотравми у дітей з особливими освітніми потребами передбачає комплексну оцінку змін, що відбуваються на різних рівнях психіки під впливом травматичного досвіду. У межах психологічного аналізу було виокремлено чотири основні сфери прояву психотравматичних порушень: емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну.

У дітей з ООП, з огляду на особливості розвитку, психотравма найбільш виразно фіксується на рівні емоційно-вольової та когнітивно-поведінкової сфер, які найменш стабільні в умовах психічного перенавантаження. У цих сферах найчастіше спостерігаються патологічні або дезадаптивні реакції на травматичні події.

У емоційно-вольовій сфері психотравма виявляється через емоційну нестабільність, труднощі у контролі афектів, високий рівень тривожності, страхи, знижену самооцінку, а також через порушення вольової регуляції: зниження ініціативності, емоційну загальмованість або навпаки – імпульсивні афективні вибухи. Ці порушення набувають хронічного характеру у дітей, які не отримують належної психологічної підтримки або знаходяться в умовах соціальної ізоляції чи нестачі безпечного середовища.

Когнітивна сфера при психотравмі характеризується порушеннями уваги, зниженням пізнавальної активності, труднощами у навчанні, сприйнятті нової інформації та формуванні причинно-наслідкових зв'язків.

Пов'язані з цим поведінкові реакції включають агресивність, уникнення контактів, імпульсивність, стереотипності, а також відмову від діяльності.

Соціальні наслідки психотравми виявляються у труднощах під час встановлення міжособистісних стосунків, порушення довіри до дорослих, страхів щодо соціального осуду або залишення, а також ізоляцію або нав'язливе прагнення до симбіотичних стосунків. Ці прояви тісно переплітаються з поведінковими симптомами та впливають на адаптацію в освітньому середовищі.

Таким чином, складність структури психотравми у дітей з особливими освітніми потребами зумовлює необхідність спрямування діагностичних, психокорекційних та реабілітаційних заходів насамперед на підтримку емоційних, когнітивних, поведінкових та соціальних функціональних рівнів.

У процесі дослідження психотравми у дітей з особливими освітніми потребами ми не ставили за мету виокремлювати конкретні нозологічні категорії порушень. Такий підхід зумовлений тим, що психотравма чинить значний вплив на вже наявні порушення розвитку, змінюючи їхню вираженість, характер або перебіг, що, у свою чергу, може призвести до спотворення результатів психологічної оцінки дитини,

зокрема при проходженні комплексної оцінки в інклюзивно-ресурсних центрах. У зв'язку з цим доцільним було визначити узагальнені критерії, які дозволяють оцінити наслідки психотравматичного досвіду без прив'язки до конкретної нозології, що дало змогу забезпечити об'єктивність аналізу психоемоційного стану дитини, уникнути стигматизації та забезпечити індивідуалізований підхід у визначенні напрямів подальшої корекційно-розвивальної роботи.

Отже, на основі теоретичного аналізу дослідження було визначено чотири ключові сфери прояву травматичних змін у дітей з особливими освітніми потребами: емоційна, когнітивна, поведінкова та соціальна.

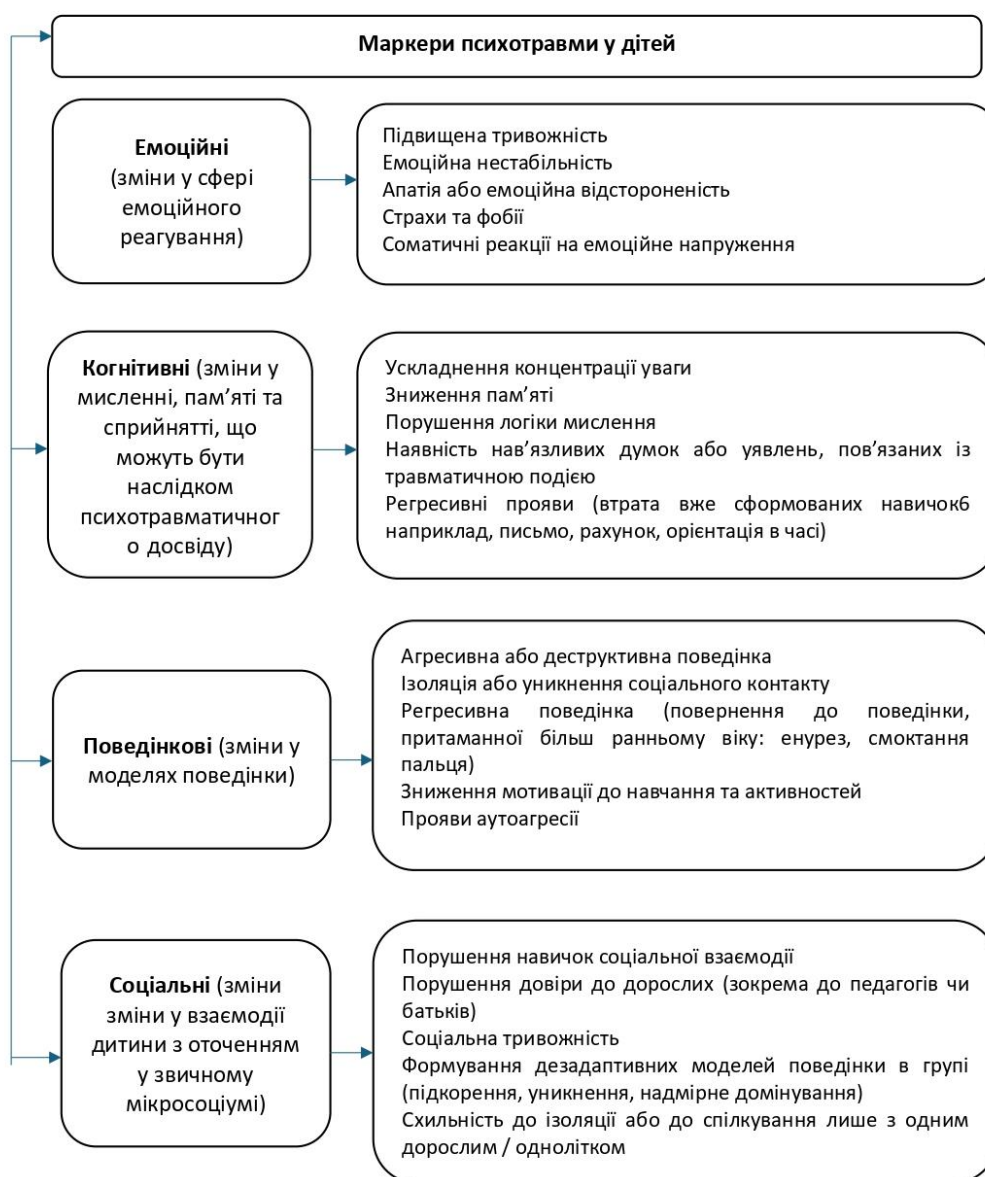


Рис 2.1. Маркери психотравми у дітей

Як на нашу думку, виділення зазначених сфер дає змогу здійснити цілісну оцінку впливу психотравми на розвиток дитини з особливими освітніми потребами та сформувати ефективну модель супроводу дітей з ООП, які зазнали психотравматичного досвіду.

Для дослідження психотравматичних станів у дітей з ООП було визначено маркери, за якими оцінюється наявність та глибина психотравми (Рис.2.1.):

- *емоційні вияви* (тривожність, страх, емоційна нестабільність тощо);
- *когнітивні зміни* (погіршення уваги, пам'яті, мислення, низький рівень участі до навчання, гри);
- *поведінкові патерни* (агресивність, імпульсивність, уникнення, регрес у поведінці);
- *соціальна взаємодія* (труднощі у спілкуванні, ізоляція, втрата довіри до дорослих або однолітків).

Ці маркери можуть варіюватися залежно від типу порушень у дитини (інтелектуальні, розлади аутистичного спектра, затримка психічного розвитку тощо), вікової категорії та рівня соціальної залученості дитини. Для якісної діагностики передбачалося поєднання клінічних спостережень, психодіагностичних методик, анкетування батьків/педагогів і бесіди з дитиною (адаптовані до рівня розвитку дитини).

Оцінка психотравматичних проявів у дітей з особливими освітніми потребами передбачала поєднання науково обґрунтованих методів з індивідуальним підходом та врахуванням особливостей психофізичного розвитку, типу порушень і рівня комунікативного й когнітивного розвитку дитини.

До таких методів було визначено:

- клінічне інтерв'ю з елементами спостереження (з урахуванням рівня розуміння і мовленнєвих можливостей дитини), дає змогу виявити ключові емоційні переживання, страхи, тривожність, особливості реагування на травматичні ситуації;
- адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції (автор: Віталій Безшейко);

- психодіагностичні проєктивні методики, адаптовані до можливостей дитини: малюнкові тести «Малюнок сім'ї», «Я і світ», методика арт-тестування «Дім. Дерево. Я»;

- метод експертного оцінювання (за потребою) – залучення до діагностичного процесу команди фахівців (психолога, дефектолога, логопеда, педагога, соціального працівника), що забезпечує комплексне бачення стану дитини;

- спостереження дитини у природному середовищі (урок, групова діяльність, вільна гра), що дає змогу оцінити адаптивність дитини, взаємодію з ровесниками, реакції на стресові фактори та поведінкові маркери травми;

- метод картування поведінки – систематична фіксація поведінкових проявів, які можуть свідчити про наявність психотравматичного досвіду (імпульсивність, замкненість, агресивність, уникнення тощо).

Таблиця 2.1.

Структура діагностичної сесії для виявлення ознак психотравми у дітей з ООП

Етап	Мета	Методи / Зміст
1. Підготовчий етап	Встановлення контакту з дитиною, формування безпечного простору	Вільна гра, спостереження, вітальна бесіда, включення елементів сенсорного заземлення
2. Збір анамнестичних даних	Отримання інформації про травматичний досвід, розвиток і поведінку дитини	Напівструктуроване інтерв'ю з батьками/опікунами, опитувальники
3. Психодіагностичне обстеження	Виявлення симптомів ПТСР, оцінка когнітивних, емоційних та поведінкових порушень	Малюнкові тести, проєктивні методики, адаптовані опитувальники, ігрова діагностика, спостереження
4. Формулювання висновків	Визначення характеру травматичних реакцій	Аналітична інтерпретація результатів з урахуванням індивідуального розвитку дитини

Таблиця 2.2.

Критерії оцінювання психотравми у дітей з ООП

Сфера	Характерні прояви психотравматизації
Когнітивна	зниження концентрації уваги легке відволікання, нестійкість уваги труднощі із запам'ятовуванням сповільнений темп мислення зниження здатності до аналізу, узагальнення зниження навчальної мотивації, ініціативи
Емоційна	підвищена тривожність емоційна лабільність (часті зміни настрою) емоційне оніміння, відсутність емоційної реакції наявність страхів, фобій виражені труднощі з розпізнаванням та вираженням емоцій
Соціальна	уникання контактів з ровесниками, дорослими зниження довіри до оточення пасивність у спілкуванні складнощі у побудові стосунків залежність від дорослого або, навпаки, опір взаємодії
Комунікативна	зниження мовленнєвої активності мовчазність, односкладові відповіді стереотипні або повторювані висловлювання уникання діалогу, поганий контакт очима труднощі у вираженні потреб, почуттів
Поведінкова	імпульсивність, агресивність, дратівливість регресивна поведінка (поведінка не за віком) самоізоляція або демонстративна зухвалість різкі зміни у режимі сну, апетиту повторювана травматична гра («укриття», «втеча»)

Метод «Клінічне інтерв'ю з елементами спостереження».

Метод клінічного інтерв'ю походить із традиції клінічної психології та психіатрії. Базові підходи розроблені Зігмундом Фрейдом і Карлом Ясперсом, стандартизовані в клінічній психології.

Використовувалося напівструктуроване інтерв'ю психолога, тому конкретного автора ми не зазначаємо.

Суть методу. Клінічне інтерв'ю – це напівструктурована бесіда, що проводиться у формі діалогу з дитиною (або через гру / малюнок), з паралельним спостереженням за поведінкою, емоціями, мімікою, моторикою.

Мета – виявити емоційні переживання, страхи, тривожність; оцінити реакцію на травматичні ситуації; дізнатися про травмуючі події у житті дитини; спостерігати поведінкові маркери дезадаптації або пережитої психотравми.

Організаційні умови: дружня атмосфера (іграшки, затишне місце); повільний темп, паузи; прості запитання, що відповідають рівню розуміння; допускається невербальна відповідь (малюнок, показ, картки).

Зразок запитань інтерв'ю (адаптованих до дітей з ООП) (додаток В):

Контакт і безпека: «Як ти почуваєшся, коли приходиш у школу?», «Де ти відчуваєш себе безпечно?», «З ким тобі найбільш спокійно поруч?».

Емоції: «Що тебе останнім часом засмучувало? А що тебе радує?», «Чи буває, що ти злишся? Що ти робиш тоді?».

Страхи: «Чого ти боїшся?», «Що робиш, коли тобі страшно?», «А хтось тобі допомагає, коли лячно?».

Травматичні маркери: «Буває, що тобі сняться страшні сни?», «Що було найнеприємніше, що з тобою траплялось?», «Що ти робиш, коли навколо багато людей/звуків/коли хтось кричить?».

Поведінка: «Коли тобі сумно – що ти робиш?», «Коли хтось тебе образив – до кого ти звертаєшся?».

Запитання добиралися з урахуванням віку дітей ООП та інтелектуальних можливостей і досвіду. В залежності від порушення додатково використовувалися малюнкові підказки або емоційні картки.

Шкала оцінювання кожного показника:

3 бали – сприятливий стан, ознаки порушень відсутні або мінімальні;

2 бали – незначні труднощі, окремі прояви дезадаптації;

1 бал – виражені труднощі, наявні стійкі ознаки порушень;

0 балів – значні порушення, високий рівень дезадаптації.

Критерії оцінювання.

1. Контакт і відчуття безпеки:

- 3 – легко встановлює контакт, довіряє дорослим, відчувається у безпеці;
- 2 – контакт встановлює після адаптації, іноді потребує підтримки;
- 1 – контакт утруднений, спостерігається недовіра або уникання;
- 0 – відмова від контакту, виражене відчуття небезпеки.

2. Емоційний стан:

- 3 – емоційний стан стабільний, адекватний ситуації;
- 2 – емоційні коливання виникають періодично;
- 1 – часті негативні переживання, тривожність;
- 0 – емоційна дезорганізація, постійна тривога або пригніченість.

3. Страх:

- 3 – страхи відповідають віковій нормі;
- 2 – наявні окремі посилені страхи;
- 1 – численні страхи, що впливають на поведінку;
- 0 – нав'язливі або панічні страхи.

4. Травматичні маркери:

- 3 – травматичні переживання практично не проявляються;
- 2 – епізодичні згадки або реакції;
- 1 – регулярні прояви травматизації;
- 0 – стійкі симптоми травматичного стресу.

5. Поведінка:

- 3 – поведінка адаптивна та контрольована;
- 2 – окремі поведінкові труднощі;
- 1 – часті порушення поведінкової регуляції;
- 0 – значні поведінкові порушення.

Максимальна кількість балів: 15.

Мінімальна кількість балів: 0.

Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції (Віталій Безшейко)
<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8#author-1>) на основі шкали

оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (The child PTSD symptom scale for DSM-V (CPSS-SR-5) (автори: Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Kelly M. Staron (оригінальна CPSS). Версію для DSM-5 (CPSS-V SR) оновлено та валідизовано групою дослідників під керівництвом Foa E.B., McLean C.P., Zang Y. та співавт.).

Опитальник містить 20 тверджень, що свідчать про симптоми ПТСР, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому (додаток Г). Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Дитина відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Дитина загалом набирає 33 або більше балів.

Порогове значення 31 бал може бути використано для виявлення ймовірного діагнозу ПТСР у дітей.

Таблиця 2.3.

Діапазони важкості психотравми

Діапазон симптомів	Бали
Мінімальний	0 - 10
Легкий	11-20
Помірний	21-40
Важкий	41-60
Дуже важкий	61-80

Скринінг психотравми (Додаток Г).

Шкала CPSS – V, заснована на критеріях DSM-5 (Критерій А).

Інструкція 1. В період війни в Україні з дітьми часто трапляються страшні або тривожні речі. Це може бути щось на кшталт побиття, пограбування, доторкання, яке вам не сподобалося, травмування або вбивство батьків чи якась інша дуже тривожна подія. Будь ласка, назвіть /
запишіть страшну або тривожну річ, яка вас найбільше турбує, коли ви про неї думаєте: коли це сталося?

Таблиця 2.4.

Як часто це відбувається?

Число балів				
0	1	2	3	4
Зовсім ні	Раз на тиждень або рідше/інколи	2-3 рази на тиждень/не часто	4-5 разів на тиждень/часто	6 або більше разів на тиждень/майже завжди

Інструкція 2. Діти, ці питання стосуються вашого ставлення до записаної вами неприємної речі. Уважно послушайте/прочитайте кожне питання. Обведіть число (0-4), яке найкраще описує, як часто ця проблема турбувала вас протягом останнього місяця (Критерій В-Е).

Таблиця 2.5.

Як часто це відбувається в життєдіяльності протягом останнього місяця?

Число балів				
0	1	2	3	4
Зовсім ні	Раз на тиждень або рідше/інколи	2-3 рази на тиждень/не часто	4-5 разів на тиждень/часто	6 або більше разів на тиждень/майже завжди

Інтерпретація питальника CAPS-5.

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5 зазвичай використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень та клінічну оцінку тяжкості розладу й зміну тяжкості у процесі лікування. Пункти, які використовуються у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із настановою DSM-5:

Критерій А – наявність травматичної події.

Критерій В – 5 запитань стосовно симптомів інтрузії.

Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення.

Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій.

Критерій Е – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості.

Критерій F – тривалість симптомів (має бути >1 місяця).

Критерій G – Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, навчальній або у побутовій життєдіяльності дитини.

Для констатації психотравми дитина має мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв В та С, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та Е. Тривалість симптомів має складати >1 місяця. (<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>).

Проективна методика «Малюнок сім'ї».

Первинний варіант методики розроблений Louis Corman (Франція) – «*Le Test du Dessin de la Famille*» (1961). Існують численні адаптації та інтерпретаційні школи.

Мета: діагностика внутрішньої картини сім'ї очима дитини; виявлення емоційного ставлення до членів родини; дослідження почуття безпеки, прийняття, конфліктів, ролей у родині; оцінка самопозиціонування дитини в системі сімейних стосунків; виявлення психоемоційних порушень, тривожності, відчуження.

Необхідні матеріали: аркуш формату А4; простий олівець або кольорові олівці / фломастери; спокійна, безпечна атмосфера; форма проведення – індивідуальна.

Інструкція для дитини (адаптована):

«Намалюй, будь ласка, свою сім'ю. Це може бути все, що ти уявляєш під словом «сім'я»: хто там є, що вони роблять, як виглядають. Ти можеш малювати всіх, кого вважаєш членами своєї сім'ї. Намалюй їх так, як хочеш. Можна у русі, за якоюсь справою або просто поруч. Потім ми з тобою поговоримо про твій малюнок».

Етапи проведення:

1. Пояснення завдання (за потребою з допомогою дорослого).
2. Виконання малюнка – 10-20 хвилин.
3. Проективне інтерв'ю за малюнком (питання до дитини).
4. Спостереження за поведінкою під час роботи.
5. Аналіз зображення – за структурою, кольором, простором, символами.
6. Інтерпретація результатів – з урахуванням віку, ситуації, емоційної реакції дитини.

Таблиця 2.6.

Критерії аналізу малюнка

Категорія	Що аналізується
Склад сім'ї	Хто включений / виключений (відсутність батька, себе, тощо)
Розташування фігур	Відстань між членами сім'ї, ізоляція, близькість
Розмір фігур	Велика – домінуюча роль, маленька – занижене значення
Послідовність малювання	Кого дитина малює першим / останнім
Наявність себе	Чи є дитина на малюнку, і де саме
Емоційний фон	Вирази обличь, кольори, діяльність
Деталізація	Увага до зовнішності, символів, атрибутів
Використання кольорів	Темні – тривога, страх; яскраві – позитивне ставлення
Фізичні зв'язки	Чи тримаються за руки, чи є контакт, чи стоять порізно

Орієнтовні запитання до малюнка:

Хто це на малюнку?

Що кожен із них робить?

Де ти на цьому малюнку?

Кого ще хотів би (чи не хотів би) намалювати?

Як ти почуваєшся, коли всі разом?

Хто найважливіший у твоїй сім'ї?

А хто сумний / радісний / сердитий?

Як ти дізнаєшся, що хтось сумує чи злиться?

Для кількісного аналізу доцільно використати 3-бальну систему, де:

1 бал – виражені ознаки емоційного неблагополуччя або психотравматизації;

2 бали – проміжний (нейтральний, суперечливий) рівень;

3 бали – сприятливі показники сімейного сприйняття та емоційного благополуччя.

Інтерпретація балів (додаток Д).

Авторська методика «Я і світ».

Мета методики: діагностика індивідуального ставлення дитини до себе, до інших людей, до навколишнього світу загалом; дослідження глибинного образу «Я» та відчуття власного місця в життєвому просторі.

Матеріали: білий аркуш формату А4; простий олівець або кольорові олівці (за бажанням); спокійна атмосфера, 20-30 хвилин вільного часу.

Інструкція. На цьому аркуші намалюй себе у цьому світі. Ти можеш малювати, писати, використовувати символи, метафори, схеми або асоціації – як тобі зручно. Не намагайся зробити щось красиве або правильне – важливо, щоб це було твоє бачення. Уяви, що світ – це великий простір, з людьми, подіями, природою, суспільством, а ти – в ньому. Як саме? Де ти? Який ти? Що навколо тебе?

Просто візуалізуй це на аркуші. Усе, що хочеш – малюнки, слова, стрілки, кольори. Усе має значення.

Етапи проведення:

1. Надання інструкції та коротке пояснення мети.
2. Самостійне виконання завдання (15-20 хв).
3. Бесіда / опитування за результатами: інтерпретаційне інтерв'ю.

4. Психологічний аналіз малюнка.

Орієнтовні запитання для обговорення після виконання:

1. Що у твоєму баченні «світ»?
2. Де саме ти знаходишся на цьому зображенні?
3. Хто або що тебе оточує?
4. Як ти почуваєшся в цьому світі?
5. Чи змінився б малюнок, якби ти робив(ла) його рік тому / завтра?
6. Що в ньому найголовніше?
7. Чого бракує?
8. Якого кольору або форми ти собі обрав(ла)? Чому?

Основні діагностичні критерії для аналізу.

1. Розташування «Я» на аркуші: центр – впевненість, самоприйняття; край, кут – уникання, тривожність, відчуття «зайвості»; розпорошене «Я» – розмитість ідентичності.

2. Розміри фігури «Я»: дуже велика – гіперкомпенсація, потреба у визнанні; дуже маленька – низька самооцінка, відчуття безсилля.

3. Зображення світу / середовища: ворожий, агресивний, порожній – світ як загроза; гармонійний, насичений, природний – позитивне світосприйняття.

4. Наявність інших людей: соціальна залученість або ізольованість; родина, друзі, значущі фігури – підтримка чи її відсутність.

5. Колір, емоційне тло, символи: яскраві кольори – позитивна емоційність; темні/одноманітні – пригніченість, тривога.

6. Символи (серце, стріли, хмари, вогонь тощо) інтерпретуються в контексті особистої історії.

Інтерпретація результатів.

0-10 балів – негативне сприйняття світу. Діти, які отримують такі показники схильні сприймати середовище як небезпечне, непередбачуване чи недружнє.

У взаємодії з іншими людьми часто виявляють недовіру, тривожність, настороженість, очікування негативних подій, несприятливого ставлення до себе. Поряд з цим, відчувають невпевненість у власних силах, труднощі в соціальній

адаптації, демонструють емоційну напруженість, схильність до уникнення взаємодії та обмежену пізнавальну активність.

11-16 балів – нейтральне сприйняття світу. Такі діти не демонструють виражених позитивних чи негативних оцінок до світу, їхнє емоційне ставлення значною мірою залежить від конкретної ситуації, значущих дорослих, умов взаємодії та підтримки. Вони здатні позитивно реагувати на приємні події, втім у стресових або нових ситуаціях виявляють невпевненість, тривогу, сумніви, уникнення. Загалом вони мають достатній потенціал для формування позитивного світосприйняття за умови створення безпечного, підтримувального та емоційно сприятливого середовища.

17-24 бали – позитивне сприйняття світу. Такі діти сприймають світ як безпечний, доброзичливий і відкритий до взаємодії. Вони демонструють довіру до оточення, емоційну врівноваженість, відкритість, готовність до взаємодії та активної пізнавальної діяльності. Ці діти позитивно ставляться до себе й інших, здатні успішно адаптуватися до змін та знаходити внутрішні резерви для подолання труднощів. У таких дітей, саме позитивне сприйняття світу виступає важливим психологічним ресурсом особистісного розвитку, соціальної адаптації та психологічного благополуччя дитини.

Максимальна кількість балів – 24.

Формула підрахунку відсотку: $\% = (\text{набрана кількість балів} \div 24) \times 100\%$.

Для детального аналізу сприйняття дитиною світу і власного «Я» було виокремлено такі критерії аналізу малюнка: образ «Я» та рівень самоідентифікації; сприйняття соціального середовища; внутрішній стан дитини (безпека/загроза, відкритість/замкненість); наявність травматичного досвіду або заниженої самооцінки; визначення ресурсів та зон ризику в психологічному функціонуванні.

Таблиця 2.7.

Основні діагностичні критерії для аналізу малюнка «Я і світ»

Критерій	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
1. Розташування «Я» на аркуші.	Відсутнє або важко ідентифікувати.	Фігура розміщена в куті, на краю аркуша.	Зміщена від центру, спостерігається певна невпевненість.	Близько до центру, незначні ознаки дискомфорту.	Чітко в центрі аркуша, ознаки впевненості та самоприйняття в світі.
2. Розмір фігури «Я».	Дуже маленька або непропорційно велика.	Значно відхиляється від норми.	Помірно зменшена або збільшена.	Загалом адекватна, незначні відхилення.	Гармонійний, пропорційний розмір фігури.
3. Зображення світу / середовища.	Світ відсутній.	Світ ворожий, агресивний, загрозливий.	Бідний, порожній, нейтральний.	Переважно позитивний, але недостатньо деталізований.	Гармонійний, насичений, позитивний образ світу.
4. Наявність інших людей.	Інші люди відсутні.	Ознаки ізоляції, дистанціювання.	Присутні окремі люди без взаємодії.	Є взаємодія з окремими значущими особами.	Соціальна включеність, наявність підтримувальних стосунків.
5. Колір та емоційне тло.	Відсутність кольору або хаотичне використання.	Переважання темних, тривожних кольорів.	Змішане емоційне тло.	Переважання позитивних кольорів.	Яскраві, гармонійні кольори, позитивний емоційний фон.
6. Символи та їх зміст.	Символи відсутні або мають деструктивний зміст.	Переважання негативних символів.	Нейтральні символи.	Позитивні символи з окремими суперечностями.	Позитивні символи, що відображають ресурси, підтримку, розвиток.

1. *Образ «Я» та рівень самоідентифікації.* За цим критерієм ми оцінювали як дитина сприймає себе, наскільки усвідомлює своє «Я» як окрему особистість, чи бачить себе значущою фігурою у власному світі.

Аналіз. Чи є фігура дитини на малюнку? Наскільки вона чітка, промальована, велика/мала? Який характер зображення – деталізований, знеособлений, схематичний?

Інтерпретація. Відсутність зображення себе може свідчити про втрату ідентичності, відчуження, незначущість себе у світі. Яскраво виділена фігура – ознака сформованого образу «Я», впевненості. Стерта або деформована фігура – можливі внутрішні конфлікти щодо самоідентичності.

2. *Сприйняття соціального середовища.* За цим критерієм ми мали змогу оцінити дитина бачить світ навколо себе, чи сприймає його як безпечний, приймаючий, чи навпаки – відчужений, агресивний, байдужий.

Аналіз. Що оточує фігуру «Я»? Чи є інші люди, об'єкти, простір, природа? Які відстані між «Я» та оточенням? Яка емоційна атмосфера – тепла, кольорова чи холодна, хаотична?

Інтерпретація. Порожній або похмурий простір навколо «Я» – відчуття ізоляції, самотності. Наявність інших людей, які взаємодіють з «Я» – ознака соціальної залученості. Образи загрози (зброя, монстри, стихії тощо) – можливе травматичне або тривожне сприйняття світу.

3. *Внутрішній стан особистості (безпека/загроза, відкритість/замкненість).* За цим критерієм було наскільки дитина почувається в безпеці, чи готова до відкритості, діалогу, розвитку.

Аналіз. Колористика (світлі чи темні кольори). Пози фігури «Я» (стиснута, активна, захищена, відкрита). Наявність захисних символів (стіна, замок, бар'єри).

Інтерпретація. Фігура «Я» в центрі, відкрита поза, навколо – позитивне середовище – відчуття безпеки, внутрішня стабільність. «Я» оточене стінами, в кутку, замкнене – ознака захисної поведінки, відчуття загрози. Образи напруги (темні тони, злам, загрози) – можливий підвищений рівень тривожності або стресу.

4. *Наявність травматичного досвіду або заниженої самооцінки.* Цей критерій було застосовано для виявлення ознак на малюнку, які можуть бути опосередкованими маркерами психотравматичного досвіду, або зниженого самоприйняття / почуття провини.

Аналіз. Відсутність частин тіла, пошкодження фігури. Символи агресії, руйнування, страху. Фігура «Я» дуже маленька, знеособлена, із сумним або агресивним виразом.

Інтерпретація. Я зображене як тінь, або без обличчя – можливе заперечення себе, відчуття втрати ідентичності. Я дуже маленьке серед загрозливих об'єктів – занижена самооцінка, травматичне сприйняття оточення. Зображення себе з розбитим тілом / чорним фоном / зламаними частинами – сигнал для додаткової психологічної діагностики.

5. *Визначення ресурсів та зон ризику в психологічному функціонуванні.* Цей критерій був застосований для виявлення за аналізом малюнка: внутрішні ресурси дитини, тобто те, що допомагає, підтримує, стабілізує дитини та зони ризику – що викликає нестабільність, тривогу, потребу в допомозі.

Аналіз. Що позитивного є на малюнку? Хто чи що поруч із «Я»? Чи є підтримка (друзі, родина, тварини, сонце, природа)?

Що викликає тривогу або є джерелом небезпеки?

Інтерпретація. Зображення поруч захисного символу (дерево, мама, собака, світло) – позитивні ресурси, внутрішня підтримка.

Повна відсутність ресурсних елементів, лише тривожні символи – висока зона ризику, можлива емоційна ізоляція.

Зображення як тривожних так і підтримуючих образів на одному малюнку – свідчення адаптаційного потенціалу та потреби в додатковій підтримці.

Методика арт-тестування «Дім. Дерево. Я».

Модифікація проективної методики House-Tree-Person (НТР), автор John N. Buck (1948).

Мета методики: діагностика емоційного, когнітивного стану дитини через зображення трьох символічних об'єктів: дерево (емоційна та когнітивна сфера); дім (соціальна безпека та родинне середовище); Я (образ себе, самооцінка, самоприйняття).

Матеріали: аркуш А4; простий олівець або кольорові олівці / фломастери; спокійна обстановка, 15–25 хвилин вільного часу.

Інструкція для дитини (адаптована): «Будь ласка, намалюй на аркуші три речі: дерево, дім і себе. Розмісти їх на аркуші як хочеш. Не хвилюйся – малюнок не має бути ідеальним, головне – як ти це бачиш. Коли завершиш, ми поговоримо про твій малюнок».

Аналіз результатів за сферами:

Емоційна сфера:

Аналіз дерева. Дерево – сильний емоційний символ. Його форма, стовбур, коріння і крона мають значення. Відсутність кольору, деталі ледь помітні – можливий пригнічений емоційний стан. Великі гілки, спрямовані вниз сигнал тривожності, емоційної закритості. Відсутність коріння – нестача внутрішньої стабільності, відчуття підтримки.

Інтерпретація. У дитини можуть бути труднощі з емоційним самовираженням, внутрішня напруга, відчуття незахищеності.

Когнітивна сфера.

Загальна структура малюнка: відсутність просторового розміщення предметів на аркуші; малюнок фрагментований, без деталей; людина зображена схематично або не завершено.

Інтерпретація. Можливі труднощі у формуванні цілісного образу, плануванні та деталізації. Також може вказувати на низький рівень когнітивної організації, особливо у дітей з порушенням інтелектуального розвитку.

Поведінкова сфера. Процес малювання: повільна, невпевнена робота, з тривалими зупинками; відмова від використання кольорів, часті стирання, тривожні рухи; уникає контакту з дорослим або збуджено реагує на запитання.

Інтерпретація. Вказує на високу тривожність, невпевненість, можливо, сенсорну чутливість або емоційно-вольову незрілість.

Соціальна сфера. Зображення будинку: маленький, без вікон, дверей, без диму – можлива ознака соціальної ізоляції, відсутності почуття безпеки; відсутність інших фігур – почуття самотності або непотреби у взаємодії.

Розташування фігури «Я»: фігура «Я» розміщена далеко від дому – емоційне віддалення від родини або відчуття, що «немає свого місця». Якщо фігура «Я» маленька або знеособлена – низький рівень самосприйняття, самооцінки, усвідомлення себе у соціумі.

Візуальні шаблони:

«Намалюй своє ДЕРЕВО». Порожній аркуш із написом-завдання: «Намалюй дерево – таке, яке ти уявляєш. Яке воно? Велике чи маленьке? З листям чи без? Яке на ньому небо?». У кутку – приклад схематичного дерева (просте дерево з корінням і гілками). У нижній частині – піктограми емоцій (😊 😐 😞 😡) – дитина може обрати, з яким настроєм дерево.

«Намалюй свій ДІМ». Завдання: «Намалюй дім. Уяви, що це місце, де ти живеш або хочеш жити. Який він? Хто в ньому живе?». Візуальні підказки: будиночок із вікнами / без, димар, двері, квіти, паркан. Поле для домальовки або наклейок (вікна, сонце, дерева поруч).

«Намалюй себе – Я». Завдання: «Намалюй себе. Як ти виглядаєш? Який у тебе настрій? Що в тебе в руках?». Показано приклад простого «палицевого» чоловічка, також – ілюстрації дитини з різними емоціями (радісний, замкнений, серйозний).

Варіант «3 в 1»: шаблон для малюнка на одній сторінці.

Порожній аркуш з трьома підписами:

Ліворуч – «Дерево»,

Посередині – «Я»,

Праворуч – «Дім».

Дитині пропонується самостійно розмістити, що де хоче – фахівець спостерігає за структурою.

Наклейки / картки-допоміжники (для дітей з ООП).

1. Кольорові піктограми: дерево, дім, люди, хмарки, сонце, квіти, тварини.
2. Емоції на обличчях: радість, страх, злість, байдужість.
3. Використовуються як візуальні підказки або для аплікації.

Критерії оцінювання – додаток Е.

Метод «Спостереження дитини у природному середовищі».

Метод природного спостереження бере початок у працях Charles Darwin, William Stern, Jean Piaget. У сучасній психології та педагогіці розглядається як загальнонауковий метод без конкретного автора.

Цілеспрямоване систематичне спостереження за дитиною у звичних умовах, без втручання у її діяльність. Проводиться в освітньому середовищі (урок, групове заняття), повсякденному середовищі (перерва, вільна гра, обід), соціальному оточенні (взаємодія з дітьми, дорослими).

Мета. Оцінити: рівень адаптованості дитини до середовища; модель соціальної поведінки та взаємодії з ровесниками й дорослими; реакції на стресові фактори (новизна, конфлікт, несподіванки); виявити поведінкові маркери психотравми (замикання, гіперреакції, уникнення, імпульсивність, тілесні прояви тощо).

Таблиця 2.8.

Типові маркери травматичного досвіду (під час спостереження)

Поведінка	Можливе значення
Завмирання, уникнення контакту	страх, недовіра, травматичний досвід
Раптові спалахи агресії	гіпервозбудження, порушення саморегуляції
Надмірна покірність, залежність від дорослого	ознаки пережитого контролю / травматичного впливу
Тіло-центрована поведінка (гойдання, стереотипії)	сенсорне перенавантаження або дезорганізація
Тривожність при розлуці / зміні умов	тривожні прив'язаності

Інтерпретація результатів: 13-16 балів - високий рівень адаптивності до середовища; 9-12 – достатній рівень адаптивності до середовища; 5-8 балів – середній

рівень адаптивності до середовища, окремі труднощі; 0-4 балів - низький рівень адаптивності, виражені ознаки дезадаптації.

Таблиця 2.9.

Оцінювання адаптивності до середовища

Критерій	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
Здатність слідувати правилам	Не дотримується правил навіть після нагадувань	Дотримується окремих правил лише за постійного контролю дорослого	Виконує більшість правил після нагадування	Загалом дотримується правил, потребує епізодичних підказок	Самостійно та стабільно дотримується встановлених правил
Орієнтація в просторі, розуміння інструкцій	Не орієнтується в середовищі, не розуміє інструкцій	Розуміє лише прості інструкції після багаторазового пояснення	Розуміє більшість інструкцій, але потребує допомоги	Добре орієнтується та виконує інструкції з незначною допомогою	Вільно орієнтується в середовищі та самостійно виконує інструкції
Реакція на новизну / зміну умов	Різко негативна реакція, відмова від діяльності	Виражений дискомфорт, тривала адаптація	Помірне занепокоєння, поступово адаптується	Незначне занепокоєння, швидко адаптується	Спокійно сприймає зміни та легко пристосовується до нових умов
Ознаки дезадаптації (плаксивість, ізоляція, гіперзбудження)	Постійно виражені прояви дезадаптації	Часті прояви дезадаптації	Періодичні прояви дезадаптації	Поодинокі прояви дезадаптації	Ознаки дезадаптації відсутні

Формула підрахунку відсотка: $\% = (\text{сума набраних балів} \div 16) \times 100 \%$.

Інтерпретація результатів: 13-16 балів - Високий рівень соціальної взаємодії; 9-12 балів – достатній рівень соціальної взаємодії; 5-8 балів – середній рівень соціальної взаємодії, окремі труднощі; 0-4 балів – низький рівень соціальної взаємодії, виражені труднощі комунікації та соціалізації (табл. 2.10).

Таблиця 2.10.

Оцінювання соціальної взаємодії

Критерій	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
Взаємодія з ровесниками	Уникає контактів, не вступає у взаємодію	Контакти епізодичні, переважно за ініціативою інших	Взаємодіє з окремими ровесниками, але нестійко	Підтримує контакти з більшістю дітей, інколи потребує підтримки	Легко встановлює та підтримує позитивні взаємини з ровесниками
Участь у спільній діяльності	Відмовляється від спільної діяльності	Бере участь лише після наполягання дорослого	Долучається до діяльності, але швидко втрачає інтерес	Активно бере участь у більшості спільних видів діяльності	Ініціює та підтримує спільну діяльність, ефективно співпрацює
Ініціатива чи пасивність у спілкуванні	Повністю пасивний, не вступає в контакт	Рідко проявляє ініціативу, переважно відповідає на звернення	Іноді самотійно ініціює спілкування	Часто проявляє комунікативну активність	Самотійно та впевнено ініціює і підтримує спілкування
Рівень довіри до дорослого	Уникає взаємодії, не приймає допомогу	Контакт встановлюється важко, виражена недовіра	Приймає допомогу після адаптації до ситуації	Демонструє довіру у більшості ситуацій	Відкрито взаємодіє з дорослим, звертається по допомогу та підтримку

Максимальна кількість балів – 16.

Інтерпретація результатів: 13-16 балів - високий рівень стресостійкості та саморегуляції; 9-12 балів – достатній рівень стресостійкості та саморегуляції; 5-8 балів – середній рівень стресостійкості та саморегуляції, наявні труднощі саморегуляції; 0-4 балів – низький рівень стресостійкості та саморегуляції, труднощі адаптації до конфліктних і стресових ситуацій (табл. 2.11).

Таблиця 2.11.

Оцінювання реакцій на стрес / конфліктні ситуації

Критерій	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали
Реакція на подію / тригер (поведінка дитини)	Виражена дезадаптивна реакція (агресія, істерика, втеча, самоушкодження)	Сильна негативна реакція, потребує значної допомоги дорослого	Помірна емоційна реакція, частково контролює поведінку	Незначне емоційне напруження, швидко приймає допомогу	Адекватно реагує на стресову ситуацію, зберігає контроль поведінки
Інтенсивність поведінкових проявів	Дуже висока, порушує діяльність та взаємодію	Висока, суттєво впливає на діяльність	Помірна, тимчасово ускладнює діяльність	Низька, майже не впливає на діяльність	Відсутні або мінімальні негативні прояви
Час реакції після виникнення стресової ситуації	Реакція миттєва та різко виражена	Реакція виникає дуже швидко та важко контролюється	Реакція виникає після певного часу, частково контролюється	Реакція відтермінована та помірно виражена	Зберігає самоконтроль навіть у стресовій ситуації
Тривалість відновлення емоційного стану	Понад 30 хвилин або не відновлюється самостійно	15–30 хвилин	5–15 хвилин	До 5 хвилин	Швидко відновлюється або не втрачає емоційної рівноваги

Максимальна кількість балів – 16.

4. Можливі маркери психотравматичного досвіду:

Уникнення контакту.

Завмирання.

Нестримні реакції (крик, втеча, агресія).

Надмірне підкорення.

Різкі зміни настрою.

Порушення мови / моторики.

Ознаки соматичних реакцій (живіт, пітливість, оніміння тощо).

Метод картування поведінки.

Засновники підходу – Roger Barker та Herbert Wright (behavior setting theory). У нашій роботі використано метод соціально-поведінкового картування (Social Behavior Mapping), адаптованого Мішель Гарсія Віннер. Адаптація методу фокусується на тому, як поведінка пов'язана з емоціями та соціальними наслідками.

Метод картування поведінки – це структурована форма регулярного моніторингу поведінки дитини в різних середовищах (урок, групова діяльність, вільна гра, перерви тощо), яка дозволяє виявити моделі деструктивної чи компенсаторної поведінки; співвіднести їх із тригерами (час, подія, особа, зміна умов); визначити частоту, тривалість, інтенсивність і контекст поведінкових епізодів; надати висновки для подальшої підтримки або втручання (додаток Ж).

Таблиця 2.12.

Ознаки, які можуть свідчити про психотравматичний досвід

Категорія	Ознаки
Імпульсивність	раптові спалахи емоцій, неконтрольовані рухи, втеча, істерики
Замкненість	уникає контакту, не реагує, не дивиться в очі, мовчання
Агресивність	словесна/фізична агресія, образи, кусання, кидання предметів
Уникнення	ухилення від діяльності, ховається, завмирає
Гіперконтроль / тривожність	постійно озирається, боїться помилки, перепитує
Регресивна поведінка	«дитяча» мова, повторює звуки, смоче палець тощо

У дослідженні взяли участь діти двох категорій: молодші школярі та молодші підлітки: (82 дітей з ООП: 42 особи молодшого шкільного віку і 40 осіб молодшого підліткового віку) і їх однолітки з нормотиповим психічним розвитком (77 дітей: 39 осіб молодшого шкільного віку і 38 осіб молодшого підліткового віку). Загальна вибірка становила 159 осіб.

У межах дослідження було обрано вікові категорії молодшого шкільного та молодшого підліткового віку, оскільки саме в цей період відбувається формування резильєнтності, як здатності дитини адаптуватися до психотравмуючих обставин та

негативних подій. Прояви психотравми в дітей найпомітніше спостерігаються у когнітивній, емоційній, поведінковій та соціальній сферах.

Молодий шкільний вік.

Когнітивні ознаки:

- розвивається здатність розуміти причинно-наслідкові зв'язки подій;
- формуються навички саморефлексії, формуються уявлення про безпеку;
- формується сприйняття травматичної події як тимчасового явища.

Емоційні ознаки:

- формується здатність відновлювати емоційні стани після пережитого стресу за підтримки дорослих;
- формується довіра до значущих дорослих як джерела безпеки;
- розвивається здатність висловлювати емоції словами або через гру, малювання.

Поведінкові ознаки:

- розвиваються вміння використовувати адаптивні стратегії подолання труднощів (гра, фантазії, рольові моделі);
- формується здатність виконувати звичайні активності в кризових ситуаціях (навчання, ігри);
- формується розуміння правил, що забезпечують стабільність і передбачуваність.

Соціальні ознаки:

- формується здатність звертатися і отримувати підтримку дорослих (батьки, вчителі);
- розвиваються вміння комунікувати з однолітками, підтримувати соціальні зв'язки;
- формуються вміння приймати допомогу та брати участь у групових активностях.

Молодий підлітковий.

Когнітивні ознаки:

- формується ширше осмислення травматичного досвіду;

- формуються навички критичного мислення, оцінювання ситуацій;
- формується розуміння щодо концепцій «зцілення», «психологічного відновлення».

Емоційні ознаки:

- формується здатність до емоційної регуляції за допомогою внутрішніх ресурсів (самозаспокоєння, рефлексія);
- набуваються вміння виражати емоції через словесні повідомлення, мистецьку діяльність;
- розвивається емпатія, співпереживання іншим.

Поведінкові ознаки:

- формуються вміння активно застосувати навички подолання стресу (саморозмова, фізична активність);
- формуються вміння відновлювати навчальну мотивацію;
- формуються вміння виявляти ініціативу у вирішенні проблемних ситуацій.

Соціальні ознаки:

- формуються вміння приймати допомогу однолітків;
- формуються позитивна ідентичність та почуття приналежності до групи;
- активізується участь у соціально значущих діях (волонтерство, підтримка інших).

Отже, вивчення особливостей перебігу психотравми у дітей з ООП, її чинників виникнення, дасть змогу сформувати програму подолання негативних наслідків травматичного досвіду у дітей, враховуючи їх вікові та індивідуально-психологічні особливості.

2.2. Особливості прояву психотравми у дітей з особливими освітніми потребами

Першим етапом з'ясування психотравми у дітей з ООП було комплексне виявлення емоційних переживань, страхів і тривожності дитини, оцінка її реакцій на потенційно травматичні ситуації, реконструкція досвіду психотравмувальних подій

та виявлення поведінкових маркерів дезадаптації, що свідчать про пережиту психотравму.

Метод «Клінічне інтерв'ю з елементами спостереження».

Метод клінічного інтерв'ю з елементами спостереження використовувався у випадках, коли простежувалася ймовірність пережитого психотравматичного досвіду, що супроводжувався емоційною нестабільністю, страхами, тривожністю, поведінкою уникнення або маркерами дезадаптації. Водночас, метод дав змогу виявити емоційні стани дитини, особливо за умов обмеженої вербальної комунікації, оцінити соціальне функціонування, ступінь емоційної реактивності, механізми подолання напруженості та наявні ресурси.

Зміст проведення: гнучкі форми інтерв'ювання, які адаптовано до інтелектуального рівня, вікових та мовленнєвих можливостей дітей з ООП.

Надаємо приклад проведення діагностичної сесії за цим методом з Миколою С., 9 років, за даними фахівців, хлопчик має затримку психічного розвитку (ЗПР) з вторинними порушеннями сенсорного характеру (виражена сенсорна чутливість). Форма взаємодії: індивідуальна. Тривалість: 35 хв.

Організаційні умови: окрема кімната зі зниженою сенсорикою (приглушене світло, мінімум стимулів), присутні іграшки, м'які подушки, столи з папером і олівцями. Темп бесіди сповільнений, часті паузи. Використовувалися емоційні картки та підказки у вигляді малюнків.

Початок сесії (встановлення контакту).

Микола виявляє настороженість, не одразу вступає у вербальну взаємодію. Після пропозиції погортати картки з емоціями охоче включається у гру. Першим обраним персонажем була «радісна мишка». Це дозволило встановити контакт.

На запитання: «Як ти себе відчуваєш, коли приходиш у школу?» - хлопчик відповів: «Там дуже гамірно. Я не люблю, коли багато людей».

Поведінкове спостереження: напружена постава, пальці рук стиснуті, уникання зорового контакту. Почав крутити край сорочки при запитаннях, що стосувались сім'ї.

Емоційна сфера.

Експериментатор: «Що тебе засмучувало останнім часом?»

Микола: «Коли мама не приходить вчасно по мене».

Експериментатор: «А що тебе тішить?»

Микола: «Коли ми з бабусею ліпимо вареники».

Спостереження експериментатора: при згадці бабусі з'являється посмішка, розслаблена поза, погляд вгору.

Страхи.

Експериментатор: «Чого ти боїшся?»

Микола: «Гучного дзвінка. І коли хлопці з класу сміються».

Додаткові картки: Микола в роботі з картками обрав з емоціями фігуру з накладеними руками на вуха.

Експериментатор: «Що ти робиш, коли тобі страшно?»

Микола: «Ховаюся під стіл. Там тихо».

Інтерпретація. Микола виявляє поведінку уникнення, реакція на сенсорні перевантаження (шум, крики) може бути маркером тривожного стану та посттравматичного досвіду (ймовірно шкільного походження).

Травматичні маркери.

Експериментатор: «Тобі сняться страшні сни?».

Микола: «Так. Що хтось кричить. Я не бачу, хто це».

Експериментатор: «Що було найнеприємніше, що з тобою траплялось?»

Микола: «Страшні звуки вночі і, ще коли мене залишили в групі після школи і не сказали, що прийде бабуся».

Оцінка відповідей: відчуття покинутості, страх ізолюваності, порушення безперервності підтримки.

Поведінкова реакція.

Експериментатор: «Коли сумно – що ти робиш?».

Микола: «Сиджу під ковдрою, бо там тихо».

Експериментатор: «Коли хтось образив – до кого ти йдеш?»

Микола: «До бабусі. До вчительки не йду. Вона скаже: «Не перебільшуй»».

Спостереження експериментатора: дитина відводить очі, зниження голосу, підтискає губи.

Надаємо загальні результати оцінювання психотравми у молодших школярів з ООП за методом «Клінічне інтерв'ю з елементами спостереження» (додаток В).

В ході аналізу було виявлено, що емоційний стан у 68,3 % молодших школярів з особливими освітніми потребами характеризується нестабільністю, з частими проявами тривоги, емоційної вразливості та труднощами в саморегуляції. У більшості дітей (54,9 %) виявлено підвищену сенсорну чутливість, що виявлялася у надмірній реакції на гучні звуки, яскраве світло або фізичний контакт. також більшість дітей скаржилися на страх залишитися на самоті, без дорослих (батьків, педагогів), що свідчить про порушення базового відчуття безпеки, зокрема у соціальних ситуаціях.

Аналізуючи критерій «поведінка», було з'ясовано, що 63,4 % дітей виявляли реакції уникнення у відповідь на стрес, зокрема: ігнорування звернень, звуження контактів, ігрова або комунікативна відстороненість; поряд з цим, такі захисні стратегії як завмирання, схильність до ізоляції, зниження активності, простежувалися у 47,6 % учнів. На нашу думку, така поведінка вказує на домінування механізмів уникнення та відсутність сформованих навичок конструктивного подолання психоемоційної напруги.

За критерієм психотравматизації у 41,5 % дітей зафіксовано специфічні прояви, зокрема: уникнення шуму (відмова брати участь у заняттях з високим рівнем звукового навантаження), вербальні або невербальні згадки про «крики», «страшні голоси», а також повідомлення про повторювані нічні страхи або нав'язливі сни, що може свідчити про наявність емоційної пам'яті на травматичний досвід і реакцій повторного переживання.

Втім, у 35,4 % дітей було ідентифіковано ресурсні компоненти відновлення у вигляді стабільних емоційних зв'язків із значущими дорослими (найчастіше з матір'ю, бабусею), наявні ритуалізовані дії (випічка, спільні заняття вдома), а також створення дитиною просторів безпеки (укриття під столом, ковдрою тощо). Це дає змогу свідчити про формування індивідуальних захисних механізмів, що частково

компенсують емоційне перенавантаження й відіграють роль в адаптації до травматичних впливів.

В цілому, отримані результати свідчать про високий рівень емоційної вразливості молодших школярів з особливими потребами, наявність латентних форм тривожності та неповноцінність механізмів подолання стресу у більшості дітей.

Надаємо приклад діагностичної сесії з молодшими підлітками з ООП.

Вікторія, 13 років, за даними фахівців ІРЦ має інтелектуальні труднощі III рівня, порушення емоційно-вольової сфери. Форма взаємодії: індивідуальна, адаптована до інтелектуального рівня. Тривалість сесії: 40 хв

У ході взаємодії було виявлено підвищену емоційну чутливість до нейтральних стимулів. На прохання експериментатора розповісти про улюблені заняття Вікторія спочатку посміхнулась, втім вже через кілька секунд зникла, опустила голову й почала терти руки. При слові «школа» змінила позу на захисну, схрестила руки на грудях і ледь помітно відвернулась. На допомогу фахівця (у формі підказки) емоційна реакція була непропорційно інтенсивною – з'явився плаксивий тон і ознаки фрустрації, що свідчить про нестійкість афективної регуляції, високий рівень тривожності та емоційну реактивність.

У процесі спілкування спостерігалися різкі коливання емоційного стану – від пригнічення до дратівливості. Після запитання експериментатора: «Що тебе іноді засмучує в класі?» Вікторія підвищила голос, почала стискати кулаки й говорити не слухаючи запитання і не користуючись допомогою експериментатора. Протягом сесії відзначалася непропорційність реакцій: сльози у відповідь на згадку про вчителя, який не дозволив малювати на уроці, чергувалися з нервовим сміхом, що вказує на недостатній рівень контролю емоційних імпульсів та порушення емоційної регуляції.

Поряд з цим, у відповідях Вікторії домінували теми, пов'язані зі страхом бути покинутою через «погану поведінку» та емоційною самотністю. Дівчинка кілька разів повторювала: «Мама часто не приходить вчасно», «Мене не беруть у гру». У поведінці спостерігалися ознаки апатії – зниження темпу мовлення, періодичне відвертання, небажання відповідати на прості запитання без повторного

стимулювання. Такі емоційні вияви свідчать про знижений енергетичний тонус та стійкий негативний емоційний фон.

Протягом сесій Вікторія демонструвала виражені труднощі в ідентифікації власних почуттів. На запитання експериментатора: «Що ти відчуваєш, коли тебе ображають?» відповіла: «Не знаю... просто ніби темно стає», «Усередині ніби хмаринка, і вона давить», або «Мені темно в животі». Тобто, замість емоційних термінів використовувала метафори, уникаючи прямого позначення емоцій як «сум», «страх» чи «злість». Під час роботи з емоційними картками довго вагалась у виборі, часто запитувала: «Це що – злість чи страх?», що свідчить про труднощі емоційної вербалізації, коли діти інтуїтивно передають свій стан через образні порівняння або фізичні відчуття, що вказує на недостатню сформованість навичок розпізнавання й називання емоцій.

Важливо додати, що під час установчої частини сесії дівчина уникала зорового контакту, реагувала на звертання зі значною затримкою. У діалозі не ініціювала питань, реагувала коротко. Поведінка у грі була спрямована на ізоляцію персонажів («ця дівчинка не йде до інших, вона не хоче»). На репліки експериментатора іноді взагалі не відповідала, зосереджуючись на малюванні. Такі прояви свідчать про знижену соціальну залученість та ймовірне емоційне відсторонення, тобто емоційне відчуження або уникнення.

В одному з моментів Вікторія сховалась під стіл зі словами: «Тут мене не видно, ніхто не кричить». Вона обіймала себе руками і розгойдувалась у такт, що є поведінкою, типовою для молодшого віку. Під час уявної гри просила експериментатора «бути мамою і читати казку». Такі реакції трактуються як регресивна захисна поведінка в умовах психоемоційного перенавантаження.

Водночас, дівчина поскаржилась на головний біль та «важкість у животі», хоча медичних скарг у документації не зафіксовано. Такі симптоми з'являлись також у відповідь на запитання, пов'язані зі школою або стресовими ситуаціями. Ймовірно, це є соматизованим вираженням емоційної напруги.

Під час вільного малювання Вікторія зобразила вікно з темною фігурою за ним і пояснила: «Я боюсь, що вона зайде». На запитання експериментатора Вікторія

повідомила, що їй часто сниться, як вона не може знайти маму, а навколо люди кричать, і чути звуки вибухів, що може свідчити про наявність залишкового травматичного досвіду, пов'язаного з емоційною небезпекою, покинутістю або втратами.

Розглянемо узагальнені результати вивчення психотравми у молодших підлітків з ООП.

У межах якісного аналізу емоційного стану та особливостей поведінки молодших підлітків з особливими освітніми потребами у 65,8 % дітей було зафіксовано нестабільний емоційний стан, що виявлялося у частій зміні настрою, підвищеній чутливості до сенсорних подразників (звуків, світла, фізичного дотику), вираженій тривожності й очікуванні загрози чи страх залишитися наодинці і не отримати допомоги в емоційно складних ситуаціях, що може свідчити про недостатню сформованість базового відчуття безпеки та потребу в постійній зовнішній опорі.

Водночас. у 58,5 % підлітків спостерігалися поведінкові стратегії уникнення, зокрема: обмеження соціальних контактів, замикання в собі під час групової діяльності, відмова від діалогу з дорослими у стресових умовах; у 46,3 % досліджуваних спостерігалися пасивні захисні реакції, такі як емоційне завмирання, відхід у фантазування, ігнорування запитів, що свідчить про переважання несвідомих механізмів самозахисту у відповідь на внутрішнє напруження та психологічну незахищеність.

За критерієм «маркери психотравматизації» виявлено, що у 41,4 % молодших підлітків з ООП спостерігалися вербальні згадки про гучні або лякаючі голоси, дискомфорт або панічні реакції на шумове навантаження, повідомлення про повторювані нічні страхи, пов'язані конфліктом чи втратою. У деяких дітей зафіксовано уникання шкільного середовища через асоціацію з фрустраційними подіями.

Втім, у 39 % підлітків були виявлені наявні відновлювальні ресурси у вигляді значущого дорослого, безпечних просторів або інших захисних механізмів, що сприяло частковій емоційній стабілізації

Таким чином, якісний аналіз даних дає змогу стверджувати про комплекс ознак глибокої емоційної вразливості, у тому числі підвищену емоційність, значні труднощі емоційної саморегуляції, домінування негативного емоційного тла, а також поведінкові маркери уникнення та регресу, які було виявлено як у молодших школярів так і у молодших підлітків з ООП (табл.2.13).

На відміну від дітей з ООП, молодші школярі та молодші підлітки з нормотиповим психічним розвитком показали такі результати: емоційний стан у більшості досліджуваних був стабільним, з помірною реактивністю та збереженою здатністю до саморегуляції. Зокрема, серед молодших школярів 67,8 % дітей демонстрували адекватну емоційну реакцію на побутові або соціальні подразники без ознак надмірної тривожності, гіперреактивності чи страху, 32,2 % дітей мали незначні епізоди підвищеної емоційної збудливості в умовах новизни або соціального напруження.

У поведінці дітей молодшого шкільного віку простежувалась достатня емоційна відкритість, готовність до взаємодії з дорослими та однолітками, а також наявність стійких позитивних соціальних установок. З усієї вибірки, емоційне уникнення або відчуження відзначалося лише у 7 % дітей, що пов'язувалося переважно з ситуативними факторами (втома, нова обстановка), труднощі у вербалізації емоцій виявлено у 9,3 %, втім вони не мали стійкого характеру і не супроводжувалися глибокими афективними порушеннями, а 5% учасників продемонстрував виражені регресивні емоційні реакції чи соматизовані симптоми. У ході спілкування з дітьми з'ясувалося, що ці діти отримали травмівний досвід під час війни.

Поряд з цим, молодші підлітки з нормотиповим розвитком також показали загалом адаптивний рівень емоційного функціонування. У 77,1 % дітей зафіксовано збережену здатність ідентифікувати й вербалізувати власні емоційні стани (табл. 2.14.). У їхніх відповідях домінували конкретні емоційні поняття (радість, образа, злість, страх), а також адекватне розуміння причинно-наслідкових зв'язків емоційних реакцій. У 14,3 % демонстрували ознаки підвищеної тривожності, що найчастіше стосувалося тем навчання, оцінювання або конфліктів з однолітками.

Таблиця 2.13.

**Порівняння психоемоційних проявів у дітей з ООП молодшого шкільного
та дітей з ООП молодшого підліткового віку**

Критерій	Молодші школярі (%)	Молодші підлітки (%)	Якісний аналіз проявів
Емоційна реактивність	68,3	65,8	Часті перепади настрою, тривожність, сенсорна чутливість, очікування загрози
Порушення емоційної регуляції	47,6	46,3	Завмирання, пасивність, фантазування, труднощі з контролем афективних реакцій
Переважання негативного емоційного фону	54,9	50	Домінування страху, тривоги, очікування розлуки, зниження активності, зниження базового почуття безпеки
Труднощі у вербалізації емоцій	орієнтовно 50	орієнтовно 45	Мінімальна або стереотипна відповідь на запитання про почуття, уникнення теми емоцій
Емоційне відчуження / уникнення	63,4	58,5	Уникнення контактів, ізоляція в грі, відсутність реакції на звернення дорослого
Регресивні емоційні прояви	орієнтовно 40	орієнтовно 35	Поведінка, нехарактерна для віку (страх темряви, прив'язаність до тілесних об'єктів, схильність до схованок)
Соматизовані емоційні стани	орієнтовно 32,0 (за відповідями дітей)	орієнтовно 30,0 (за відповідями дітей)	Скарги на біль у животі / голові, дратівливість, скутість тіла при згадці про травмуючі події
Травматичні сни або образи	41,5	41,4	Нічні страхи, згадки про крики, темні образи в малюнках, асоціації з фрустраційними подіями

Примітка: орієнтовні дані базуються на аналізі описів дітей, де не вказано точні відсотки; показники мають змішаний характер: як кількісні (з анкетування та спостережень), так і якісні (з аналізу поведінки, малюнків, інтерв'ю).

Таблиця 2.14.

Порівняльні психоемоційні характеристики молодших школярів та молодших підлітків з нормотиповим розвитком

Критерій	Молодші школярі (%)	Молодші підлітки (%)	Якісний аналіз проявів
Емоційна реактивність	32,2	14,3	У школярів реактивність переважно ситуативна, у підлітків – пов’язана з соціальними темами (оцінки, конфлікти)
Порушення емоційної регуляції	орієнтовно 10,0	орієнтовно 8,0	Несистемні прояви зниження самоконтролю під час втоми чи емоційного напруження
Переважання негативного емоційного фону	орієнтовно 7,0	орієнтовно 12,0	Не мали стійкого характеру; у деяких підлітків проявлялись ситуативні страхи, пов’язані з навчанням
Труднощі у вербалізації емоцій	9,3	22,9	У молодших підлітків загалом вербалізація сформована; труднощі у дітей молодшого віку носили непостійний характер
Емоційне відчуження або уникнення	7,0	орієнтовно 6,0	Поодинокі прояви, частіше пов’язані з втомою, новою ситуацією або короткотривалим дистресом
Регресивні емоційні прояви	5,0	орієнтовно 3,0	Спорадично виявлялись у дітей, які мали досвід війни; не мали стійкого характеру
Соматизовані емоційні стани	орієнтовно 5,0	орієнтовно 4,0	Ознаки (скарги на біль, дискомфорт) спостерігались у поодиноких випадках, часто на фоні ситуативного стресу
Травматичні сні або образи	орієнтовно 5,0	орієнтовно 3,0	Пов’язані з досвідом війни, не носили системного характеру, виявлялись у малюнках або коротких згадках

Примітка: показники «орієнтовно» є узагальненими або розрахованими за якісним описом, якщо не було наведено точні відсотки; у більшості дітей з нормотиповим розвитком простежувалась збережена емоційна стабільність, високий рівень соціальної адаптації та адекватна вербалізація почуттів.

Таким чином, діти з нормотиповим розвитком обох вікових категорій значно рідше демонстрували ознаки психоемоційної нестабільності, дезадаптаційних поведінкових стратегій та порушень емоційної регуляції. У більшості з них збережено функціональні механізми емоційної саморегуляції, що дає підстави стверджувати про наявність базової резильєнтності як вікової норми. На відміну від дітей з ООП, у цій вибірці не було зафіксовано стійких маркерів психотравматичного досвіду, що вказує на меншу психоемоційну вразливість та вищу здатність до адаптації в соціально значущих ситуаціях.

Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції» (переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.) (<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8#author-1>) на основі шкали оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (The child PTSD symptom scale for DSM-V (CPSS-SR-5)).

У межах емпіричної частини дослідження було проведено індивідуальну діагностичну сесію за шкалою оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу за методикою у молодших школярів та молодших підлітків з ООП та НР. Опитувальник складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Надаємо клінічний аналіз випадків дітей з ООП молодшого шкільного віку та молодшого підліткового віку з різним психоемоційним станом та життєвим досвідом: Ангеліна, 7 років, та Артем, 12 років.

Ангеліна, 7 років. Дівчинка з порушеннями пізнавального розвитку (затримка психічного розвитку), зниженими навичками емоційної регуляції та труднощами у вербалізації емоцій. У структурі емоційного реагування домінують симптоми гострої емоційної вразливості, соматизовані скарги, регресивна поведінка, висока сенсорна чутливість та уникнення соціального контакту. За результатами методики виявлено 47 балів, що відповідає важкому ступеню симптомів психотравми, підтверджено присутність основних критеріїв В, С, D і Е згідно з DSM-5. Тобто можна стверджувати про наявність психотравми із супутніми соматизованими проявами та емоційно-регуляторними труднощами.

Артем, 12 років. Хлопчик з порушенням емоційно-вольової сфери, труднощами у соціальній адаптації, схильністю до тривожності та дистимних реакцій (пригніченість, зниження емоційного тону, млявість, уповільнення мислення, пасивність як відповідь на стресові ситуації). За шкалою CPSS-SR-5 набрано 29 балів, що відповідає помірному рівню симптомів психотравми, зафіксовані часткові критерії В, D та Е. Емоційна відповідь менш дезорганізуюча, ніж у молодших школярів, втім наявні ознаки пригніченості, ізоляції та гіпервідповідальності за минулі події. Дані дають змогу стверджувати про розлад адаптації з переважанням тривожного компонента, із симптомами часткової посттравматичної реакції, на тлі психоемоційної дезадаптації внаслідок пережитої травматичної події.

Обидві дитини мали досвід перебування в умовах бойових дій, евакуації, розлуки з близькими, що дозволяє вважати ці події потенційно травматичними відповідно до критерію А DSM-5.

Ангеліна, 7 років. При проведенні шкали CPSS-SR-5 дитина ідентифікувала найтривожнішу подію як момент, коли «розірвало будинок сусідів» і вона «бачила, як усі ховалися в підвал». Подія трапилась «взимку, коли було дуже холодно, і мама довго не приходила».

Загальна сума балів за 20 основними пунктами склала 47, що відповідає важкому ступеню симптоматики.

У кластері симптомів інтрузії (критерій В) дитина отримала 3 бала за більшістю запитань, особливо на пункти щодо повторних тривожних думок, сновидінь, а також тілесних реакцій при згадуванні події (пітливість, тремтіння).

У кластері уникнення (критерій С) виявлене активне уникнення розмов про війну та малювання сцен бойових дій.

За критерієм D (негативні думки та емоції) простежувались переконання у власній провині («я була неслухняна – тому ми втекли») та негативна оцінка світу.

Критерій Е (надмірна збудливість) включав порушення сну, підвищену чутливість до гучних звуків, дратівливість і знижену здатність до концентрації.

Ангеліна повідомила про часті соматичні реакції – головний біль, біль у животі – що не мають соматичного підтвердження.

Артем, 12 років. Хлопець позначив як травматичну подію «коли ми тікали і бачили, як танки їдуть, і всі кричали», подія трапилася «півтора року тому, коли ми залишили місто».

Загальна сума балів – 29, що відповідає помірному ступеню симптоматики.

У кластері В наявні повторні спогади про подію, сновидіння та короткотривалі флешбеки. Водночас уникнення (С) не набуло стійкого характеру, хоча Артем повідомив про небажання дивитись новини та слухати сирени. У кластері D простежувались песимістичні уявлення про світ та помірні прояви тривоги, хоча не зафіксовано ідеацій провини чи негативної самооцінки. За кластером Е прослідковується підвищена дратівливість, епізоди гіперреактивності, проблеми зі сном, однак без серйозного порушення поведінки.

За функціональними шкалами отримані дані можуть свідчити про збережений інтерес до навчання, участь у шкільних заходах, підтримку дружніх стосунків та добрі стосунки в родині. Втім, спостерігається зниження емоційної залученості в улюблених заняттях та схильність до самоізоляції після напружених подій.

Розглянемо загальні результати.

У межах дослідження посттравматичного стресового реагування у дітей з особливими освітніми потребами було проведено якісно-кількісне опитування за методикою CPSS-SR-5 (The Child PTSD Symptom Scale for DSM-5) (переклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.).

Аналізуючи дані можна свідчити про вищу інтенсивність психотравми у молодших школярів, з акцентом на інтрузивні переживання та надмірну реактивність; у підлітків – частіше спостерігаються негативні когнітивні переконання, емоційне відчуження, гнів, розлади поведінки. Показники соматизації фіксуються в обох групах, що вказує на глибоке емоційне напруження (додаток II).

Узагальнюючи отримані результати можна стверджувати, що у значної кількості молодших школярів виявлено високий рівень емоційної вразливості та клінічно значущих симптомів психотравматичного стресового розладу. Так, 35,9 % учасників набрали понад 31 бал за основними пунктами шкали, що відповідає критерію клінічного ПТСР відповідно до DSM-5, у 33,9 % дітей виявлено важкий або дуже важкий рівень симптоматики (41-67 балів). Найбільш вираженими були показники по кластеру інтрузії – 68,3% дітей (повторні спогади, тривожні сни, соматизовані реакції) та надмірної реактивності - 65,9 % дітей, в яких спостерігалася підвищена чутливість до звуків, проблеми зі сном, імпульсивність та ін. У 51,2 % випадків діти демонстрували поведінкове уникнення, неспроможність описати травматичну подію. Типовим було і те, що більшість дітей не могли чітко вербалізувати пережитий досвід, натомість використовували малюнки, метафори або ігрову поведінку.

У групі молодших підлітків із ООП 38,8 % дітей мали сумарний бал понад 31, що вказує на високу вірогідність ПТСР, хоча частка дітей з важким ступенем симптомів була нижчою – 26,8 % (бал 41-58). У порівнянні з молодшими школярами, підлітки рідше демонстрували регресивні прояви, водночас частіше виявляли негативні когнітивні переконання («Я винен», «Світ небезпечний»), типовими були зниження інтересу до навчання, емоційна відчуженість та труднощі у стосунках з ровесниками. У понад 40 % молодших підлітків простежувалися труднощі в контролі гніву, дратівливість, замкнутість або схильність до самоізоляції. Ознаки соматизації

були присутні у 24,3 % опитаних, водночас близько 41,7 % дітей демонстрували помірну симптоматику або часткове відновлення емоційного балансу за наявності підтримувального середовища.

Таким чином, отримані дані вказують на високу поширеність симптомів ПТСР серед дітей з ООП, особливо у молодшому шкільному віці, що можна пояснити як обмеженими механізмами емоційної регуляції, так і недостатнім розумінням та вмінням вербалізувати травматичний досвід. Втім, як молодші школярі так і молодші підлітки демонструють виражену потребу в стабілізуючому психосоціальному супроводі з урахуванням як вікових, так і когнітивно-комунікативних особливостей розвитку.

На відміну від дітей з ООП, діти з нормотиповим психічним розвитком показали такі результати: у групі молодших школярів лише 15,4% продемонстрували сумарний бал за шкалою CPSS-SR-5 вище порогового значення 31 бала, що вказує на можливу наявність клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу. При цьому лише 5,1 % потрапили до категорії «важкий ступінь» (понад 41 бал). У переважної більшості школярів – 75,6 % – зафіксовано мінімальний або легкий рівень симптомів (до 20 балів), без істотних порушень у поведінці, емоційній сфері та соціальній взаємодії. Найбільш поширеними симптомами серед дітей, які продемонстрували підвищену емоційну чутливість, були поодинокі скарги на тривожні сни, реакція на гучні звуки та ситуативне уникнення розмов про війну.

У групі молодших підлітків з нормотиповим розвитком 15,8% перевищили діагностичний поріг у 31 бал, хоча лише у 2 випадках (5,3 %) було зафіксовано показники 48 і 43 бали, що відповідає помірному рівню симптоматики. Більшість підлітків – 73,7 % дітей продемонстрували мінімальну або легку симптоматику, що проявляються у ситуативних проявах тривоги та пригнічення без істотного порушення функціонування. І близько 17 % дітей повідомили про ситуативні переживання тривоги або пригнічення у відповідь на тригери, пов'язані з подіями війни, втім без ознак порушення функціонування у навчанні чи соціальному середовищі.

Таким чином, діти з нормотиповим розвитком у порівнянні з дітьми з ООП значно рідше демонструють клінічно значущі симптоми психотравматичного реагування. Їх емоційна регуляція є більш сформованою, а реакції на стресові стимули – ситуативними та менш дезорганізуючими. Це свідчить про наявність більш ефективних захисних механізмів, кращу адаптивну здатність до зовнішніх змін і вищу загальну психологічну резильєнтність.

Таким чином, результати обстеження демонструють відмінності в характері й ступені психотравматизації у дітей молодшого та підліткового віку обох категорій. У молодших школярів симптоматика посттравматичного стресу проявляється інтенсивніше, з яскраво вираженим емоційним збудженням, соматизацією, уникненням та вираженими афективними порушеннями, у молодших підлітків – симптоми мають менш насичений характер, із частковим збереженням критичного мислення, кращими механізмами емоційної саморегуляції та функціональною компенсацією в соціальній сфері.

Авторська методика «Я і світ».

Головною метою методики є дослідження образу «Я», внутрішньої картини світу та суб'єктивного сприйняття власного місця у життєвому просторі. Методику розроблено в контексті проєктивного підходу, що дає змогу учаснику виразити неусвідомлені або недостатньо усвідомлені уявлення через вільну форму самовираження – малюнок, символи, метафори, слова чи асоціативні елементи.

Процедура експерименту передбачала створення індивідуального візуально-символічного зображення на чистому аркуші паперу формату А4, у спокійній атмосфері протягом 20-30 хвилин.

Дитині надається інструкція зобразити себе у цьому світі в довільний спосіб, не орієнтуючись на естетичну чи логічну правильність, а натомість – на внутрішній зміст та власне бачення. Увага експериментатора зверталася не лише на те, що саме зображено, а й те, як представлене «Я» взаємодіє з іншими елементами малюнку – людьми, простором, природою, суспільством, символічними об'єктами.

Наводимо приклад діагностичних сесій (ресурсна кімната, спокійне середовище, термін проведення 25 хв.): Данило, 7 років, особливості: порушення уваги, поведінкові труднощі (імпульсивність, агресивність, труднощі у взаємодії з ровесниками); Марина, 11 років, особливості: легкий ступінь порушень інтелектуального розвитку.

Діагностична сесія з Данилом.

Експериментатор: «Привіт! Сьогодні ми з тобою трохи помалюємо. Я попрошу тебе намалювати, як ти бачиш себе у цьому світі. Це не контрольна і не урок – можна малювати, як хочеш: кольорово, просто, незвично. Тут немає правильного або неправильного. Давай розпочнемо?».

(Данило починає малювати. Малюнок: хлопчик у капюшоні стоїть посеред парку. Поруч – пес. На задньому плані – будинок. Сонце на одному боці малюнка закреслене).

Опитування після завершення малюнка.

Експериментатор: Хто це на малюнку?

Данило: Це я. У мене худі з акулками. Як в мене вдома є.

Експериментатор: Де ти тут знаходишся?

Данило: Тут парк. Я іноді гуляю там. Але не сам, тільки з бабусею або з собакою.

Експериментатор: А хто ще є на малюнку?

Данило: Це Бім. Мій пес. Я його дуже люблю, він завжди зі мною.

Експериментатор: Чому ти намалював себе саме тут

Данило: Бо тут тихо. І я не люблю багато людей. В школі шумно!

Експериментатор: А цей будинок – це що

Данило: Це наш. Але я не люблю бути вдома, там телевізор постійно кричить, і тато злиться...

Експериментатор: Тобі подобається, як ти намалював себе

Данило: Нормально. Я в капюшоні – так краще. Мене не бачать.

Експериментатор: Як ти почуваєшся у цьому світі

Данило: По-різному... Коли з Бімом – добре. Коли з тими в класі – зле. Вони сміються.

Експериментатор: Хто тобі допомагає, коли тобі важко

Данило: Ніхто. Ну... іноді бабуся. Вона каже не звертати увагу.

Експериментатор: Кого ти б хотів намалювати ще, але не намалював

Данило: Маму. Але вона працює і втомлена, її майже нема.

Експериментатор: А чому сонце закреслене

Данило: Бо іноді день псується. Коли сваряться. Тоді хочеться ніч.

Психологічний аналіз малюнка, виконаного дитиною за методикою «Я у цьому світі», дозволяє зробити припущення щодо внутрішнього світу семирічного Данила, його емоційного стану, характеру соціальних зв'язків та особливостей переживання себе в оточуючій дійсності.

Зображення себе в ізолюваному просторі (парк без інших людей) може свідчити не лише про типову для дитини з поведінковими порушеннями потребу уникати соціальної взаємодії, а й про потенційну реакцію на психологічну травму. Така самоідентифікація через контекст самотності може бути пов'язана з труднощами адаптації у соціальному середовищі, а також з негативним досвідом міжособистісного спілкування (зокрема, у шкільному колективі, що й підтверджено в бесіді з експериментатором). Водночас, це може свідчити і про травматичний досвід, пов'язаний з війною (вимушене переміщення з рідного міста Харків, втрата домівки, розлука з близькими, перебування в умовах небезпеки). Данило демонструє символічну потребу у відстороненні від світу, який сприймається як нестабільний або небезпечний. Парк як «простір самотності» може виступати проєкцією бажання мати безпечний, передбачуваний простір, на відміну від реального середовища, в якому дитина відчувається тривожно. Поряд з цим, самоідентифікація Данила формується на фоні зниженої потреби у соціальній приналежності, що типово для дітей з розладами поведінки, зокрема при супутній гіперчутливості до зовнішніх подразників та емоційній вразливості.

Аналізуючи за малюнком емоційний стан дитини, варто відзначити ознаки внутрішньої напруги та тривожності, зокрема, закреслене сонце є нетиповим і символічно позначає негативне ставлення до навколишнього середовища або поточних життєвих обставин, адже сонце традиційно асоціюється з теплом, світлом,

надією – його «викреслення» або затемнення може вказувати на втрату відчуття захищеності та переживання безвиході (це характерно для дітей, які пережили втрату домівки чи стали свідками агресивних або небезпечних подій). Втім, можна припустити наявність амбівалентних почуттів, зокрема прихованого гніву, розчарування або незадоволених потреб. Водночас загальна кольорова гама малюнка в межах стриманих темних кольорів, що додатково підтверджує можливу емоційну відстороненість або пригніченість.

Вибір домашньої тварини (собаки) як єдиної присутньої фігури на малюнку, до якої спрямована прихильність хлопчика, може бути наслідком досвіду емоційної напруги, обмеження доступу до значущих дорослих, або про брак довіри до людей і переорієнтацію на об'єкти, що не викликають загрози чи емоційного напруження. Собака в цьому контексті символізує стабільний, надійний, безумовний контакт, що для Данила, ймовірно, має компенсаторне значення. Це може вказувати як на труднощі у побудові міжособистісних стосунків, так і на потребу в безпечному емоційному просторі.

Аналіз вербальних відповідей дитини дозволяє стверджувати про наявність напруги в родині. Батьків згадано лише у розповіді, при цьому мати згадується як «відсутня», а батько – як джерело негативу («злиться», «кричить телевізор»), а на малюнку – не представлено, що може бути непрямою ознакою емоційного відчуження, дефіциту емоційної підтримки в сімейному середовищі або страху перед емоційно нестабільною реакцією батьків. Водночас, слова про «кричущий телевізор», «злиться тато» можуть слугувати символічними маркерами перевантаження сенсорної системи Данила і підвищену емоційну реактивність на зовнішні подразники – як типових проявів психотравми.

Особливої уваги заслуговує деталь – зображення себе в капюшоні. Цей елемент може бути інтерпретований як метафора захисної поведінки: прагнення бути невидимим, сховатися, обмежити зовнішні контакти (для дітей з порушенням уваги та поведінковими труднощами така візуальна метафора є типовим способом регуляції емоційного стану та вираження потреби в безпеці, особливо за умов дестабілізуючого середовища (наприклад, конфлікти в сім'ї чи соціальне неприйняття в колективі) або

відображенням загального психоемоційного стану хлопчика, який формується в умовах постійного стресу або загрози, що часто виявляється у дітей, які пережили травматичні події та мають знижену толерантність до соціальної чи сенсорної стимуляції.

Узагальнюючи, малюнок Данила та його коментарі до зображеного демонструють порушення емоційного фону, знижене відчуття базової безпеки, труднощі з формуванням позитивної ідентичності та соціальних зв'язків. У структурі малюнка і у відповідях Данила можна простежити сліди пережитої або триваючої психотравмувальної ситуації, що значною мірою впливає на його емоційне функціонування, сприйняття себе та світу, а також якість соціальних зв'язків.

Діагностична сесія з Мариною.

Експериментатор: «Привіт! Сьогодні ми з тобою трохи помалюємо. Я попрошу тебе намалювати, як ти бачиш себе у цьому світі. Це не контрольна і не урок – можна малювати, як хочеш: кольорово, просто, незвично. Тут немає правильного або неправильного. Давай розпочнемо?».

Марина: «Добре. А що саме малювати?».

Експериментатор: «Уяви, що світ – це великий-превеликий простір. Там є люди, природа, школа, будинок, друзі, усе, що ти знаєш. А ти – в цьому світі. Намалюй, де ти є в світі. Що або хто навколо тебе? Як ти себе відчуваєш у цьому світі?».

Марина: «А можна я себе намалюю біля мами?».

Експериментатор: «Звичайно. Малюй усе, що хочеш. Я трохи почекаю, а потім ми разом подивимось і поговоримо про твій малюнок».

(Марина малює приблизно 15 хвилин)

Експериментатор: «Розкажи, будь ласка, хто тут зображений?».

Марина: «Оце я – в червоній спідниці. А це мама. Ми тримаємось за руки. А це – наш дім. Ось дерево, а це – собака».

Експериментатор: «Ти тут поруч з мамою. Це важливо для тебе — бути з нею?».

Марина: «Так. Я з нею не боюсь. Вона добра».

Експериментатор: «А хто ще є у твоєму світі, крім мами?».

Марина: «Ну... ще моя вчителька. Але я її не малювала. І ще мій друг Андрій».

Експериментатор: «Чому ти вирішила не малювати школу чи інших дітей?».

Марина: «Бо в школі шумно... і я не завжди розумію, що треба. Я не люблю там бути довго».

Експериментатор: «А тут, на малюнку, тобі спокійно?».

Марина: «Так. Тут я вдома. З мамою. І з собакою».

Експериментатор: «А що ти відчуваєш, коли дивишся на цей малюнок?».

Марина: «Спокій. І ще радість. Бо я не одна».

Аналізуючи малюнок і відповіді дівчинки можна зробити припущення про емоційно-особистісну сферу Марини та її взаємодію з найближчим оточенням. Аналіз малюнка та вербального супроводу свідчить про те, що у сформованому образі «Я» дівчинка ототожнює себе, насамперед, із безпечним та захищеним простором, яким для неї є дім. Просторове розташування себе з рідним домом та мамою, свідчать про наявність чіткої ідентифікації з домом, який не лише знайомий, а й емоційно значущий. У даному випадку образ власного «Я» виявляється нерозривно пов'язаним із присутністю матері як ключової фігури емоційної підтримки. Саме мати виступає в уявленні Марини гарантом стабільності, турботи та прийняття, що дозволяє дитині зберігати внутрішній баланс та позитивне ставлення до себе в умовах знайомого середовища.

Сприйняття навколишнього світу дитиною здійснюється крізь призму емоційно близького оточення, яке складають мати, дім і домашня тварина. Ці елементи у малюнку мають виразні контури, що свідчить про їхню роль як джерел психологічного ресурсу. Водночас, шкільне середовище, у представленому образі світу, не відображено або залишено поза увагою дівчинки, що може бути інтерпретовано як показник тривожного або негативного сприйняття школи – як простору, що не відповідає потребі в емоційній безпеці, та, ймовірно, є джерелом стресу чи напруження. Це також може свідчити про відсутність належного рівня адаптації до умов навчання, емоційну або соціальну ізоляцію, труднощі у взаємодії з однолітками чи педагогами.

Аналіз емоційного фону, репрезентованого в малюнку, дає підстави говорити про виражену потребу дитини у безпеці, турботі та стабільності. У рамках знайомого й емоційно сприятливого середовища дівчинка демонструє ознаки позитивної самооцінки: її образ на малюнку гармонійний, відкрите положення тіла та приємні кольори можуть свідчити про комфортне самовідчуття у «своєму» середовищі. Це дозволяє припустити, що впевненість у собі має ситуативний характер і значною мірою залежить від емоційної підтримки з боку дорослого.

Водночас, у структурі емоційного сприйняття навколишньої реальності окрему увагу слід приділити можливим проявам тривожності, пов'язаним із воєнною дійсністю, зокрема – повітряними тривогами, звуками вибухів, сирен. У дитини з порушеннями інтелектуального розвитку ці явища можуть викликати виражену дезорганізацію поведінки, дратівливість, емоційне виснаження або, навпаки, знижену реактивність, яка не є свідченням спокою, а радше вказує на труднощі з усвідомленням загрози. Через особливості пізнавальної сфери така дитина часто не здатна повністю зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки, що стосуються війни, небезпеки чи правил безпеки, однак чітко фіксує реакції дорослих, зміну емоційного тону оточення або сенсорні подразники (гучні звуки, вібрації, натовпи людей). У таких випадках страх може мати дифузний характер, неусвідомлений, але постійний, що формує загальну тривожну фонованість, знижує рівень довіри до середовища, ускладнює адаптацію та здатність до концентрації. Це особливо актуально для дітей, які перебувають у стані когнітивної дезадаптації, коли будь-яке порушення звичного ритму життя переживається як деструктивне, навіть якщо дитина не може цього пояснити словами.

У плані комунікативних характеристик Марини спостерігається схильність до коротких, але змістовних відповідей, що може бути проявом стриманості у спілкуванні з незнайомим дорослим, або ж несформованістю міжособистісних стосунків. Втім, помітна потреба в емоційній підтримці під час виконання завдання: дівчинка шукає підтвердження правильності своїх дій, потребує уточнень, що є типовим для дітей з підвищеним рівнем тривожності або з нестійкою самооцінкою.

Така поведінка може також свідчити про нерозуміння суті завдання, потребі у додатковому поясненні, постійному контролю або допомозі з боку дорослих.

Нижче подано узагальнені результати за авторською методикою «Я у цьому світі» щодо чотирьох груп досліджуваних: молодші школярі та підлітки з нормотиповим розвитком і молодші школярі та підлітки з особливими освітніми потребами.

Отримані такі дані за методикою «Я і світ». У групі молодших школярів з ООП були такі: 33,3% дітей мають негативне сприйняття світу, 38,1% учнів – нейтральне і 28,6% дітей – позитивне. У групі молодших підлітків з ООП – позитивне ставлення спостерігається у 30 % дітей, нейтральне – у 35 % учнів і негативне – у 35 % дітей. Аналізуючи отримані дані за проєктивною методикою «Я і світ» можна стверджувати про істотні відмінності у сприйнятті навколишнього світу серед дітей з особливими освітніми потребами та відображають особливості їхнього емоційного досвіду, рівня психологічної безпеки й адаптаційних можливостей.

Отримані дані свідчать, що лише близько третини дітей сприймають навколишній світ як безпечний, доброзичливий і такий, що викликає позитивні емоції. Таке сприйняття, по-перше, може свідчити про те, що ці діти зазнали менш інтенсивного психотравмувального впливу або мали достатній рівень психологічної підтримки з боку сім'ї, педагогів та найближчого соціального оточення, а по-друге, у молодшому шкільному віці позитивні результати можуть частково пояснюватися віковими особливостями психічного розвитку дітей з ООП, зокрема: через недостатню сформованість абстрактного та причинно-наслідкового мислення діти не завжди повною мірою усвідомлюють масштаб небезпеки або значення травматичних подій, тому сприйняття світу значною мірою ґрунтується на безпосередньому емоційному досвіді «тут і тепер», а за наявності стабільної підтримки дорослого, навіть в умовах тривалого стресу, може зберігатися базове відчуття безпеки та довіри до світу.

Найбільшу частку в обох групах становлять діти з нейтральним сприйняттям світу (38,1% та 35%). Подібні результати можуть свідчити про неоднозначність емоційного досвіду, коли поряд із переживанням небезпеки дитина зберігає окремі

ресурси психологічної стійкості. Під час обґрунтування малюнку ці діти виявляли поєднання позитивних і негативних уявлень про навколишню дійсність, залежність емоційних реакцій від конкретної ситуації, наявність як почуття захищеності поруч із близькими людьми, так і тривоги у нових або потенційно небезпечних умовах. Водночас, нейтральне світосприйняття також може відображати дію захисних психологічних механізмів, коли дитина уникає виражених емоційних оцінок або недостатньо усвідомлює власні переживання, що особливо характерно було для дітей з порушеннями інтелектуального чи мовленнєвого розвитку.

Водночас майже третина дітей обох вікових категорій демонструють негативне сприйняття світу, що може розглядатися як один із психологічних маркерів пережитого психотравмуючого досвіду. Під час обґрунтування малюнків у відповідях дітей простежувалося домінування відчуття небезпеки, тривоги, недовіри до навколишнього середовища, очікування загрози та недостатньо сформованого базового почуття безпеки. У проєктивних малюнках це, як правило, проявлялося зображенням ізольованої фігури «Я», ворожого або порожнього простору, використанням темних кольорів, символів руйнування чи загрози, відсутністю значущих людей або добрих взаємин. Поряд з цим, частина молодших підлітків з ООП негативне сприйняття пов'язували з наслідками війни, втрати, вимушених змін життєвих умов, що підсилювало негативні оцінки власного «Я» та навколишнього світу.

Якісний аналіз результатів методики «Я і світ» засвідчив, що діти з нормотиповим розвитком також не демонструють однозначно позитивного сприйняття навколишнього світу, але детермінанти, які викликають таке світосприйняття мають інший характер, ніж у дітей з особливими освітніми потребами.

Так, діти з НР показали такі результати: молодші школярі – позитивне світосприйняття – 10,3 % дітей, нейтральне – 30,8 % учнів, негативне – 59% дітей. Підлітки з НР виявили такі результати: позитивне ставлення – 26,3%, нейтральне ставлення – 39,5%, негативне ставлення – 34,2%.

Отримані результати свідчать, що більшість дітей з НР мають негативне світосприйняття (59% і 34,2%), але ці результати мають інше психологічне підґрунтя, ніж аналогічні показники у дітей з особливими освітніми потребами і не є відображенням порушень розвитку чи недостатності адаптаційних механізмів. Аналіз обґрунтування дітьми малюнків свідчить про те, що у дітей з НР краще сформовані когнітивні процеси, насамперед аналіз, узагальнення, причинно-наслідкове мислення, здатність прогнозувати можливі наслідки подій та критично оцінювати інформацію, через що вони краще усвідомлюють реальність воєнних подій, розуміють небезпеку для власного життя та життя близьких людей. Поряд з цим, діти активно сприймають інформацію із засобів масової інформації, соціальних мереж, спілкування з дорослими, що підсилює усвідомлення загрози, тривожність щодо власної безпеки, невизначеності та тривалого перебування в умовах воєнного стану.

Особливо це простежується у молодших підлітків з НР. На відміну від молодших школярів, у цьому віці активно розвивається абстрактне мислення, рефлексія, формується власна система цінностей, моральних суджень та соціальних оцінок, тому підлітки більш глибоко осмислюють суспільні події, здатні аналізувати їхні довгострокові наслідки, співпереживати іншим людям, усвідомлювати ризики війни та власну вразливість. Водночас вони вже мають сформовані механізми емоційної регуляції та можуть краще вербалізувати власні переживання, що частково пояснює меншу частку негативного світосприйняття (34,2%) порівняно з молодшими школярами (59%) та більшу частку нейтрального і позитивного ставлення.

Позитивне світосприйняття у частини дітей з нормотиповим розвитком (10,3% молодших школярів та 26,3% молодших підлітків) можна пояснити наявністю достатніх особистісних і соціальних ресурсів. Такі діти, як правило, свідчать про стабільну підтримку сім'ї, відчуття психологічної захищеності, сформованіші навички емоційної саморегуляції. Тобто, вони могли зазнати менш інтенсивного травматичного впливу або швидше адаптуватися до нових умов завдяки сприятливому сімейному та освітньому середовищу.

Нейтральне ставлення, яке виявлено майже у третини молодших школярів і майже у 40% молодших підлітків, свідчить про відносно збережений баланс між

позитивними та негативними уявленнями про навколишній світ. Ці діти свідчать, що усвідомлюють існування небезпеки, однак не сприймають світ виключно як ворожий, у них спостерігається тривожність щодо воєнних подій і в той же час – збереження довіри до близьких людей, віри у можливість подолання труднощів, що сприяє позитивному баченню власного майбутнього.

На відміну від цього, у дітей з особливими освітніми потребами негативне або нейтральне сприйняття світу обумовлене не лише переживанням війни, а й особливостями психофізичного розвитку, зокрема, порушенням інтелекту, мовлення, емоційної регуляції, труднощами соціальної адаптації та нижчим рівнем сформованості механізмів психологічного захисту, що значно ускладнює осмислення подій, які відбуваються. Через це переживання небезпеки часто набувають масштабнішого характеру, а образ світу формується як небезпечний, непередбачуваний і не контрольований.

Підсумовуючи можна стверджувати, що хоча негативне сприйняття світу спостерігається в обох групах дітей, його психологічний зміст є різним. Так, у дітей з НР світосприйняття переважно відображає адекватне усвідомлення реальної небезпеки, страх за власне життя, та здатність критично оцінювати події навколишньої дійсності. Натомість у дітей з ООП негативний образ світу значною мірою обумовлений поєднанням психотравматичного досвіду з особливостями когнітивного, емоційного та соціального розвитку, що знижує їхні адаптаційні можливості та ускладнює відновлення відчуття психологічної безпеки (рис. 2.2.).

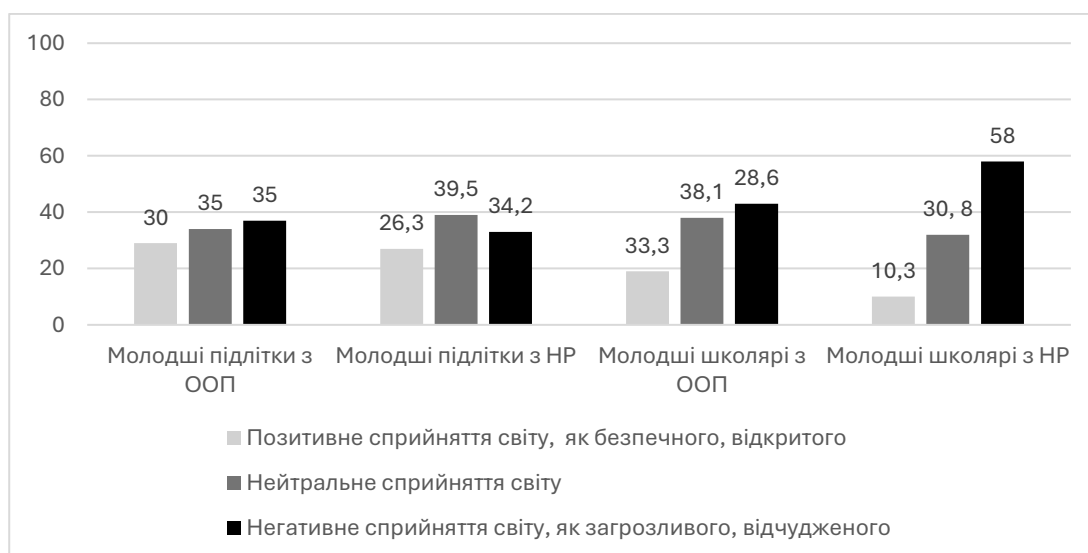


Рис 2.2. Світосприйняття дітьми з ООП та НР (у %)

Поряд з цим, було проведено детальний аналіз малюнків за означеними критеріями: образ «Я» та рівень самоідентифікації; сприйняття соціального середовища; внутрішній стан дитини (безпека/загроза, відкритість/замкненість); наявність травматичного досвіду або заниженої самооцінки; визначення ресурсів та зон ризику в психологічному функціонуванні.

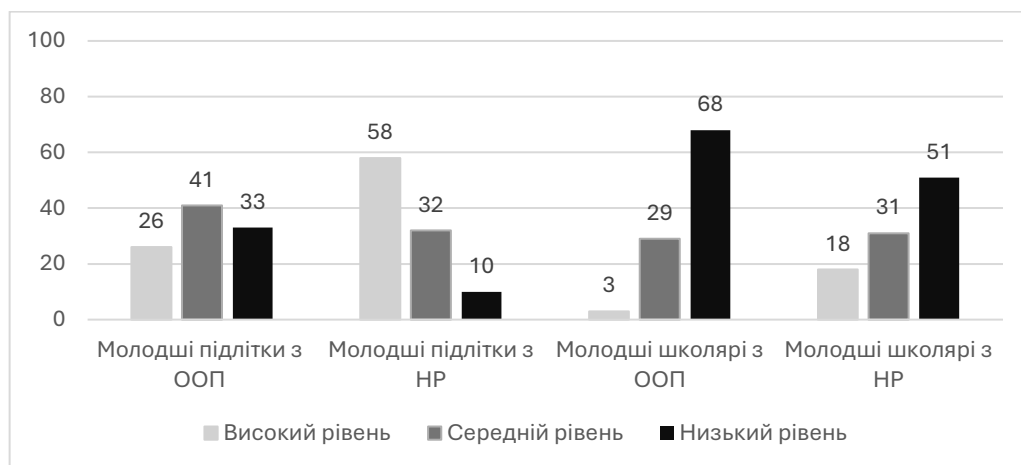


Рис. 2.3. Образ «Я» та рівень самоідентифікації у дітей з ООП та НР (у %)

Якісний аналіз даних дає змогу стверджувати, що діти з НР частіше зображають себе цілісно, з рисами індивідуальності та усвідомленням власної ролі у соціумі. У дітей з ООП часто спостерігається нечіткий образ «Я» або злиття себе з іншими (особливо з батьками), що свідчить про труднощі у формуванні самоідентичності.

Обґрунтовуючи отримані результати, щодо сприйняття соціального середовища, можна стверджувати, що у дітей з НР переважає загалом позитивне уявлення про навколишній світ або нейтральне сприйняття, що часто репрезентується через шкільне середовище, взаємодію з друзями, природу, а також активну участь у позашкільному житті. На їхніх малюнках зображено ширшу картину світу, структурований простір, присутність значущих осіб, спільну діяльність, що свідчить про сформовану здатність до соціальної інтеграції та позитивне бачення себе у контексті соціуму. Водночас, саме діти з НР частіше демонструють і підвищений рівень тривожності, особливо у віковій категорії молодших школярів, що пов'язано з тим, що вони ще не здатні у повній мірі здійснювати причинно-наслідкові зв'язки, усвідомлювати складні соціальні і політичні процеси, зокрема ситуацію війни. Втім, їм доступне розуміння потенційних загроз війни, можливих втрат, вони здатні

критично мислити, оцінювати дії дорослих, розуміти події, які відбуваються, що, своєю чергою, активізує тривожні стани, відчуття беззахисності та нестабільності. Діти підліткового віку, навпаки, здатні встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, що й формує частково негативне ставлення до світу через війну та розуміння постійної небезпеки, чим і викликані високі показники негативного світосприйняття.

На відміну від дітей з нормотиповим розвитком, діти з особливими освітніми потребами, зокрема, з порушеннями інтелекту, нерідко демонструють візуально позитивне або нейтральне уявлення про світ, яке на перший погляд може виглядати як ознака емоційного благополуччя. Втім, ці уявлення часто є наслідком обмеженого розуміння реальної ситуації, пов'язаної з війною, соціальними кризами чи небезпекою. Через особливості пізнавальної діяльності, знижену здатність до абстрагування та обмежене усвідомлення складних соціальних контекстів, такі діти не завжди розпізнають ознаки загрози у довкіллі. Крім того, батьки або інші значущі дорослі часто навмисно обмежують обсяг тривожної інформації, намагаючись захистити дитину, підтримуючи її спокій штучно сформованим безпечним середовищем. У результаті в дітей з ООП фіксується або звужене, ізольоване уявлення про світ, обмежене лише домом і близькими людьми, або поверхнево-позитивне – без глибокого розуміння ситуації. Тобто, за формальними показниками рівень тривожності в таких дітей може бути нижчим, ніж у їхніх нормотипових однолітків, але водночас відображає обмеження в когнітивному розвитку, а не реальний стан психологічної безпеки.

Високі показники негативного сприйняття світу у дітей з ООП є наслідком деформованого або обмеженого досвіду соціалізації, несформованості пізнавальних процесів, зниження комунікативних навичок, обмеженого досвіду міжособистісної взаємодії, соціального відторгнення, а також зовнішніх факторів, пов'язаних із середовищем, в якому зростає дитина, що сприяє формуванню установки на негативне, а іноді й ворожо-недовірливе ставлення до оточення. Унаслідок цього зовнішній світ сприймається як непередбачуваний, складний для розуміння або такий, що викликає тривогу і дезадаптацію. Це виявлялося у малюнках як образи

замкнених просторів, ізольованих фігур, відсутність зображення інших людей або пейзажів, що символізують соціальний простір.

Ще одним чинником є високий рівень опосередкованості досвіду через дорослих. У багатьох випадках діти з ООП отримують знання про світ не через активну участь у подіях, а через пояснення або трансляцію дорослими, що також формує пасивну модель сприйняття і знижує рівень самостійності у побудові образу світу.

У деяких випадках також важливу роль відіграє несформованість емоційно-афективної сфери. За наявності супутньої емоційної нестабільності, тривожності, страхів чи поведінкових порушень, сприйняття світу набуває спотвореного або загрозливого характеру. Особливо це було актуально для дітей, які мали досвід травматичних подій, включно з вимушеним переміщенням через війну, втрату стабільності, зміни у родині або порушення звичного способу життя.

Таким чином, диференційоване сприйняття світу дітьми з нормотиповим розвитком і дітьми з ООП зумовлене не лише емоційними, а й когнітивними чинниками, та особливостями соціального впливу.

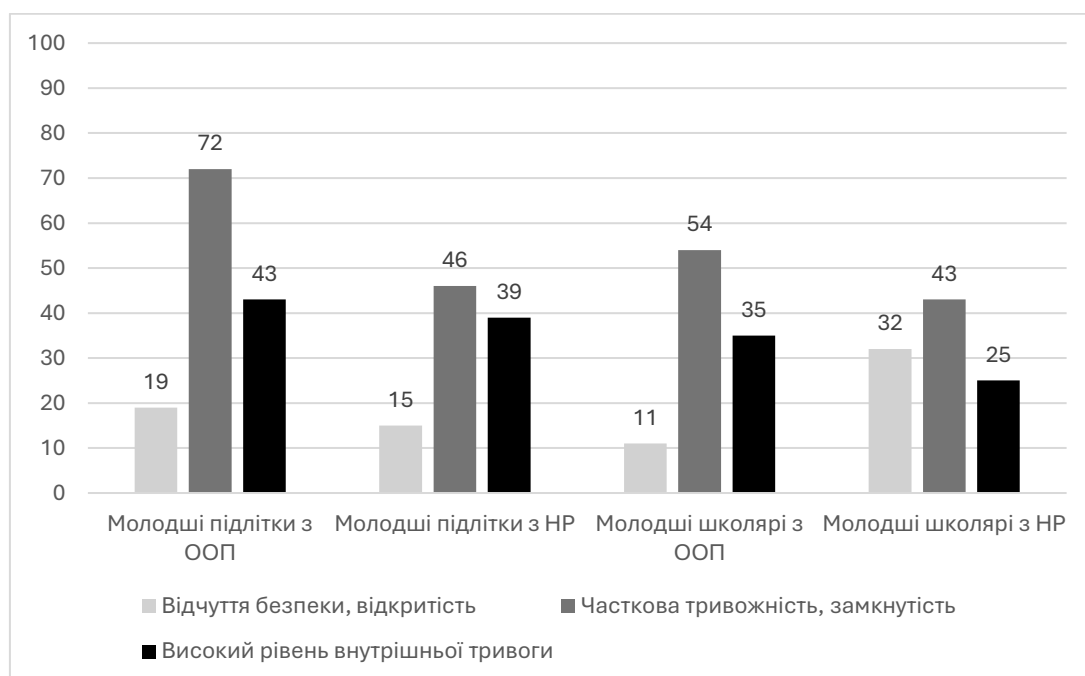


Рис 2.4. Дослідження внутрішнього стану дітей з ООП та НР (безпека / відкритість) (у %)

Аналіз результатів за критерієм вивчення внутрішнього стану дітей, зокрема, відчуття безпеки та відкритість до світу, виявлено виразні відмінності у дітей з НР і дітей з ООП, які обумовлені як індивідуальними особливостями розвитку, так і зовнішніми чинниками, зокрема впливом війни.

Серед дітей з НР відзначено варіативність у рівні відкритості, емоційної стабільності та сприйнятті небезпеки залежно від регіону проживання. Діти, які мешкали у західних регіонах України або в умовно безпечних середовищах, де загроза воєнних дій проявляється епізодично, як правило, демонстрували вищий рівень відкритості, кращу емоційну регуляцію та загалом спокійніше ставлення до стресових ситуацій. Вони частіше відображали у своїх малюнках позитивне уявлення про світ, включають елементи соціальної взаємодії, друзів, школу, природу. Такі діти зазвичай не мали стійких проявів тривожності, а їхня психоемоційна реакція на війну є адаптивною, ситуативною.

Водночас діти з НР, які тривалий час перебували/перебувають у зонах підвищеної небезпеки, демонструють вищий рівень замкненості, обмеження емоційної виразності, знижену довіру до оточення, уникнення зображення зовнішнього світу або теми соціальної взаємодії у своїх малюнках. Близько 30% таких дітей мають ознаки психотравми, які виявляються через типові маркери: підвищену тривожність, схильність до уникнення (наприклад, зображення лише себе або дому, без зовнішнього простору), використання темних кольорів, стирання чи перекреслення елементів малюнка, символи небезпеки (укриття, сирени, руйнування), а також вербальні пояснення страхів, пов'язаних із вибухами, повітряними тривогами, втратою близьких.

Щодо дітей з ООП, специфіка їхнього внутрішнього стану значною мірою зумовлена особливостями психофізичного розвитку, що істотно впливає на спосіб сприйняття дійсності. Через знижену здатність до абстрактного мислення, обмежене розуміння причинно-наслідкових зв'язків та труднощі з усвідомленням соціальних і політичних подій, діти рідко демонстрували цілісне або об'єктивне уявлення про світ. Їхнє відчуття безпеки часто залежало виключно від емоційної стабільності найближчого оточення – батьків, педагогів, асистентів. Як наслідок, діти з ООП часто

виявляли меншу реактивність на зовнішні загрози, зберігаючи у своїх роботах «зовні» позитивну картину світу (дім, родина, тварини), проте при цьому фіксується високий рівень емоційної ізоляції, замкненості у власному просторі, відсутність інших персонажів або відкритих соціальних зв'язків.

Поряд з цим, спостерігалася емоційна невиразність, ригідність у виборі образів чи символів, обмежене використання кольорів, що може свідчити про труднощі у вираженні емоцій, обробці сенсорної інформації або вторинні емоційні порушення на фоні загального недорозвитку.

У висновку можна стверджувати, що більшість дітей з ООП виявляють непрямі або прямі маркери заниженої самооцінки, емоційної ізоляції, почуття провини (стерті фігури, відсутність обличчя, темна кольорова палітра, самотнє розташування фігури дитини на малюнку тощо). Близько 50% дітей з НР також продемонстрували окремі елементи таких емоційних проявів, що може свідчити про загальний вплив стресових подій на дитячу психіку.

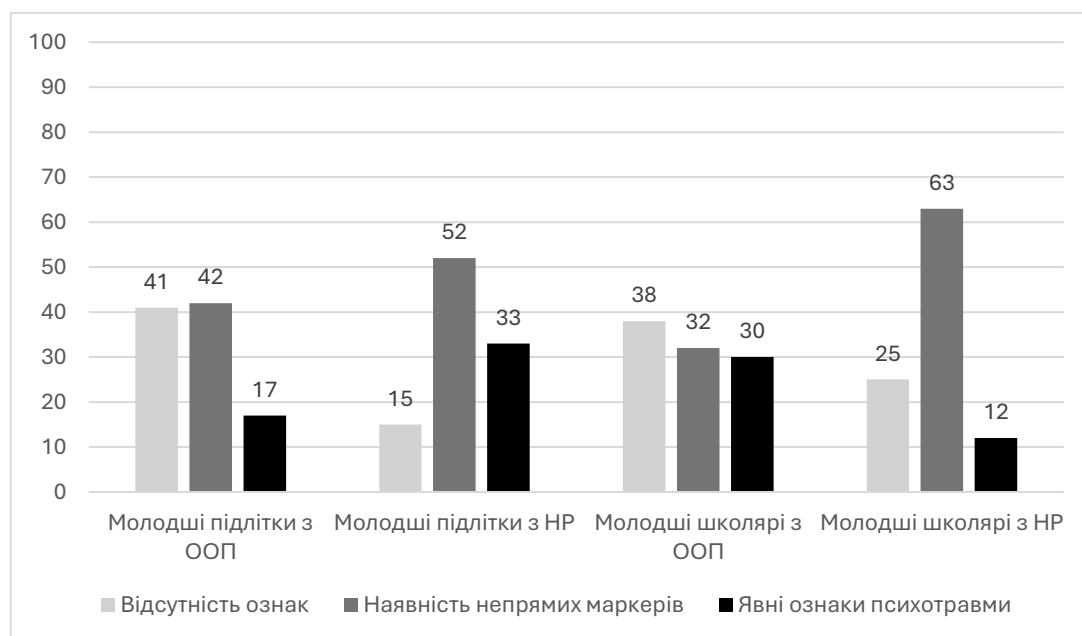


Рис 2.5. Ознаки травматичного досвіду або заниженої самооцінки у дітей з ООП та НР (у %)

За критерієм психотравматизації виявлено, що більшість дітей як з НР так і з ООП мають характерні прояви психотравми. Втім, механізми появи психотравми суттєво різняться: у дітей з НР психотравма частіше має вербально-рефлексивну

та емоційно усвідомлену форму, тоді як у дітей з ООП вона маскується під особливостями поведінки або обмеженнями когнітивної переробки інформації.

Зокрема, діти з НР здатні на рівні розуміння інтерпретувати реальні загрози, формувати причинно-наслідкові зв'язки, пов'язані з війною, відчуттям небезпеки, втратою або зміненими життєвими умовами, що дозволяє говорити про свідоме переживання психотравмуючого досвіду, яке у зовнішній поведінці проявляється через тривожність, замкненість, емоційну нестабільність, а також у малюнках – у вигляді зображень укриттів, темної гами тощо. Натомість, у дітей з ООП психотравматичні прояви мають переважно неусвідомлений або латентний характер. Через обмежений рівень психофізичного розвитку діти часто не можуть прямо ідентифікувати або описати власні емоції, страхи чи тривоги, втім ці стани проявляються у поведінці або творчій продукції (у малюнках спостерігається емоційна бідність, домінування замкненого простору (наприклад, зображення лише кімнати чи будинку), відсутність соціальних контактів, спрощена символіка або повторювані захисні образи (тварина, один дорослий, укриття). Часто психотравматичні реакції виявляються у формі поведінкових порушень – підвищеної збудливості, імпульсивності, відмови від діяльності, що часто бувають неправильно інтерпретовані як симптоматика ООП, а не як ознаки пережитої травми.

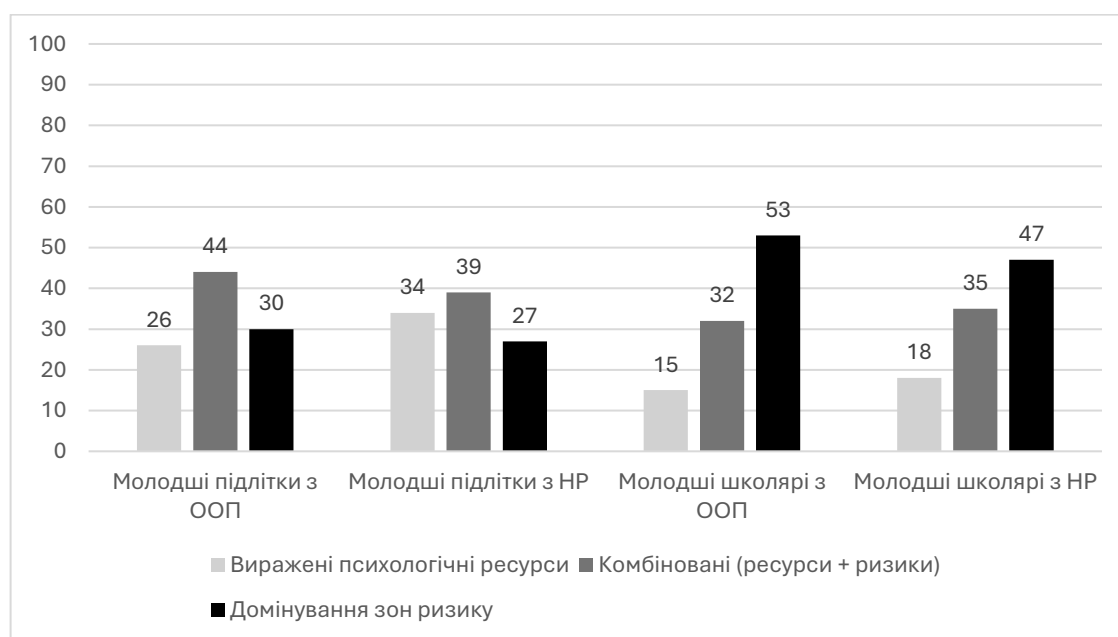


Рис 2.6. Визначення ресурсів та зон ризику у дітей з ООП та НР

Аналіз малюнків та відповідей дітей свідчать про наявність у третини дітей внутрішніх ресурсів подолання психотравми. Аналізуючи отримані дані можна стверджувати, що у молодших школярів з НР основними ресурсами є здатність до навчання, природна пізнавальна активність, а також достатній рівень соціальної пластичності, що дає змогу встановлювати контакти з однолітками та дорослими, поряд з цим, формується здатність до швидкого засвоєння соціальних норм і правил, адаптація до шкільного середовища за умови стабільного емоційного клімату. Ресурсною рисою також видається емоційна чутливість дитини, яка в умовах підтримки дорослих сприяє формуванню емпатії, почуття відповідальності та належності до колективу.

Разом з тим зонами ризику для цієї категорії є підвищена вразливість до емоційних змін, низька стресостійкість у разі порушення звичного порядку, а також сильна залежність від дорослого як фігури безпеки. До важливих ресурсів також належать шкільна мотивація, здатність до навчання, участь у позашкільному житті, що створює позитивне середовище для соціалізації.

Разом із цим, зонами ризику для цієї групи є підвищена емоційна чутливість, вразливість до оцінки з боку оточення, схильність до тривожності, формування негативної самооцінки, особливо в умовах стресу. В умовах війни до актуальних ризиків належать також переживання втрати, розлуки з близькими, часті переїзди, що можуть призводити до соціального відчуження, порушень адаптації та проявів психосоматичних реакцій.

У дітей з ООП ресурсний потенціал визначається з урахуванням типу порушень і рівня сформованості базових навчальних, комунікативних та поведінкових навичок. Серед основних ресурсів для цієї категорії можна виокремити емоційну прихильність до значущих дорослих, стабільність рутин і передбачуваність у розкладі, позитивне підкріплення, розвиток у конкретних сферах (наприклад, образотворча діяльність, музика, рухова активність). Важливим ресурсом є також здатність до наслідування, що дозволяє у структурованому середовищі формувати адаптивні моделі поведінки. Зонами ризику для школярів з ООП є нерозуміння ситуації, труднощі з розумінням абстрактних понять, інструкцій, труднощі у вербалізації власного стану (діти не

завжди можуть адекватно просити про допомогу), що ускладнює вчасне виявлення емоційного неблагополуччя. В умовах воєнної нестабільності ці ризики зростають.

Проективна методика «Малюнок сім'ї» (за В.Вольфом).

У межах дослідження психоемоційного стану дітей з особливими освітніми потребами було використано проективну діагностику за методикою «Малюнок сім'ї». Ця методика дає змогу не лише оцінити актуальний емоційний стан дитини, а й виявити потенційні ресурси або ризики в її соціальному функціонуванні.

Розглянемо результати дослідження.

Отримані результати за малюнками молодших школярів з ООП свідчать про високу емоційну залежність дітей від первинного сімейного оточення та нестійку картину родинних зв'язків. У 54,8% дітей було виявлено ознаки тривожного емоційного фону, зокрема використання темних кольорів, ізольоване розташування фігур або відсутність фізичних контактів між членами родини, у 37,5% учнів зафіксовано відсутність зображення одного з батьків (частіше батька), що може свідчити, що дитина проживає у неповній сім'ї, водночас, відсутність на малюнку батька також може свідчити про відчуття емоційної втрати, нестачі підтримки або конфліктний досвід. У 28,6% зображень діти не намалювали себе або розмістили фігуру в нижній частині аркуша, що може інтерпретуватись як індикатор низької самооцінки та несприйняття себе, емоційної ізоляції чи пережитої дезадаптації. Загалом у вибірці переважають низькі та середні сумарні показники (11-20 балів), що відображає нестійкість сімейних взаємин, підвищену тривожність та емоційну вразливість.

Молодші підлітки з ООП продемонстрували вищий рівень структурованості малюнків, втім, на більшості малюнків спостерігається виражене емоційне напруження. Так, у 47,5 % дітей спостерігаються ознаки амбівалентного ставлення до сімейної системи: одночасне зображення фігур із позитивними і негативними рисами, емоційна відстань між членами сім'ї, приховані символи агресії. У 42,5 % дітей виявлено підвищену деталізацію негативних елементів (закриті двері, похмурі кольори, відсутність посмішок), що вказує на актуальний внутрішній конфлікт або

травматичний досвід у межах родини. 25 % дітей позначали себе окремо від усієї родини або поряд лише з одним членом родини, який сприймається як безпечний, і лише 20 % підлітків намалювали себе в центрі сім'ї з ознаками позитивного емоційного зв'язку (посміхаються, тримаються за руки).

Таким чином, аналіз результатів дослідження дає змогу стверджувати, що більшість дітей з ООП мають порушену або неусталену внутрішню картину сім'ї, з проявами емоційної амбівалентності, відчуження або тривоги. У молодшому віці спостерігається значуща роль значущого дорослого, потреба у захищеності та прояви тривожної прив'язаності, а у підлітків частіше фіксується помітна схильність до диференціації ролей і внутрішньої дистанції.

На відміну від дітей з ООП, діти з НР показали такі результати.

У групі молодших школярів 74,4 % дітей зобразили себе серед інших членів родини з ознаками емоційної близькості та позитивного ставлення: фігури розташовані поруч, наявні елементи взаємодії (тримання за руки, спільна діяльність), використано теплі або яскраві кольори. У 74,4 % учнів простежується присутність обох батьків у зображенні, що відображає стабільну уяву про сім'ю та відчуття безпеки. Поряд з цим, 12,8 % дітей малювали себе відокремлено, у нижній частині аркуша або на значній відстані від інших членів, що може свідчити про ситуативні переживання тривожності або емоційну напругу. Водночас виявлено поодинокі випадки символічного виключення когось із родини (5,1 %), що пояснювалося дітьми як небажання малювати відсутнього члена родини.

Молодші підлітки з НР (78,9 % дітей) продемонстрували структуроване та логічне розташування родини з достатнім рівнем деталізації, зображенням себе серед інших та символами єдності (однакові кольори одягу, спільні дії). У 18,4 % учнів зафіксовано помірний емоційний відсторонений стиль: зображення себе на краю композиції, поруч з одним із батьків або додавання об'єктів, що символізують дистанцію (стіна, меблі, межі). Водночас, 5,3 % дітей відобразили ознаки емоційного конфлікту або внутрішньої напруги (використання темних кольорів, сумні обличчя, розірвані лінії між фігурами), що пояснювалося як «я сумував, бо тато на війні».



Рис. 2.7. Розподіл молодших школярів і молодших підлітків з ООП та НР за особливостями сприйняття сім'ї за методикою «Малюнок сім'ї» (у %)

Таким чином, аналіз отриманих результатів дає змогу стверджувати, що переважна більшість дітей з НР, на відміну від дітей з ООП, мають інтегровану й емоційно позитивну модель родинних взаємин. Малюнки відображають функціональну емоційну взаємодію, прийняття та безпеку як ключові ознаки внутрішньої картини сім'ї. Відсутність значущих ознак дезадаптації чи конфліктності у малюнках більшості учасників вказує на сформовані на достатньому рівні механізми емоційної регуляції, адекватний досвід прив'язаності та стабільну ідентифікацію з родинною системою.

Методика арт-тестування «Дім. Дерево. Я».

Методику використано з метою діагностики емоційного, когнітивного і соціального розвитку дитини через зображення трьох символічних об'єктів: дерево (емоційна та когнітивна сфера); дім (соціальна безпека та родинне середовище); Я (образ себе, самооцінка, самоприйняття). Методика дає змогу виявити особливості внутрішнього світу дитини, зокрема її емоційний стан, уявлення про себе та своє соціальне оточення, а також рівень когнітивної організованості через особливості образного мислення і композиції малюнків.

Для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку та розладами аутистичного спектра опис проведення арт-тестування за методикою «Дерево. Дім. Я» адаптовано з урахуванням особливостей сприймання, комунікації й уявлення про простір таких дітей. Для полегшення виконання завдання та зниження рівня тривожності використовувалися візуальні шаблони й структуровані підказки, які передбачали визначення простору аркуша, вибір образів та визначення свого вибору у вираженні емоційного змісту.

Наприклад, при виконанні завдання «Намалюй своє ДЕРЕВО» дитина з РАС отримувала порожній аркуш із друкованим написом-завдання: *«Намалюй дерево – таке, яке ти уявляєш. Яке воно? Велике чи маленьке? З листям чи без? Яке на малюнку небо?»*. У кутку аркуша був розміщений приклад схематичного дерева (просте зображення з корінням і гілками), що дозволяло дитині зорієнтуватися у формі та структурі. У нижній частині аркуша були піктограми емоцій (   ) , з яких дитина могла обрати той настрій, який, на її думку, відповідає її дереву. Такий підхід стимулював активну залученість і дозволяв дітям з низьким рівнем вербалізації передати емоційний стан через візуальні коди.

Наприклад, для дітей з порушеннями інтелекту, завдання «Намалюй свій ДІМ» також супроводжувалося покроковою інструкцією у простій формі: *«Намалюй дім. Уяви, що це місце, де ти живеш або хочеш жити. Який він? Хто в ньому живе?»*. Для кращої візуалізації пропонувалося дітям використовувати опорні елементи, на кшталт, зображення будинку з вікнами, дверима, димарем, а також додаткові візуальні символи (квіти, паркан, сонце, дерева), які можна було домалювати або наклеїти. Це допомагало дітям з порушеннями інтелектуального розвитку активізувати власні уявлення про безпечний простір і родинне середовище, навіть за умов обмежених уявлень або зниженого рівня абстракції.

Застосування таких адаптованих візуальних шаблонів і піктограм використовувалося з метою якісної діагностики, поряд з цим, підвищувало рівень самовираження дітей та забезпечувало більшу точність інтерпретації результатів, що

особливо важливо в роботі з дітьми, які мають порушення абстрактно-символічного мислення, емоційної вербалізації чи сенсорною чутливістю.

Інтерпретація: емоційна та когнітивна сфера (вираженість емоцій, наявність структури дерева, кольорові маркери, деталізація); соціальна безпека та мікросоціум (цілісність образу дому, присутність родини, візуальні атрибути безпеки); образ «Я» (присутність і розміщення себе, самоприйняття, самооцінка, розмір фігури).

Аналіз результатів за методикою «Дерево. Дім. Я» свідчить про суттєві міжгрупові відмінності в емоційному, когнітивному та соціальному розвитку дітей з нормотиповим розвитком і дітей з особливими освітніми потребами. У групі дітей з нормотиповим розвитком значно виражені критерії за означеними сферами. Малюнки цієї групи дітей характеризуються гармонійнішою структурою, чіткістю самопозиціонування, наявністю теплих соціальних зв'язків, стабільнішим емоційним фоном та когнітивною організованістю, що дає змогу зробити висновок про сформованість внутрішнього уявлення про себе як суб'єкта взаємодії в соціумі, емоційну стабільність, позитивну самооцінку та достатній рівень соціальної адаптації.

У протизага цьому, результати дітей з особливими освітніми потребами виявилися значно нижчими за всіма трьома критеріями. Спостерігається зниження рівня сформованості позитивного образу «Я», що виявляється у відсутності зображення себе, зменшених розмірах фігури дитини або ізольованому її розташуванню, соціально-сімейних зображеннях зафіксовано фрагментарність, емоційну дистанцію або символи напруги (відсутність фізичного контакту, темна кольорова гама, порушення пропорцій фігур тощо), що може свідчити про труднощі соціальної взаємодії, емоційної регуляції та порушення відчуття безпеки.

Додатково, у частини дітей як з ООП так і з НР простежено візуальні маркери підвищеної тривожності та пережитої психотравми. Зокрема, виявлено схильність до використання темних або приглушених кольорів, зображення ізольованих або деформованих об'єктів, а також часткову або повну відсутність членів сім'ї на малюнках. Такі характеристики, у поєднанні з даними інтерпретаційного інтерв'ю,

можуть свідчити про емоційне виснаження, пережитий травматичний досвід та знижену доступність ресурсної підтримки з боку соціального оточення.

Розглянемо отриманні результати.

Молодші школярі з ООП (57,1 % дітей) виявили ознаки емоційної напруги у зображенні дерева (дерево містило не всі елементи, асиметричність й ін.), 38 % дітей виявили низький рівень сприйняття себе як частини соціуму та занижену самооцінку. Діти з порушеннями емоційної і когнітивної сфери (з РАС, РДУГ) в більшості, зображували темні кольори, асиметричність, відсутність крони або коріння, зламані або пусті гілки, у інших – дітей дерево було зображене маленьким, ізольованим або деформованим, що свідчить про тривожність, емоційну нестабільність, дефіцит підтримки та відчуття незахищеності. Діти з порушеннями інтелекту зображували дерево схематично, із простими елементами, часто без крони або з надмірно укрупненим стовбуром, що свідчить про обмежені можливості у когнітивній репрезентації об'єктів, спрощене символічне мислення та слабку вираженість емоційного компоненту.

У малюнках будинку виявлено ознаки порушеного почуття безпеки у всіх дітей з ООП: 47,6 % дітей зобразили дім без дверей або вікон, із закритою структурою, відсутністю атрибутів життя (дим, світло, дерева поруч), часто малюнки містили ознаки примітивізації (відсутність деталей, однаковий розмір елементів, непропорційність), що асоціюється з пережитим досвідом емоційної ізоляції, тривожністю і відсутністю доступу до ресурсного середовища.

Образ «Я» у 38 % дітей мав фрагментарний або схематичний характер, із відсутністю міміки, рук, ніг або розміщення внизу аркуша, що вказує на труднощі в самоідентифікації, занижену самооцінку і тривожний емоційний фон через отриману психотравму. 45, 2% дітей зображували себе у формі елементарної фігури з мінімальними деталями або без емоційних ознак, що свідчить про недостатнє формування Я-концепції, знижену самоідентифікацію та труднощі у вираженні емоційного стану.

У групі молодших підлітків з ООП результати також свідчать про наявність дезадаптивних переживань. Так, 52,5 % підлітків дерево зобразили з різким

кольоровим контрастом між частинами дерева, ламаними гілками, надмірною деталізацією стовбура, відсутністю зелені тощо, що вказує на внутрішній конфлікт або емоційну напругу. У 42,5 % дітей образ будинку був перенасичений охоронними символами (огорожі, замки, ґрати), що вказує на порушене базове відчуття безпеки у сімейному і соціальному середовищі, водночас частина дітей малювали дім як «порожній простір» - лише контури або коробку без внутрішнього змісту, що може бути маркером відсутності глибокого досвіду переживання сімейної взаємодії або формального ставлення до соціального середовища, або дім був зображений занадто великий або з нереалістичними пропорціями, що може свідчити про компенсаторні фантазії й потребу в захисті.

Зображення себе у 50 % дітей мали слабку емоційну виразність та ознаки заниженого самосприйняття, схематичності, ізоляції на аркуші (зображення без обличчя, без рук, без міміки або в нижній частині аркуша), що свідчить про знижений рівень рефлексії, труднощі з ідентифікацією емоцій та занижену самооцінку, або навпаки – гіперболізованості, що інтерпретується як маркер порушеної самоідентичності та нестабільної самооцінки.

Таким чином, результати арт-тестування «Дерево. Дім. Я» демонструють, що у більшості дітей з ООП, незалежно від вікової групи, простежуються труднощі у сфері емоційної саморегуляції, самоідентифікації, переживання безпеки та соціальної стабільності. Молодші школярі частіше виявляють образи беззахисності, залежності та регресивні символи, тоді як підлітки – когнітивно оформлену тривогу, амбівалентність у ставленні до себе й середовища.

Діти з нормотиповим розвитком (85 % випадків) на малюнках виявили позитивний емоційний тон, збалансовану композицію та гармонійну структуру з достатнім рівнем деталізації. 78 % дітей зображення фігури «Я» розміщено в центрі або в близькому до центру положенні, що вказувало на адекватний рівень самооцінки та впевненості в собі. У 81% учасників дерево мало чітко зображену крону, стовбур і коріння, що може свідчити про адекватні емоційні реакції, структуроване мислення та сформованість базових уявлень про себе. 76% дітей зображували дім як стабільне,

захищене місце, з присутністю родини та символами безпеки (вікна, двері, дах, стежка, сонце тощо).

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що діти з нормотиповим розвитком демонструють більш цілісні, емоційно позитивні та соціально інтегровані образи за всіма трьома символічними компонентами методики. У дітей з ООП спостерігаються ознаки емоційної нестабільності, труднощі в самопозиціюванні, зниження когнітивної структури образів і часткова дезорганізація просторового компонента.

Метод «Спостереження дитини у природному середовищі» (адаптований варіант).

Метод дає змогу здійснити цілісне спостереження за дитиною без втручання у її діяльність, з фокусом на реальні моделі поведінки в контексті міжособистісних контактів, зміни умов, новизни та стресових стимулів. Особлива увага надається дезадаптивним реакціям, на кшталт, уникнення, замикання, імпульсивність, гіперзбудження, а також тілесно зумовленим проявам тривожності.

Дана методика дає змогу діагностувати особливості психоемоційного функціонування дитини у звичних умовах взаємодії з оточенням.

Основними критеріями виступили:

- адаптивність до середовища: здатність дитини орієнтуватися в просторових і соціальних умовах, виконувати інструкції, дотримуватися правил, реагувати на зміни ситуації без дезорганізації поведінки;
- соціальна взаємодія: характер контактів з ровесниками та дорослими, ініціативність у спілкуванні, залучення до спільної діяльності, здатність до конструктивної взаємодії, наявність або відсутність соціальної ізоляції;
- реакції на стрес і новизну: виявлення поведінкових та емоційних реакцій на несподівані ситуації або конфлікти, час і тривалість реакції, здатність до саморегуляції, а також наявність маркерів психотравматизації.

Спостереження проводилося у типових для дитини середовищах: *освітньому* (уроки, групова діяльність), *позанавчальному* (гра, перерва, прийом їжі) та

соціальному (взаємодія з ровесниками й дорослими). Оцінювання здійснювалося у балах 0 – 4.

Інтерпретація:

0 балів – різко виражене порушення. Дитина не орієнтується в середовищі, не виконує інструкцій, не реагує на соціальні або просторові зміни, поведінка дезорганізована. В соціальній взаємодії відсутня ініціатива, контакти з ровесниками й дорослими або відсутні, або мають деструктивний характер. У ситуаціях новизни або стресу спостерігається різка поведінкова або емоційна дезадаптація, відсутні механізми саморегуляції. Виявляються виражені маркери психотравми.

1 бал – виражене порушення. Дитина частково орієнтується в ситуації, проте значною мірою залежить від дорослого, не здатна самостійно виконувати інструкції, новизна або зміни викликають страх або уникнення. Соціальна взаємодія обмежена, ініціатива слабка, є емоційна настороженість або соціальне уникнення. Стресові ситуації провокують тілоцентровану або регресивну поведінку, наявні непрямі ознаки психотравматизації.

2 бали – частково збережене функціонування / помірні порушення. Дитина орієнтується в знайомих умовах, виконує інструкції за підтримки, здатна дотримуватись правил, але у нових ситуаціях проявляє напруження, знижену гнучкість або гіперреакції. Має потенціал до соціальної взаємодії, але потребує емоційного підкріплення, спостерігається обережність у контактах. Реакція на стрес контрольована, але нестійка; присутні короткотривалі прояви тривоги або замикання.

3 бали – загалом збережене функціонування. Дитина вільно орієнтується в більшості ситуацій, виконує інструкції, виявляє адаптивну поведінку в умовах змін. Активно вступає у взаємодію з ровесниками та дорослими, ініціативна в спільній діяльності, здатна до співпраці. Стрес викликає короткочасну емоційну реакцію, однак дитина швидко відновлює контроль і повертається до діяльності. Ознак психотравми не виявлено або вони не впливають на поведінку.

4 бали – норма / високий рівень функціонування. Дитина повністю адаптована до середовища, демонструє самостійність, гнучкість, ініціативу, легко пристосовується до нових ситуацій. Соціальна взаємодія активна, конструктивна,

емоційно комфортна. У ситуаціях стресу зберігає самоконтроль, здатна до саморегуляції без зовнішньої підтримки. Відсутні будь-які ознаки психотравматизації.

Приклад діагностичної сесії за методом «Спостереження дитини у природному середовищі», з включенням реплік експериментатора та відповідей дитини.

Формат: індивідуальне заняття в інклюзивному класі, учень: Андрій Н. – 9 років, особливості: РДУГ, підвищена тривожність. Форма спостереження: включене спостереження з елементами діалогу.

Початок заняття: (08:30).

Ситуація: вчителька заходить до класу й оголошує тему уроку.

Експериментатор (спостерігає): Андрій сидить окремо від основної групи, обирає стілець ближче до дверей, тримає руки в кишенях. *Поведінка Андрія:* нервово поглядає навколо, переступає з ноги на ногу, не розпочинає виконання завдання одразу.

Запитання експериментатора (пошепки): «Андрій, хочеш сісти ближче до мене чи залишишся тут?».

Андрій (пошепки): «Я тут... щоб якщо щось – піти...».

Середина заняття (08:50).

Ситуація: вчитель просить дітей придумати слово, яке буде вказувати на ту чи іншу пору року. У класі шум, хтось сміється.

Експериментатор (спостерігає): дитина закриває вуха, знижується до парти.

Експериментатор: «Що сталося? Дуже голосно?».

Андрій (знизивши голос): «Коли сміються – це як стріляють... мені не хочеться бути тут...».

Коментар: спостерігається реакція уникнення та тілесна дезорганізація при сенсорному навантаженні.

Групова діяльність (09:10).

Ситуація: учні працюють у парах. Андрію запропонували працювати з однокласницею.

Поведінка: перші 30 секунд мовчить, потім обережно коментує: «Я можу слово придумати, тільки ти не смійся...».

Спостереження: виявляє бажання взаємодіяти, але супроводжується високим рівнем напруги та тривожності.

Реакція на новизну (09:20).

Ситуація: на уроці з'являється нова асистентка вчителя. Вона підходить до дітей з питанням.

Поведінка дитини: завмирає, не відповідає, падає на підлогу, щільніше обіймає себе руками.

Експериментатор (через 1 хвилину): «Все гаразд? Хочеш вийти на хвилинку?».

Андрій (пошепки): «Я не знаю хто це. Я не хочу, щоб вона була тут...».

Кінець заняття (09:30).

Ситуація: підведення підсумків, оцінювання. Дитина не піднімає руку.

Експериментатор: «Що найбільше сподобалось сьогодні?».

Андрій: «Те, що ти мене не питав перед усіма...».

Узагальнені результати спостереження. Адаптивність хлопчика є частково збереженою: він орієнтується у просторі, володіє базовим розумінням правил поведінки та вимог з боку дорослого. Поведінка не є дезорганізованою у звичних умовах, що вказує на наявність сформованих адаптаційних механізмів, втім моделі адаптивної поведінки недостатньо сформовані. Нові ситуації або зміни в середовищі (наприклад, нові завдання, незнайомі люди, порушення звичного розпорядку) провокує гіперреакцію, яка може проявлятися у вигляді тривожності, рухового збудження або часткової дезорганізації діяльності. За шкалою оцінювання рівень адаптивності дитини становить 3 бала, що вказує на збереження базових навичок, але з наявністю окремих порушень у нових або нестандартних ситуаціях.

У сфері соціальної взаємодії спостерігається обмежена ініціатива з боку дитини. Хоча виявляється прагнення до встановлення контакту з дорослими або однолітками, ці спроби мають несистемний, фрагментарний характер і супроводжуються високим рівнем тривожності. У взаємодії дитина часто проявляє настороженість, занижену самооцінку, спостерігається поведінка уникнення, яка

може мати як захисний характер, так і бути наслідком попереднього досвіду неприйняття. Здатність до ініціативної соціальної поведінки суттєво знижена, що оцінюється на рівні 2 бала, із переважанням пасивно-залежного стилю взаємодії, що потребує значної підтримки з боку дорослого для активної взаємодії.

У реакції на стрес фіксуються типові механізми уникнення та замикання. У разі сенсорного або емоційного перевантаження (гучні звуки, зміна емоційного клімату) дитина демонструє тілоцентровану поведінку, яка характеризується скутістю, закриття обличчя руками, уникнення зорового контакту, а також іншими проявами тілесного самозахисту. Такі реакції є неадаптивними, оскільки не сприяють подоланню стресової ситуації, а лише відображають внутрішню напругу та бажання «відключитися» від подразника. Ці реакції оцінені на рівні 2 балів, що свідчить про низький рівень стресостійкості та потребу у створенні безпечного, передбачуваного середовища з чіткою структурою і зниженою сенсорною насиченістю.

Наявність маркерів психотравматизації підтверджується як у вербальних висловлюваннях дитини, так і у невербальній поведінці. У ході спостереження були зафіксовані згадки про страх, специфічні асоціації – наприклад, порівняння сміху з «звуками стрілянини», що свідчить про закріплення сенсорних вражень із негативним досвідом. У поведінці хлопчик демонструє уникнення зорового контакту, знижене бажання включатися в активну взаємодію, скуту тілесну позицію, що характерно для стану психологічної напруги, пов'язаної з відчуттям загрози.

Сесія спостереження в умовах вільної гри (гра на перерві).

Умови: ігрова кімната школи, група з 5 дітей, серед них дитина з ООП (Марк, 8 років, особливості: характерні особливості для аутистичного або тривожного розладу з елементами соціальної ізоляції). Діти самостійно грають у конструктор. Експериментатор перебуває поруч, не втручаючись, але веде спостереження та час від часу задає короткі запитання, не нав'язуючи контакт.

Початок сесії (0-5 хвилин).

Спостереження. Марк стоїть осторонь, не бере участі у грі, дивиться на інших. Тіло напружене, руки у кишенях. Погляд не зосереджений.

Експериментатор: «Марку, ти хочеш побудувати щось із конструктора?».

Марк (плечима знизує, мовчить, киває трохи).

Експериментатор (після 30 секунд): «А з ким тобі подобається грати найбільше?».

Марк: «З Дімою, бо він не сміється».

Середина сесії (6-10 хвилин).

Спостереження. Марк повільно підходить до конструктора, бере кілька деталей, сідає поруч. Не дивиться в очі іншим дітям. Один із хлопців (Артем) каже: «Не лізь, ми вже граємось!». Марк різко відкидає деталі, знову відходить.

Експериментатор (спокійним голосом): «Марку, а що ти відчув, коли це почув?».

Марк: «Я не хочу більше тут бути. Я піду?».

Експериментатор: «Тобі стало сумно чи злякався?».

Марк (пошепки): «Я не люблю, коли кричать. У бабусі тихо».

Кінець сесії (11-15 хвилин).

Спостереження. Марк повернувся на лавку, дістає з кишені гудзик і крутить його. Ізоляція, не вступає у гру більше. Після того, як один з дітей запропонував гратися разом, Марк лишився на місці, нічого не відповів.

Експериментатор (через 2 хвилини): «А якщо ти будеш будувати щось сам, що би це було?».

Марк: «Печера. Там нікого нема».

Аналіз результатів після сесії. Зафіксовано особливості адаптивності, соціальної взаємодії та реакцій на стрес у дитини, які свідчать про знижений рівень соціально-емоційної включеності в соціальне мікросередовище.

У площині адаптивності до мікросередовища спостерігається низький рівень самостійної ініціативи: Марк не проявляє активних спроб долучитися до спільної діяльності, уникає участі в групових формах роботи. У ситуаціях міжособистісного конфлікту відзначається емоційна нестабільність – швидке зниження емоційного тону, що призводить до уникнення активності.

Щодо соціальної взаємодії, комунікація з однолітками та дорослими носить мінімальний спонтанний характер, здебільшого ініціюється лише за потреби або у

присутності «безпечної фігури» (особи, з якою дитина має сформований емоційний зв'язок та почувається захищеною). При цьому простежувалося емоційне відчуження – відсутність вираженого інтересу до соціального обміну та обмежена демонстрація емоцій у міжособистісних контактах.

У реакції на стрес домінують поведінкові моделі уникнення: дитина зменшувала інтенсивність взаємодії, обмежувала рухову та мовленнєву активність, а також демонструвала ознаки «емоційного уникнення» – зниження емоційної виразності та переключення уваги на внутрішні відчуття. Було зафіксовано тілесно зумовлені форми самозаспокоєння, зокрема монотонне кручення гудзика, що може виступати маркером внутрішньої напруги та потреби у сенсорній регуляції.

Такі показники вказують на ймовірні труднощі у сфері соціально-емоційної адаптації та низьку толерантність до нових або конфліктних ситуацій.

Спостереження у груповій діяльності (спільна настільна гра). Умови: кімната дозвілля, група з 5 дітей (5–8 років), серед них дитина з ООП (Софія, 6 років, особливості: тривожність, уникнення прямого зорового контакту, вибіркова комунікація). Діти обирають настільну гру «Пекельні кошенята».

Експериментатор спостерігає, час від часу ставить запитання, не порушуючи природний перебіг гри.

Початок сесії (5 хвилин).

Спостереження. Софія сидить на краю столу, руки складені на колінах, погляд спрямований вниз. Інші діти активно обговорюють правила гри. Софія час від часу озирається на експериментатора.

Експериментатор: «Софіє, ти хочеш зіграти з усіма?».

Софія: (тихо) «Не знаю...».

Експериментатор: «Можеш обрати будь-яку картку, яка тобі подобається, і почати».

Софія: (посміхається куточком губ) «Можна почекати?».

Середина сесії (6-10 хвилин).

Спостереження. Діти пропонують Софії зробити хід. Вона тягнеться картки, але, коли один з хлопців нетерпляче каже: «Давай швидше!», швидко відсуває руку.

Експериментатор: «Що сталося, Софіє?».

Софія: «Я не хочу, боюся взяти «гарячу карту» ...».

Експериментатор: «А якщо й візьмеш її – це теж частина гри. Що б ти хотіла з нею зробити?».

Софія: «Викинути...».

Кінець сесії (11-15 хвилин).

Спостереження. Софія спостерігає за грою, іноді цікавиться їхніми картами. Один із гравців пропонує зробити хід разом. Софія погоджується, обережно витягує карту, але не дивиться на неї. Після вдалого ходу посміхається й ненадовго дивиться на хлопчика, який їй допоміг.

Експериментатор: «Як ти себе зараз відчуваєш?».

Софія: «Трохи весело...»

Аналіз результатів після сесії. У сфері адаптивності до мікросередовища зафіксовано низький рівень власної ініціативи, але є позитивна динаміка включення за умови підтримки ровесників чи дорослого та відсутності тиску. Софія демонструє обережність у виконанні завдань і намагається уникати ситуацій, які можуть призвести до помилки (її діяльність оцінюється в 3 бали).

Підсумовуючи можна стверджувати, що в контексті соціальної взаємодії, початковий контакт з ровесниками мінімальний і має вибіркового характеру, втім, при позитивному підкріпленні від однолітків з'являються елементи емоційного залучення (посмішка, короткий зоровий контакт, вербальні заохочення інших). У стресових ситуаціях Софія схильна до часткового уникнення (відмова від ходу, фізичне відсторонення), але за умови емоційної підтримки поступово повертається до діяльності. Ознаки тривожності проявляються у нерішучих рухах, тихому голосі та відсутності прямого зорового контакту, однак компенсуються бажанням зберегти позитивну атмосферу в групі.

Спостереження у побутовій діяльності (приготування чаю разом із бабусею).

Умови: домашнє середовище, кухня, присутні бабуся та дитина з ООП (Артем, 7 років, особливості: уникнення соціальних контактів, прив'язаність до значущого дорослого).

Експериментатор спостерігає, не втручаючись у звичну взаємодію, іноді ставить уточнювальні запитання.

Початок сесії (0-5 хвилин).

Спостереження. Артем сидить за столом, дивиться, як бабуся дістає чайник і чашки. Погляд зосереджений на її рухах. Бабуся: «Артеме, подай мені ложку?».

Артем: (одразу встає, бере ложку, кладе на стіл, але нічого не каже).

Експериментатор: «Артеме, що бабуся робить зараз?»

Артем: «Вона готує чай»

Середина сесії (6-10 хвилин).

Спостереження. Бабуся пропонує Артему насипати цукор. Він робить це дуже повільно, уважно стежачи, щоб не пролити. Бабуся усміхається: «Молодець, ти акуратно робиш». Артем дивиться на неї, але не відповідає.

Експериментатор: «А як ти думаєш, чому бабуся каже, що ти молодець?»

Артем: «Бо я не розсипав. Вона не любить, коли брудно».

Далі Артем сам бере печиво й кладе біля чашок, не чекаючи вказівок.

Кінець сесії (11-15 хвилин).

Спостереження. Поки чай заварюється, Артем сідає поруч з бабусею, нахиляється до неї, торкається її руки. Бабуся запитує: «Що ти хочеш ще приготувати?».

Артем: «Нічого... Я просто хочу, щоб ти сиділа тут».

Під час чаювання Артем спокійний, іноді дивиться у вікно, але коли бабуся щось розповідає, повертає голову й уважно слухає її.

Аналіз результатів після сесії. У сфері адаптивності до соціального середовища Артем проявляє високу готовність до взаємодії з добре знайомим і значущим дорослим (його адаптивність оцінюємо в 4 бали). Спостерігається стабільний емоційний стан у звичному побутовому контексті, самостійне виконання інструкцій та ініціатива у дрібних діях (взяв печиво без прохання).

Аналізуючи можемо свідчити, що соціальна взаємодія, комунікація з бабусею носить функціональний і частково емоційний характер. Артем реагує на позитивне підкріплення, підтримує невербальний контакт (жести, дотики), хоча вербальна

активність залишається обмеженою. Стресових реакцій чи ознак уникнення, напруги не виявлено, що вказує на роль «безпечної фігури» у формуванні емоційної стабільності. Тобто, це підтверджує важливість використання підтримки близьких дорослих як бази для поступового розширення соціальних контактів у нових мікросередовищах.

Таблиця 2.15.

Порівняльні результати спостереження дітей з ООП і дітей з НР

Критерій	Показник	Діти з ООП (%)	Діти з НР (%)
Адаптивність до середовища	Труднощі у дотриманні інструкцій та правил	59%	13%
	Виражена тривожність при зміні умов	62%	12%
	Ознаки дезадаптації (плаксивість, гіперзбудження)	48%	8%
	Просторова орієнтація без допомоги (молодші школярі)	26%	91%
	Просторова орієнтація без допомоги (молодші підлітки)	34%	94%
Соціальна взаємодія	Ініціатива у спілкуванні з ровесниками	29%	79%
	Участь у спільній діяльності	41%	82%
	Надмірна залежність від дорослого	53%	6%
	Вияв емоційної відстороненості, замкненості	38%	9%
Реакції на стрес і новизну	Миттєва дезорганізація (тілесні реакції)	47%	5%
	Імпульсивні реакції (агресія, плач)	35%	14%
	Реакція триває понад 5 хвилин	41% (підлітки), 39% (школярі)	3%

	Самостійне відновлення після конфлікту	22%	91%
--	--	-----	-----

Узагальнюючи отримані дані за цією методикою можна стверджувати, що за критерієм адаптивність до середовища понад 50% дітей з ООП (і молодших школярів і молодших підлітків) демонстрували труднощі у дотриманні інструкцій та правил, близько 60% учнів мали виражену тривожність при зміні умов або появі нових стимулів (особливо діти з вираженим гіперактивним розладом чи аутистичними проявами), половина опитаних проявляли ознаки дезадаптації у вигляді плаксивості, гіперзбудження або емоційного завмирання.

На відміну від дітей з ООП, понад 80% дітей з НР (і молодших школярів і молодших підлітків) дотримувалися правил поведінки та орієнтувалися у просторових умовах без труднощів. Ознаки дезадаптації спостерігалися лише у 8 % учнів, тривожні реакції на новизну виявлено у 12 % дітей, переважно у перші хвилини адаптації до нових ситуацій. Тобто, діти з ООП мали значно нижчий рівень адаптивності, з частими ознаками тривоги, дезадаптації та сенсорного перенавантаження.

За критерієм соціальна взаємодія близько 30 % дітей з ООП продемонстрували ініціативу у спілкуванні з ровесниками, та близько 40 % учнів брали участь у спільній діяльності, здебільшого за умов підтримки дорослого. До 50 % респондентів проявляли надмірну залежність від присутності дорослого, близько 40 % дітей демонстрували поведінкові прояви відстороненості або замкненості.

У порівнянні, понад 75 % дітей з НР активно взаємодіяли з ровесниками без зовнішнього стимулювання. У 80 % дітей спостерігалася ініціативна участь у групових формах діяльності і лише 9 % учнів демонстрували епізодичну пасивність у спілкуванні.

За критерієм реакції на стресові ситуації та конфлікти у понад 45 % дітей з ООП при стресових подіях (різкий звук, конфлікт) зафіксовано миттєву реакцію уникнення або тілесної дезорганізації (гойдання, закривання вух, падання на підлогу), понад 35 % респондентів демонстрували імпульсивні спалахи агресії або плач. Варто додати,

що у близько 45 % молодших підлітків та 40 % молодших школярів із ООП реакції тривали понад 5 хвилин і потребували втручання дорослого для стабілізації. У дітей з НР такі реакції виявлено у 14 % дітей, втім, ці реакції були короткочасними (до 1 хвилини), з подальшим самостійним відновленням. У 5% дітей спостерігалася тенденція до уникнення, але без тілесної дезорганізації.

Таким чином, аналіз спостережень дає змогу стверджувати, що діти з НР демонструють вищий рівень адаптації, соціальної інтеграції та емоційної саморегуляції. Натомість діти з ООП характеризуються високою варіативністю поведінкових реакцій, частими ознаками сенсорної чутливості, труднощами у соціальній взаємодії та реактивною поведінкою у відповідь на стресові ситуації.

Спостереження за дітьми з ООП в умовах позаурочного середовища засвідчило наявність виражених ознак емоційної нестабільності та психотравматичних реакцій. Діти часто демонстрували підвищену сенсорну чутливість, труднощі з адаптацією до новизни та знижений рівень соціальної ініціативи. Водночас спостерігається збережене бажання до безпечної взаємодії за умов прийняття, ненасильницького запрошення до контакту та відсутності зовнішнього тиску. Реакції уникнення, тілоцентрована поведінка, завмирання при стресових стимулах (гучний сміх, нова людина в класі) були інтерпретовані як маркери наявного психотравматичного досвіду. Варто підкреслити, що важливою особливістю є здатність до часткової саморегуляції за умови присутності безпечного дорослого.

Узагальнюючи результати можна стверджувати, що у дітей з ООП молодшого шкільного віку найчастіше спостерігалися такі особливості: знижений рівень емоційної саморегуляції, емоційна нестабільність, імпульсивність, труднощі у встановленні соціальних контактів, підвищена вразливість до змін середовища та нових соціальних вимог. Частина дітей проявляла агресивні або захисні поведінкові реакції на фрустраційні ситуації. При цьому більшість мали недостатньо сформовані механізми подолання стресу та обмежений досвід позитивної соціальної взаємодії. Психоемоційна адаптація часто ускладнювалась низькою самооцінкою та відсутністю стійких ресурсних стратегій.

У дітей з ООП молодшого підліткового віку вираженими були ознаки емоційного відчуження, відмови від ініціативи, зниження мотивації до соціальної активності. У поведінці простежувались елементи самозамикання, соціального уникнення, а в окремих випадках – симптоми підвищеної тривожності або латентної агресії. Підлітки частіше, ніж молодші школярі, демонстрували усвідомлене ставлення до своєї ізольованості, що посилювало емоційне напруження та ускладнювало їх соціалізацію.

У дітей із нормотиповим розвитком обох вікових категорій психоемоційний фон був відносно стабільним. Більшість молодших школярів, як правило, виявляли адекватну поведінкову реакцію на стрес, володіли базовими навичками емоційної саморегуляції та схильністю до співпраці. Молодші підлітки демонстрували більш розвинені механізми рефлексії, гнучкість у вирішенні соціальних ситуацій, а також здатність використовувати зовнішню підтримку (родину, друзів, педагогів) як ресурс подолання труднощів і тривоги.

Поряд з цим, аналіз маркерів психотравми засвідчив, що діти з ООП мають нижчий базовий рівень психологічної стійкості до психотравмувальних подій. Така вразливість зумовлена не лише впливом самої кризової ситуації – війни, але й особливими потребами дітей, які відзначаються як в інтелектуальному, так і в особистісному розвитку. Для цих дітей характерною є вираженіша залежність від зовнішніх умов без достатньої внутрішньої опори, що проявлялося у зниженій здатності до самостійного подолання емоційного напруження, підвищеній чутливості до змін у середовищі та потребі у структурованій підтримці. Втім, при наявності підтримуючого середовища та індивідуальної допомоги, такі діти були здатні демонструвати позитивну динаміку у формуванні адаптивних стратегій, що сприяло поступовому підвищенню їхньої резильєнтності. Діти з НР виявили більш високий рівень спонтанної резильєнтності, тобто здатність до конструктивного подолання фрустрації, збереження довіри до оточення та емоційної рівноваги після стресових впливів. У них частіше проявлялася гнучкість поведінкових реакцій, відбувалося скоріше відновлення когнітивних реакцій та соціальної активності, навіть за умов психотравми.

Отже, підсумовуючи отримані результати можна свідчити про низьку символічну продуктивність, обмеженість емоційної експресії та спрощене сприйняття соціального середовища у дітей з ООП. Такі діти частіше демонструють фізичну скутість, неадаптивні форми поведінки, виражені труднощі у візуалізації емоційного змісту, простежується стереотипність, емоційна редукція та слабка соціальна інтегрованість. Поряд з цим, діти з ООП виявляють вищу вразливість до психотравматичного досвіду, рівень їхньої резильєнтності є змінним і залежить від системної підтримки з боку освітнього середовища, родини та спеціалістів.

2.3. Типологія психотравматичних проявів у дітей молодшого шкільного та підліткового віку з особливими освітніми потребами

На основі результатів констатуючого дослідження було виділено 4 типи психотравматичних проявів у дітей з ООП в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах. Характеристики психотравматичних проявів визначено і узагальнено на основі отриманих даних за всіма методиками констатувального дослідження (табл. 2.16).

Типи психотравматичних проявів.

1. *Адаптивно-компенсований тип (низький рівень психотравматичних проявів).* У дітей, які відносяться до цього типу, на емоційному рівні відзначається помірна тривожність, легка напруженість, епізодична тривожність. Зміни у когнітивній сфері незначні і можуть виявлятися у короткочасному зниженні концентрації уваги, незначних труднощах у запам'ятовуванні. В поведінці спостерігається часткове уникнення подразників, які нагадують про кризову подію, зміни в режимі сну чи вподобань в харчуванні. Соціальна адаптація збережена, такі діти підтримують контакти з однолітками, здатні взаємодіяти з дорослими, адаптація у колективі не порушена.

2. *Адаптивно-реактивний тип (середній рівень психотравматичних проявів).* У дітей, які відносяться до цього типу, наявні емоційні прояви, на кшталт, підвищеної тривожності, помітної дратівливості, частих перепадів настрою, епізодичного емоційного оніміння. Когнітивні зміни стосуються помітних труднощів

у концентрації уваги, уповільнення мислення, поодиноких нав'язливих спогадів. Поведінка таких дітей характеризується помірним уникненням ситуацій, які нагадують про травмуючу подію, порушенням сну, «частковим випаданням» з адекватних моделей поведінки, зниженням мотивації до звичних занять, інтересів. Соціально діти частково обмежують спілкування, в основному з незнайомими особами, іноді демонструють конфліктність в мікросоціумі, але зберігають основні соціальні навички й дотримуються визначених правил поведінки.

3. *Афективно-тривожний тип (вище від середнього рівня психотравматичних проявів).* У дітей, які відносяться до цього типу, на емоційному рівні спостерігається стійка тривожність, періоди депресивного настрою, часті афективні вибухи або повне емоційне оніміння. На когнітивному рівні спостерігаються стійкі труднощі уваги, значне зниження пам'яті, регулярні нав'язливі спогади та спотворене сприйняття реальності з перебільшеним відчуттям небезпеки. В поведінці домінує уникнення стимулів чи спогадів, які нагадують про травмуючу ситуацію, виражені регресивні патерни, порушення сну та харчування. У соціумі такі діти помітно ізольовані, уникають групових взаємодій, проявляють недовіру до дорослих і однолітків.

4. *Афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравматичних проявів).* У дітей, які відносяться до цього типу, в емоційному плані спостерігаються інтенсивні і тривалі стани страху, жаху, глибокої безпорадності та відчаю, які супроводжуються депресивними симптомами й агресивними афективними спалахами. У когнітивній сфері наявні стійкі дисфункції уваги і пам'яті, нав'язливі флешбеки, дезорієнтація в часі та просторі, виражені когнітивні спотворення щодо небезпеки та довіри. Виражені поведінкові патерни уникнення будь-яких нагадувань про травму, тяжкі регресивні реакції (дитина відступає на більш ранню стадію розвитку, безпечнішу та приємнішу, з використанням незрілих моделей у спробі впоратися зі стресом), ризиковані або саморуйнівні вчинки, тяжкі порушення сну. В звичному мікросоціумі спостерігається повна або майже повна соціальна ізоляція, розрив міжособистісних контактів, стійка ворожість чи байдужість до оточення, глибокі труднощі в адаптації.

Згідно розробленої типології було з'ясовано особливості прояву психотравми у дітей з ООП та НР в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах.

Таблиця 2.16.

Узагальнені характеристики типів психотравматичних проявів у емоційній, когнітивній, поведінковій та соціальній сферах

Тип вираженості психотравми	Емоційна сфера	Когнітивна сфера	Поведінкова сфера	Соціальна сфера
1. Адаптивно-компенсований	Легка тривожність, епізодичний смуток, помірна напруженість	Короткочасне зниження концентрації, легкі труднощі запам'ятовування	Тимчасові зміни у сні чи харчуванні, незначне уникання подразників	Соціальні контакти збережені, адаптація у колективі не порушена
2. Адаптивно-реактивний	Підвищена тривожність, дратівливість, перепади настрою, емоційне оніміння (епізодично)	Помітні труднощі уваги, уповільнене мислення, поодинокі нав'язливі спогади	Помірне уникання ситуацій, порушення сну, зниження інтересу до ігор/навчання	Часткове обмеження спілкування, іноді конфліктність, основні соціальні навички збережені
3. Афективно-тривожний	Стійка тривога, періоди депресії, афективні вибухи або емоційне оніміння	Стійкі труднощі уваги, значне зниження пам'яті, регулярні флешбеки, спотворене сприйняття небезпеки	Виражене уникання, регресивні реакції, суттєві порушення сну/харчування	Помітна ізоляція, уникання групових взаємодій, недовіра до дорослих і дітей
4. Афективно-стресовий	Інтенсивний страх, жах, безпорадність, депресія,	Стійкі дисфункції уваги/пам'яті, часті	Тотальне уникання, тяжкі регресивні реакції, ризиковані/саморуйн	Майже повна соціальна ізоляція,

	агресивні спалахи	флешбеки, дезорієнтація, глибокі когнітивні спотворення	івні вчинки, тяжкі порушення сну	розрив контактів, ворожість, байдужість, глибока дезадаптація
--	-------------------	---	----------------------------------	---

Оцінка здійснювалася за кожним критерієм: емоційний стан (тривожність, настрій, афективні вибухи); когнітивні зміни (концентрація уваги, пам'ять, нав'язливі спогади); поведінкові прояви (уникнення, регресія, порушення сну); соціальна адаптація (спілкування, взаємодія з однолітками та дорослими).

Таблиця 2.17.

Шкала оцінювання психотравматичних проявів у дітей

Тип прояву	Бали	Значимість бала
1. Адаптивно-компенсований тип	1	Дитина демонструє помірну тривожність, легку напруженість, епізодичний смуток. Когнітивні зміни незначні, соціальна адаптація збережена. Реакція на травму мінімальна, дитина здатна самостійно адаптуватися до звичних умов життя.
2. Адаптивно-реактивний тип	2	Дитина має явні емоційні прояви (тривожність, дратівливість, перепади настрою), помітні труднощі з концентрацією уваги, часткове уникнення ситуацій, пов'язаних з травмою. Соціальна адаптація частково збережена, але є обмеження у спілкуванні.
3. Афективно-тривожний тип	3	Дитина відчуває стійку тривожність, депресивний настрій, часті афективні вибухи. Когнітивні порушення (пам'ять, увага) та поведінкові зміни (уникнення, регресія) виражені значно. Соціальна ізоляція та недовіра до оточення. Потребує психологічної підтримки.
4. Афективно-стресовий тип	4	Дитина переживає інтенсивний страх, відчай, агресію, важкі порушення сну та харчування. Когнітивні дисфункції (флешбеки, дезорієнтація), соціальна ізоляція, ризиковані вчинки. Потребує термінового психологічного втручання та підтримки.

Типи реакції визначалися таким чином: якщо більшість симптомів відповідають першому типу, присвоюється 1 бал; якщо більшість симптомів відповідають другому типу, присвоюється 2 бали; якщо більшість симптомів відповідають третьому типу, присвоюється 3 бали; якщо більшість симптомів відповідають четвертому типу, присвоюється 4 бали.

Інтерпретація результатів: 1 бал – дитина адаптувалася до стресової ситуації, потреби у спеціальній допомозі немає; 2 бали – дитина потребує спостереження та можливої психологічної підтримки для покращення адаптації; 3 бали – дитина потребує професійної психологічної допомоги для подолання тривожності та відновлення соціальних навичок; 4 бали – дитина потребує термінового втручання фахівців (психолога, психотерапевта) для запобігання погіршенню стану та розвитку важчих порушень.

Приклад оцінювання. Якщо дитина демонструє: стійку тривожність, часткові порушення сну, обмеження у спілкуванні з незнайомими, помітні труднощі з концентрацією уваги, то її реакція відповідає адаптивно-реактивному типу (2 бали).

Розглянемо отримані результати щодо вияву психотравми у дітей з НР та з ООП емоційній, когнітивній, поведінковій, соціальній сферах за чотирма рівнями вираженості психотравматичних реакцій.

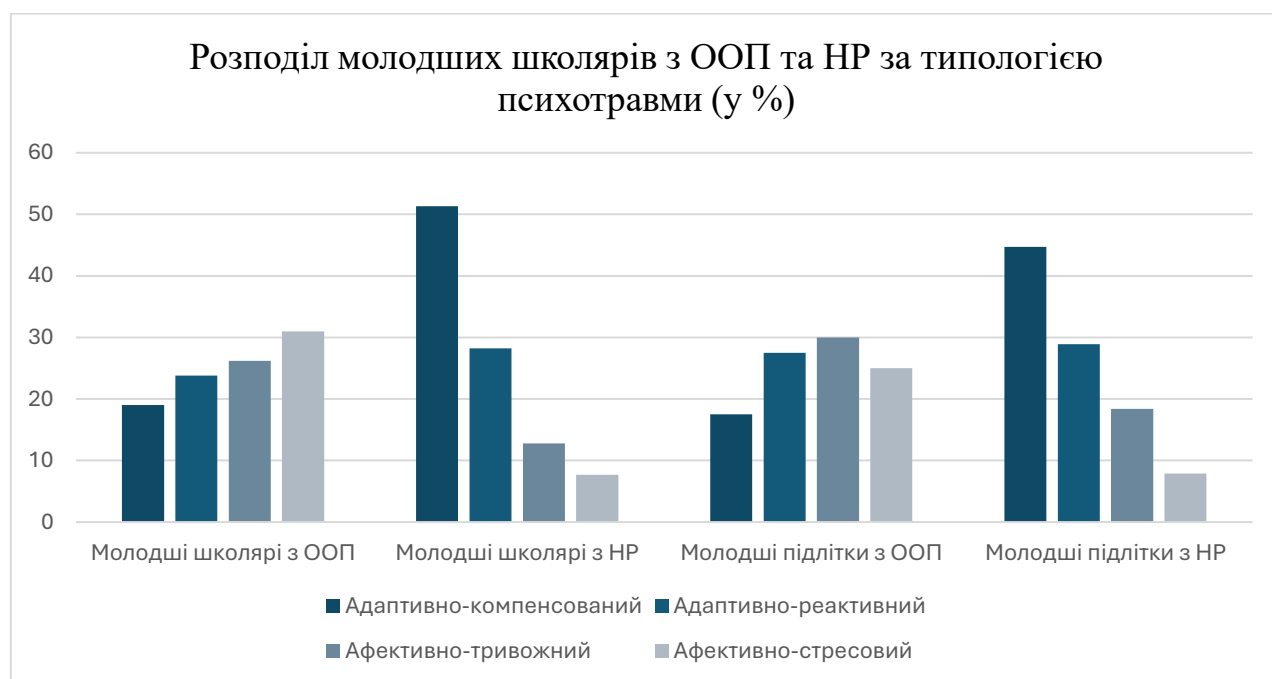


Рис. 2.8. Розподіл дітей з ООП і НР за типологією психотравми

Аналіз психотравматичних проявів у молодших школярів дає змогу чітко простежити відмінності між дітьми з нормотиповим розвитком і дітьми з особливими освітніми потребами.

Так, у дітей з НР домінує *адаптивно-компенсований тип* вияву психотравматичних проявів (понад 50% дітей). Якісний аналіз отриманих результатів

свідчить про відносно високу спонтанну резильєнтність таких дітей, тобто здатність відновлювати емоційний та когнітивний баланс після стресових впливів без значних тривалих порушень. Тобто, у молодших школярів з НР сформовано певний досвід емоційної регуляції стану, діти розуміють причинно-наслідкові зв'язки, мають стабільний досвід соціальної взаємодії з однолітками і дорослими, що дозволяє їм швидше адаптуватися до змінених умов та долати кризові переживання через гру, навчання та комунікацію.

На відміну від них, у дітей з ООП спостерігається приблизно рівний розподіл за всіма типами, коливання у декілька балів, втім на відміну від молодших школярів з НР, показники *афективно-тривожного та афективно-стресового типів*, у двічі вищі.

Отримані дані дітей з ООП можна інтерпретувати таким чином: низький базовий рівень стресостійкості, що ускладнює формування ефективних механізмів подолання тривоги й страху; когнітивні труднощі (пов'язані з увагою, пам'яттю, мисленням) роблять дітей більш вразливими до повторних травматичних переживань, оскільки інформація не завжди адекватно осмислюється і диференціюється; комунікативні обмеження (брак навичок соціальної взаємодії та труднощі у вираженні власних емоцій) посилюють схильність до ізоляції, страху й уникнення; залежність від підтримуючого середовища (родини, педагогів, фахівців), тому в нових ситуаціях чи нестабільності в мікросоціумі, ризики формування значніших психотравматичних наслідків істотно зростають.

Отже, у дітей з НР переважає здатність до швидшої емоційної компенсації та повернення до стабільного функціонування, тоді як у дітей з ООП більш ймовірний розвиток хронічних форм психотравматичних проявів, що вимагає спеціальної психолого-педагогічної підтримки та створення безпечного середовища, спрямованого на профілактику дезадаптації.

Аналізуючи отримані результати можна стверджувати, що у молодших підлітків з НР простежується деякі відмінності у розподілі дітей до належності того чи іншого типу, порівняно з молодшими школярами, оскільки вікові особливості цього періоду зумовлюють інтенсивніші емоційні переживання, більшу когнітивну

складність у переробці стресових подій, підвищену залежність від сприймання інформації з різних типів соціальної комунікації. Було з'ясовано, що у молодших підлітків домінуючим залишається адаптивно-компенсований тип реакцій, однак його частка знижується приблизно до 44,7% випадків. Поряд з цим, зростає кількість адаптивно-реактивних проявів, які виявляють 28,9 % дітей, що пов'язано із загостренням підліткової чутливості, підвищеною емоційною реактивністю та характерними для цього віку перепадами настрою. Афективно-тривожний тип фіксується у 18,4 % випадків, тоді як афективно-стресовий залишається відносно низьким і становить 7,9 %. дітей Це свідчить про те, що більшість підлітків з НР зберігають достатній рівень резильєнтності, хоча у них уже більш чітко виражені схильності до тривожних та реактивних форм реагування, що пояснюється особливостями вікової соціалізації та формуванням ідентичності в умовах військових дій.

У молодших підлітків з ООП отримані дані дещо інші. Так, близько 25 % дітей демонструють адаптивно-компенсований тип, тоді як адаптивно-реактивний охоплює приблизно 27,5 % дітей. Натомість, спостерігається стабільне число частки афективно-тривожного типу, який становить 30 % випадків, та афективно-стресового типу – до 17,5 % дітей. Якісний аналіз отриманих даних, дає змогу стверджувати, що підлітки з ООП стикаються з додатковими когнітивними, емоційними та соціальними бар'єрами, відчувають значні труднощі в обробці інформації та прогнозуванні наслідків власних дій, мають обмежені можливості для вербалізації емоцій і конструктивного подолання внутрішньої напруги. У результаті вони більш схильні до формування стійкої тривожності, емоційної ізоляції, порушень у поведінковій сфері, що ускладнює їхню адаптацію як в мікро- так і в макро- середовищі.

Отже, аналіз отриманих показників свідчить, що у підлітків з НР зберігається перевага адаптивних форм психотравматичних проявів, хоча й з помітною тенденцією до зростання реактивних та тривожних проявів.

Натомість у молодших підлітків з особливими ООП розподіл типів психотравматичних проявів є відносно рівномірним, без вираженого домінування будь-якого окремого типу. Такий характер розподілу зумовлений не лише

особливостями психофізичного розвитку дітей, а й впливом умов їхнього проживання та рівня безпеки регіону. Зокрема, молодші підлітки з ООП, які проживають у відносно безпечних регіонах України (переважно західних областях), частіше демонструють адаптивно-компенсований та адаптивно-реактивний типи вияву психотравматичних реакцій, що свідчить про кращі можливості психологічної адаптації та ефективніше використання наявних ресурсів підтримки. Водночас у дітей, які проживають у східних регіонах або перебувають у районах, що зазнали безпосереднього впливу бойових дій чи систематичних обстрілів, значно частіше виявляються афективно-тривожний та афективно-стресовий типи реакцій. Тобто ці діти мають інтенсивніші вияви психотравмувального досвіду, вони триваліший час перебували у ситуації хронічного стресу, порушення базового відчуття безпеки, що супроводжується високим рівнем емоційного виснаження.

Таким чином, тяжкість психотравматичних проявів у дітей з ООП зумовлено комплексною взаємодією індивідуальних особливостей розвитку та соціально-психологічних чинників, серед яких важливе місце посідають умови проживання, безпекова ситуація та доступність підтримувального середовища.

Для підтвердження отриманих даних, було застосовано статистичну обробку кількісних результатів.

На першому етапі статистичної обробки результатів застосовано методи описової (дескриптивної) статистики, які дали змогу узагальнити отримані емпіричні дані та обґрунтувати особливості розподілу психотравматичних проявів у дітей з ООП та НР, що в свою чергу дозволило відобразити ступінь вираженості психотравматичних проявів та здійснити первинну характеристику вибірки перед проведенням порівняльного статистичного аналізу (додаток К).

Таким чином, середній показник психотравматичних проявів у молодших школярів з ООП становить $2,31 \pm 1,06$ (середній бал $\pm$ SD), що відповідає переважанню адаптивно-реактивного типу реагування із тенденцією до афективно-тривожних проявів.

У молодших підлітків з ООП середній бал є дещо вищим – $2,45 \pm 1,08$, що свідчить про посилення емоційної напруги та збільшення частки дітей з афективно-тривожними проявами.

У дітей з НР середні показники значно нижчі. Так, у молодших школярів – середній бал $\pm SD = 1,67 \pm 0,91$, а у молодших підлітків $-1,87 \pm 1,01$, що свідчить про переважання адаптивно-компенсованих форм реагування та достатній рівень психологічної адаптації навіть за наявності стресових чинників.

Найвищий середній показник отримано у молодших підлітків з ООП ($M=2,45$), що може бути пов'язано з поєднанням двох факторів: особливостями розвитку емоційної сфери, підвищенням тривожності та усвідомленням наслідків війни. Варто відзначити, що у молодших школярів з ООП також простежується високий рівень психотравматичних реакцій ($M=2,31$), втім частина дітей ще не повністю усвідомлює зміст травматичних подій через вікові та індивідуальні особливості розвитку.

Середній показник психотравматичних проявів у молодших школярів з НР становить $1,67 \pm 0,91$ (середній бал $\pm SD$), а у молодших підлітків з НР – $1,87 \pm 1,01$, що дає змогу стверджувати, що у групах дітей з НР переважають адаптивно-компенсовані типи, що свідчить про сформованість моделей емоційної саморегуляції, механізмів психологічного захисту та вищий рівень соціально-психологічної адаптації.

Отже, серед дітей з ООП значно частіше спостерігаються афективно-тривожний та афективно-стресовий типи проявів, що вказує на підвищений ризик розвитку дезадаптивних психоемоційних станів та потребу у постійній психологічній підтримці.

Для визначення статистично значущих відмінностей щодо розподілу типів психотравматичних проявів між дітьми з ООП та НР двох вікових категорій (молодші школярі та молодші підлітки) було застосовано метод перевірки статистичних гіпотез χ^2 Пірсона.

Таким чином, за результатами критерію χ^2 Пірсона встановлено статистично значущі відмінності між молодшими школярами з особливими освітніми потребами та їхніми однолітками з нормотиповим розвитком щодо розподілу типів

психотравматичних проявів ($\chi^2 = 8,43$; $df = 3$; $p \approx 0,038$). Отримане значення χ^2 перевищує критичне ($\chi^2_{кр} = 7,815$ при $p < 0,05$), що дає підстави стверджувати про наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами. У нашому випадку $p \approx 0,038$ означає, що ймовірність отримати такі відмінності між подібними групами випадково становить приблизно 3,8 %. Оскільки: $0,038 < 0,05$, то результат вважається статистично значущим, тобто можна зробити висновок, що між групами, існують реальні відмінності, а не випадкові.

Отже, обґрунтовуючи отримані статистичні дані можна стверджувати, що у дітей з ООП значно частіше спостерігаються більш виражені психотравматичні прояви (афективно-тривожний та афективно-стресовий типи), тоді як у дітей з НР переважають адаптивно-компенсований та адаптивно-реактивний типи. Поряд з цим, варто зауважити, що наявність особливих освітніх потреб є додатковим чинником уразливості до психотравматичних наслідків війни, оскільки обмежені адаптаційні можливості, особливості емоційної регуляції та труднощі соціальної адаптації ускладнюють процес подолання стресу.

Водночас статистично значущих відмінностей між молодшими підлітками з ООП та їхніми однолітками з НР за розподілом типів психотравматичних реакцій не виявлено ($\chi^2 = 5,84$; $df = 3$; $p = 0,12$). Отримане значення $p = 0,12$ перевищує прийнятий рівень статистичної значущості $p < 0,05$, що дає підстави стверджувати, що виявлені відмінності у частотному розподілі типів психотравматичних реакцій між групами не є статистично значущими, що може бути зумовлено малою вибіркою (40 молодших підлітків з ООП та 38 молодших підлітків з НР) і потребує підтвердження на більшій вибірці. Крім того, у підлітків обох категорій спостерігається подібна закономірність: і в групі ООП, і в групі НР присутні всі чотири типи психотравматичних проявів, а пропорції між ними досить подібні, тому ці розподіли було протрактовано як близькі.

Для перевірки відмінностей у розподілі типів психотравматичних проявів між молодшими школярами та молодшими підлітками з особливими освітніми потребами застосовано критерій χ^2 Пірсона. Встановлено значення $\chi^2 = 0,58$ при $df = 3$ та $p = 0,90$. Оскільки отримане значення $p > 0,05$, статистично значущих вікових відмінностей

між молодшими школярами та молодшими підлітками з ООП за розподілом типів психотравматичних проявів не виявлено.

Аналогічний аналіз проведено серед дітей з нормотиповим розвитком. Значення критерію χ^2 Пірсона становило 0,87 при $df = 3$ та $p = 0,83$. Оскільки $p > 0,05$, статистично значущих вікових відмінностей між молодшими школярами та молодшими підлітками з нормотиповим розвитком за розподілом типів психотравматичних проявів також не виявлено.

Таблиця 2.18.

Узагальнені результати щодо відмінностей у розподілі типів психотравматичних проявів між молодшими школярами з ООП та їхніми однолітками з НР

Порівняння	χ^2	df	p	Висновок
Молодші школярі: ООП – НР	8,43	3	0,038	Є статистично значущі відмінності
Молодші підлітки: ООП – НР	5,84	3	0,120	Відмінності незначущі
Молодші школярі – молодші підлітки (ООП)	0,58	3	0,900	Відмінності незначущі
Молодші школярі – молодші підлітки (НР)	0,87	3	0,830	Відмінності незначущі

Підсумовуючи отримані статистичні дані, можна стверджувати, що статистично значущі відмінності у розподілі типів психотравматичних проявів виявлено лише між молодшими школярами з особливими освітніми потребами та їхніми однолітками з нормотиповим розвитком ($\chi^2=8,43$; $p=0,038$). Тобто можна свідчити, що вже у молодшому шкільному віці наявність особливих освітніх потреб асоціюється з більшою поширеністю виражених психотравматичних проявів.

У групі молодших підлітків різниця між дітьми з ООП та їхніми однолітками з НР досягла лише граничного рівня статистичної значущості, що свідчить про відносну подібність кількісного розподілу типів психотравматичних реакцій. Водночас, це не означає тотожності психологічного змісту цих реакцій. Адже, незважаючи на різницю у 10-15% у кількісних показниках, механізми формування психотравматичних переживань у дітей досліджуваних груп є різними.

Як було з'ясовано, у молодших підлітків з ООП детермінантами психотравматичних проявів виступають нашарування наслідків травматичного досвіду та особливостей психофізичного розвитку, зокрема, недостатня сформованість когнітивних процесів (аналізу, узагальнення, прогнозування, рефлексії), труднощі емоційної регуляції, обмежений репертуар копінг-стратегій, знижена здатність до вербалізації власних переживань і низький рівень психологічної резильєнтності, що ускладнює осмислення травматичних подій та їх конструктивне опрацювання. Саме тому навіть відносно незначні стресові впливи можуть спричиняти більш тривалі та стійкі емоційно-поведінкові порушення.

Натомість у молодших підлітків з НР показники окремих психотравматичних реакцій різняться в декілька відсотків, що пов'язано, насамперед, з вищим рівнем когнітивного розвитку. Діти з НР краще усвідомлюють реальну небезпеку воєнних подій, здатні прогнозувати можливі наслідки, співвідносити власний досвід з суспільними подіями, їм доступні різні форми соціального спілкування щодо інформації про втрати, руйнування чи загрозу життю близьких, тому переживання цієї інформації сприймається значно глибше, що супроводжується посиленням стресу та тривоги. Водночас достатній рівень функціонування когнітивних процесів, вміння здійснювати рефлексію та ширший спектр стратегій психологічного подолання дозволяють їм ефективніше адаптуватися до психотравмуючих обставин і поступово відновлювати емоційну рівновагу.

Отже, близькі кількісні показники не свідчать про однаковий характер психотравматичних проявів у дітей з ООП та НР. Якщо у дітей з особливими освітніми потребами психотравматичні прояви переважно пов'язані з недостатньою сформованістю когнітивної та емоційно-вольової сфер, що обмежує можливості осмислення й конструктивного подолання травматичного досвіду, то у дітей з нормотиповим розвитком вони значною мірою зумовлені усвідомленням реальної небезпеки, здатністю до прогнозування наслідків подій і глибшим переживанням загрози власному життю та життю близьких.

Таким чином, отримані дані мають як теоретичне значення (підтвердження різного типу вияву психотравматичних проявів дітей з ООП і НР), так і практичне –

обґрунтовують потребу у створенні програми подолання психотравми у дітей вже з початкової школи, щоб запобігти формуванню хронічних афективно-стресових реакцій у підлітковому періоді.

Висновки до другого розділу

У процесі теоретичного й емпіричного дослідження було підтверджено, що психотравмуючі події мають глибокий і різновекторний вплив на психіку дитини, що особливо відчутно проявляється у дітей з особливими освітніми потребами. Їхня підвищена вразливість пояснюється поєднанням специфіки психофізичного розвитку з низкою соціально-психологічних чинників, зокрема обмеженим комунікативним досвідом, несформованістю когнітивної, емоційної сфер, труднощами самовираження, низькою стресостійкістю та високим рівнем залежності від дорослих.

Прибічники медико-психологічного підходу розглядають психотравму як наслідок надмірного психоемоційного чи фізіологічного стресу, що чинить деструктивний вплив на центральну нервову систему. У межах психолого-педагогічного підходу психотравма була осмислена як розлад, що одночасно порушує емоційну рівновагу, психофізіологічні процеси та соціальну ситуацію розвитку дитини. В контексті соціально-екологічного підходу окреслюється можливість аналізу впливу мікросередовища дитини, включаючи родину, школу й найближчих дорослих, а також міжінституційних взаємозв'язків на мезорівні. Послідовники травмоцентричного підходу акцентують увагу на багатовимірному характері психотравми, яка охоплює тілесний, когнітивний та емоційний рівні функціонування. Інтегративний – обґрунтовує цілісний аналіз розвитку дитини, де когнітивні, емоційні, поведінкові, соматичні й комунікативні аспекти тісно взаємопов'язані.

У результаті теоретичного обґрунтування було виокремлено чотири основні сфери, у яких проявляються посттравматичні зміни у дітей з особливими освітніми потребами: емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну. До критеріїв оцінки було віднесено: емоційні реакції, когнітивні трансформації, поведінкові патерни і адекватність соціальної взаємодії.

У ході емпіричного дослідження було з'ясовано, що більшість молодших школярів з ООП мають нестабільний емоційний стан із частими проявами тривожності, підвищеної сенсорної чутливості та труднощами саморегуляції. У поведінковій сфері домінують стратегії уникнення, звуження контактів та відстороненість, що свідчить про обмеженість конструктивних механізмів подолання стресу. Серед типових маркерів психотравматизації було зафіксовано нічні страхи, уникнення шумових подразників, вербальні та невербальні згадки про лякаючі ситуації.

Дослідження молодших підлітків з ООП виявило подібні закономірності, зокрема нестабільність емоційного стану, високу чутливість до сенсорних подразників, очікування загрози та страх залишитися без підтримки. У поведінковій сфері домінували реакції уникнення, соціальне звуження, відмова від діалогу у стресових умовах, а також несвідомі захисні реакції у вигляді емоційного завмирання чи ігнорування зовнішніх запитів. Маркери психотравматизації виявлено у більшості підлітків, зокрема, часті згадки про тривожні голоси, нічні страхи, уникання шкільного середовища, що асоціюється з травматичним досвідом.

При порівнянні результатів дітей з ООП та їхніх ровесників з НР було виявлено істотні відмінності. Так, у дітей з НР спостерігається вища спонтанна резильєнтність, здатність до конструктивного подолання фрустрацій, розвиток соціальної пластичності, пізнавальної активності та емоційної чутливості, яка у підтримуючому середовищі трансформувалася в емпатію та відповідальність. Водночас зонами ризику для них залишаються низька стресостійкість у кризових умовах та залежність від дорослого як фігури безпеки. У підлітків цієї категорії додатковим ресурсом є когнітивна зрілість, рефлексивність, розвиток моральної свідомості та прагнення до самореалізації, але вони залишаються вразливими до зовнішньої оцінки, що може зумовлювати формування тривожності та зниження самооцінки.

У дітей з ООП ресурсний потенціал виявився значно обмеженішим і більш залежним від зовнішнього супроводу. Для молодших школярів важливими ресурсами були сталі емоційні зв'язки, стабільність рутин, позитивне підкріплення та емоційна прихильність до значущих дорослих, у підлітковому віці ресурси формуються

переважно за рахунок передбачуваності, структурованості дня, підтримки дорослих та ритуалізованих практик, що знижують рівень тривоги. Натомість зонами ризику залишаються недостатня когнітивна зрілість, труднощі соціальної адаптації, знижений рівень саморегуляції та схильність до емоційної дезадаптації у кризових умовах.

На основі результатів констатуючого дослідження було виділено 4 типи психотравмуючих проявів у дітей за рівнями вираженості в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах: адаптивно-компенсований тип (низький рівень вираженості психотравмуючих реакцій); адаптивно-реактивний тип (середній рівень вираженості психотравмуючих реакцій); афективно-тривожний тип (вище середнього рівня вираженості психотравмуючих реакцій); афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравмуючих реакцій).

У відповідності з розробленими типами психотравмуючих проявів за рівнями вираженості, було з'ясовано особливості вияву психотравми у дітей з ООП та НР в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах: у дітей з НР домінує адаптивно-компенсований тип проявів, це пояснюється відносно високою спонтанною резильєнтністю, тобто здатністю відновлювати емоційний та когнітивний баланс після стресових впливів без значних тривалих порушень. На відміну від них, у дітей з ООП спостерігається зміщення розподілу у бік більш тяжких психотравмуючих проявів, зокрема афективно-тривожного та афективно-стресового типів.

Підсумовуючи можна стверджувати, що у молодшому шкільному віці діти з ООП демонструють значно вищу чутливість до психотравмуючих факторів, ніж їхні ровесники з НР. У підлітковому віці ця тенденція зберігається, однак статистична різниця дещо зменшується.

Статистично підтверджено значущі відмінності у розподілі типів психотравматичних проявів між молодшими школярами з особливими освітніми потребами та їхніми однолітками з нормотиповим розвитком, що свідчить про те, що наявність особливих освітніх потреб виступає чинником, який обтяжує перебіг

психотравматичного досвіду та зумовлює більш виражені психотравматичні прояви вже у молодшому шкільному віці.

У групі молодших підлітків різниця між дітьми з ООП та їхніми однолітками з НР досягла лише граничного рівня статистичної значущості, що свідчить про відносну подібність кількісного розподілу типів психотравматичних реакцій. Втім, як було з'ясовано, у молодших підлітків з ООП детермінантами психотравматичних реакцій виступають поєднання наслідків травматичного досвіду та особливостей психофізичного розвитку, натомість у молодших підлітків з НР показники окремих психотравматичних проявів, які різняться в декілька відсотків, пов'язані насамперед із більш вищим рівнем когнітивного розвитку (діти краще усвідомлювали реальну небезпеку воєнних подій, здатні були прогнозувати можливі наслідки, співвідносити власний досвід з суспільними подіями, отримували інформацію про втрати, руйнування чи загрозу життю близьких та ін.), що супроводжувалося посиленням стресу та тривоги. Водночас достатній рівень функціонування когнітивних процесів, вміння здійснювати рефлексію та ширший спектр стратегій психологічного подолання дозволяло їм ефективніше адаптуватися до психотравмуючих обставин і поступово відновлювати емоційну рівновагу. Тобто, однакові або близькі за кількісними показниками результати відображали принципово різний психологічний зміст психотравматичних проявів.

Таким чином, отримані результати дослідження підкреслюють необхідність створення програми подолання психотравми, яка зможе забезпечити розвиток адаптивних механізмів, формування базового відчуття безпеки та зміцнення ресурсів, що знижують ризик хронічної емоційної дезадаптації у дітей з особливими освітніми потребами.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ПСИХОТРАВМИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

3.1. Теоретико-методичні засади та програма подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами

Під час розроблення формуючої методики були враховані теоретичні положення вітчизняних та зарубіжних дослідників щодо специфіки проблеми подолання психотравми та, з'ясовані у констатуючому дослідженні, особливості вияву посттравми у дітей з ООП на чотирьох рівнях: емоційна, когнітивна, поведінкова і соціальна. Враховані потенційні ризики та ресурси розвитку резильєнтності у дітей.

Визначення організаційно-методичних умов та розроблення програми подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами й перевірка її ефективності, було визначено як мету формуючого експерименту.

Для досягнення зазначеної мети було сформовано такі **завдання**:

1. Визначити теоретичні та методичні засади формуючого експерименту.
2. Розробити програму подолання психотравми у дітей з ООП, яка передбачатиме: зменшення рівня тривожності, проявів афективної нестабільності; розвиток навичок саморегуляції; стрес-менеджменту, подолання негативних переживань; формуванню позитивних соціальних взаємодій, емпатії та комунікативних стратегій, із залученням активізації ресурсних факторів – підтримки сім'ї, шкільного середовища та значущих дорослих.
3. Перевірити ефективність програми шляхом експериментального впровадження та статистичного аналізу змін.

У формуючому експерименті взяли участь учні 4-5 класів з особливими освітніми потребами: 20 дітей експериментальної групи та 20 дітей контрольної групи, які не проходили корекційного навчання. Такий підхід дозволив забезпечити максимальну однорідність вибірки за віковими, психологічними та освітніми

характеристиками, що є важливою умовою достовірності експериментального дослідження.

Об'єднання учнів з ООП 4 та 5 класів в одну вибірку є науково виправданим, оскільки вони представляють перехідний віковий етап між молодшим шкільним та молодшим підлітковим віком. Саме у цей період відбувається інтенсивний розвиток емоційної сфери, механізмів психологічної адаптації, соціальної взаємодії та когнітивної регуляції поведінки. Крім того, результати проведеного констатувального етапу дослідження засвідчили, що вікові відмінності у структурі психотравматичних реакцій між молодшими школярами з ООП та молодшими підлітками з ООП статистично не досягли рівня значущості ($\chi^2 = 0,58$; $df = 3$; $p > 0,05$), що свідчить про відносну однорідність психотравматичних проявів у дітей з ООП різних вікових категорій та підтверджує можливість формування експериментальної й контрольної груп саме із дітей 4-5 класів без ризику суттєвого впливу вікових особливостей на результати дослідження.

Розроблення програми формуючого експерименту ґрунтувалося на таких **теоретичних положеннях:**

1. Психотравма розглядається як стан, що порушує цілісність особистості та здатність до саморегуляції, впливаючи на емоційний, когнітивний та поведінковий рівні. У дитячому віці психотравма призводить до емоційної та поведінкової дезадаптації дитини, обмежує її навчальну активність та соціальні контакти. Травматичний досвід змінює систему цінностей та життєвих смислів, впливає на формування емоційної сфери, тому подолання психотравми можливе лише за умови підтримки внутрішніх ресурсів і надання усвідомлення подіям й вимагає спеціально організованої корекційної роботи (В. Франкл, Н. Пов'якель).

2. Розвиток резильєнтності є центральним механізмом психологічного відновлення. Український дослідник Г. Костюк наголошував на взаємозв'язку емоційних процесів, мислення та вольової регуляції, що є підґрунтям для формування вміння контролювати власні переживання та поведінку. Л. Виготський підкреслював роль внутрішнього мовлення у вольовій регуляції поведінки, а також зв'язок емоційної сфери з когнітивною діяльністю. Тобто, формування резильєнтності та

управління емоціями у дітей з ООП є важливою умовою подолання наслідків психотравми.

3. Ефективність корекційної роботи залежить від формування адаптивних когнітивних схем та поведінкових стратегій. Негативні автоматичні думки підтримують тривожність і дезадаптивну поведінку, тому зміна цих установок сприяє формуванню конструктивних способів реагування (А. Бек). Робота з негативними думками і переживаннями допомагає зменшити рівень тривожності та формує нові способи реагування на стресові ситуації, що особливо важливо для дітей з ООП.

4. Подолання психотравми потребує розвитку соціальних ресурсів дитини. Мікросередовище сім'ї та школи визначає успішність соціалізації та інтеграції, а отже, створення підтримуючого середовища є ключовим чинником відновлення психічної рівноваги (У. Бронфенбреннер, О. Савченко).

5. Рефлексія власного досвіду і позитивне підкріплення результатів сприяють зміцненню віри у власні сили та формують здатність до подальшого розвитку. Рефлексивне навчання дозволяє дитині перетворювати власні переживання на ресурс для особистісного зростання (Б. Колб).

Таким чином, подолання психотравми у дітей з ООП базується на поєднанні розвитку емоційної саморегуляції, корекції когнітивних і поведінкових установок, формуванні підтримуючого соціального середовища та рефлексивного переосмислення досвіду.

Для реалізації формуючого експерименту було визначено такі **організаційно-методичні умови**: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступове ускладнення корекційно-розвивальних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу згідно потреб дитини.

Комплексність та системність психокорекційної роботи передбачає спрямування корекційного впливу не на окремий прояв труднощів, а на

взаємопов'язану систему психологічних, емоційних, поведінкових, комунікативних і соціальних характеристик дитини. Системність передбачає регулярність занять, узгодженість дій фахівців, використання взаємодоповнювальних методів і забезпечення наступності між окремими етапами роботи.

Урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей є необхідною умовою забезпечення адекватності та результативності психокорекційного впливу. Діти з ООП відрізняються за характером і ступенем вираженості труднощів, рівнем пізнавального, емоційного та комунікативного розвитку, особливостями поведінки, сформованістю соціальних навичок, темпом виконання завдань та способами реагування на нові ситуації. Тому однаковий зміст і спосіб організації роботи не можуть однаковою мірою відповідати потребам усіх дітей. Під час добору вправ враховується вік дитини, її актуальний рівень розвитку, можливості розуміння інструкцій, особливості сенсорного сприймання, рівень самостійності, характер комунікації та наявні ресурси. Індивідуалізація передбачає також визначення оптимального рівня допомоги: від мінімальної словесної підказки до демонстрації способу виконання або безпосередньої підтримки.

Поступове ускладнення корекційно-розвивальних завдань передбачає перехід від простих і доступних для дитини форм діяльності до складніших завдань, які потребують більшої самостійності, емоційної регуляції, комунікативної активності та соціальної взаємодії. Така послідовність особливо важлива для дітей, які мають підвищену тривожність, труднощі адаптації до змін або негативний досвід соціальної взаємодії. Поступове ускладнення дає змогу забезпечити ситуацію успіху та запобігати переживанню дитиною власної неспроможності.

Створення психологічно безпечного та підтримувального середовища передбачає формування атмосфери прийняття, довіри, емоційної підтримки та безумовної поваги до особистості дитини. Важливим є забезпечення передбачуваності структури занять, зрозумілості вимог та відсутності страху негативної оцінки. Психологічна безпека передбачає повагу до особистих меж дитини та недопущення примусу до виконання завдань, якщо це викликає виражений дискомфорт.

Використання інтерактивних та ігрових методів зумовлене необхідністю зробити психокорекційний процес доступним, емоційно привабливим і максимально наближеним до природних для дитячого віку форм діяльності. У контексті арт-терапевтичної роботи ігрові та інтерактивні методи можуть поєднуватися з малюванням, колажуванням та іншими формами творчої діяльності, що розширювало можливості невербального самовираження та створювало додаткові умови для розвитку соціальної взаємодії.

Залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення передбачає включення батьків, членів родини, педагогів та інших осіб, які мають емоційно значущий зв'язок із дитиною, у процес її психологічної підтримки. Саме найближче соціальне оточення значною мірою визначає емоційне самопочуття дитини, відчуття безпеки та можливості для перенесення набутих під час психокорекційної роботи навичок у повсякденні ситуації. Взаємодія з родиною передбачала консультування батьків, надання рекомендацій щодо підтримки дитини, спільне виконання творчих завдань та створення умов для позитивного спільного досвіду.

Постійний моніторинг результатів і своєчасна адаптація психокорекційного впливу передбачають регулярне відстеження змін у психологічному стані, поведінці, комунікативній активності та соціальній взаємодії дитини. Моніторинг здійснюється не лише за результатами підсумкової діагностики, а й безпосередньо в процесі занять шляхом систематичного спостереження за емоційними реакціями, характером виконання завдань, рівнем самостійності, готовністю до взаємодії та способами реагування на труднощі.

У сукупності визначені умови забезпечують цілісну організацію психокорекційного процесу, у якому поєднуються індивідуалізація, системність, психологічна безпека, активна діяльність дитини, підтримка соціального оточення та постійне оцінювання динаміки. Саме їх комплексне дотримання створило передумови для не лише зменшення проявів психотравми, а й забезпечило розвиток емоційної саморегуляції, комунікативної активності, соціальних навичок, позитивного самостворення та здатності дитини до конструктивної взаємодії.

Таким чином, організаційно-методичні умови створювали цілісну систему, яка забезпечувала ефективність формуючої методики та сприяла відновленню психоемоційної рівноваги дітей з особливими освітніми потребами.

Програма подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами ґрунтувалися на таких принципах:

принцип науковості передбачав використання перевірених психолого-педагогічних підходів та методів, що підтверджені сучасними дослідженнями у сфері дитячої та спеціальної психології і корекційної педагогіки;

принцип доступності полягав у доборі змісту та форм роботи відповідно до вікових, когнітивних та емоційних можливостей дітей з ООП, а також у поетапному ускладненні завдань з урахуванням їхнього індивідуального розвитку;

принцип гуманізації забезпечував повагу до особистості дитини, її права на власний досвід, емоції та прояви, що створювало атмосферу довіри і психологічної безпеки під час занять;

принцип ресурсності полягав у мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів дитини, зокрема опори на її сильні сторони, здібності, підтримку з боку сім'ї та шкільного колективу;

принцип системності забезпечував цілісність і взаємопов'язаність усіх етапів методики, де кожен блок логічно доповнював попередній і сприяв досягненню загальної мети;

принцип інтегративності виражався у поєднанні емоційного, когнітивного, поведінкового та соціального компонентів роботи, що дозволяло досягти комплексного ефекту у подоланні психотравми.

Сукупність цих принципів створювала методологічну основу для ефективної реалізації програми і забезпечувала її корекційний та розвивальний потенціал.

Отже, програма була спрямована на підвищення рівня психологічної стійкості, зниження вираженості психотравматичних реакцій у дітей та формування адаптивних механізмів подолання стресу й містила 5 блоків: організаційно-мотиваційний,

емоційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний і заключно-рефлексивний (рис.3.1).



Рис. 3.1. Структура програми подолання психотравми у дітей з ООП

Організаційно-мотиваційний блок спрямований на виявлення рівня психотравмованості, тривожності, емоційної напруги та особливостей поведінкових проявів дитини. Завдання цього блоку передбачали первинне розуміння індивідуальних труднощів і потреб учня, що створювало мотивацію до участі у програмі, формувало довіру до педагога чи психолога, і є ключовою умовою успішної корекційної роботи.

Емоційно-регуляційний блок орієнтований на зниження внутрішньої напруги, розвиток навичок емоційної саморегуляції, оволодіння техніками зняття стресу та подолання афективних проявів. завдання цього блоку були спрямовані на допомогу дитині відновити внутрішню рівновагу, навчитися впізнавати й виражати власні емоції у безпечний спосіб.

Когнітивно-поведінковий блок спрямований на формування адекватних моделей мислення і поведінки, подолання негативних переживань, розвиток уміння конструктивно реагувати на стресові ситуації. У цьому блоці завданнями було навчити дитину замінювати деструктивні думки на позитивніші, а також формування нових стратегій поведінки.

Соціально-інтеграційний блок зорієнтований на розвиток комунікативних умінь, емпатії, навичок конструктивної взаємодії з ровесниками й дорослими, а також на створення відчуття безпеки та підтримки у колективі. Його завдання полягали у відновленні здатності до позитивних соціальних контактів, що є критично важливим для дітей, які пережили травмуючий досвід війни.

Заключно-рефлексивний блок передбачав підбиття підсумків, осмислення здобутого досвіду, усвідомлення власних ресурсів і позитивних змін. Завдання цього блоку були спрямовані на формування в дитини відчуття успішності, віри у власні сили та готовності застосовувати отримані знання й навички у повсякденному житті.

Сукупність усіх блоків забезпечувало цілісний підхід до подолання психотравми, адже завдання поєднували діагностику, корекцію емоційної сфери, зміну поведінкових установок, розвиток соціальних навичок та рефлексію особистісного зростання.

Тривалість: 4 місяці (16 занять + індивідуальні сесії)
Форма проведення: групова робота (6-8 дітей), індивідуальні консультації, інтеграція у навчальний процес.

Методи: арт-терапія, казкотерапія, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, релаксаційні практики, соціально-комунікативні тренінги.

Етапи формуючого експерименту були сформовані згідно структури програми подолання психотравми і мали відповідно п'ять етапів та передбачали проведення комплексу психокорекційних вправ, діагностичний компонент яких був інтегрований у процес психокорекції.

Розглянемо етапи формуючого експерименту.

Етап 1. Організаційно-мотиваційний (2 тижні).

На цьому етапі основним завданням було створення безпечного середовища, встановлення довіри. Для визначення ресурсів психологічної підтримки було використано проєктивну вправу «Моє коло підтримки» та проєктивну малюнкову вправу «Мій безпечний простір», зміст яких було модифіковано до мети дослідження.

Модифікована проєктивна вправа «Моє коло підтримки», (за матеріалами Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025).

Застосування цієї вправи дозволило виявити значущих людей та соціальні групи, до яких дитина звертається за допомогою, оцінити доступність соціальної підтримки, рівень довіри до близького оточення та потенційні ресурси, що можуть бути залучені у процесі психокорекції наслідків психотравматичного досвіду.

Процедура проведення. Дитині пропонувалося намалювати себе у центрі кола. Навколо себе необхідно було намалювати людей, які допомагають почуватися у безпеці.

Інтерпретація. Експериментатор спостерігав за діями дитини і звертав увагу на таке: кількість значущих людей; хто розташований найближче; чи є батьки; чи є друзі; чи є вчитель; чи відсутні будь-які дорослі.

Після завершення дитини пояснювала кого зображено на малюнку і відповідала на запитання на кшталт: «Хто тобі допомагає?», «Поряд це ті люди, кому ти довіряєш?», «Хто тебе захищає», «До кого ти звертаєшся коли лячно?» та ін.

Для кількісного аналізу результатів було розроблено авторські критерії оцінювання. Малюнок і відповіді оцінювалися у балах від 1 до 4, де: 4 бала - дитина легко називає декілька людей, яким довіряє; має широке коло підтримки; відчуває безпеку; 3 бала - називає 1-2 значущих дорослих; підтримка обмежена, але стабільна; 2 бала - важко визначає людей підтримки, сумнівається, називає лише одну особу або

відповідає після допомоги психолога; 1 бал - не може назвати жодної людини або повідомляє про відсутність підтримки, відмовляється виконувати завдання.

З метою психокорекційного впливу, експериментатор проводив індивідуальні та групові бесіди, під час яких пояснював дітям, хто належить до кола підтримки та чому звернення по допомогу є проявом сили, а не слабкості. Обговорювалися поняття «значущий дорослий», «людина, якій можна довіряти», «безпечне спілкування», «підтримка» та «взаємодопомога». Особлива увага приділялася усвідомленню того, що у складних або небезпечних ситуаціях дитина не повинна залишатися наодинці зі своїми переживаннями. Діти разом із психологом визначали людей, до яких вони можуть звернутися за допомогою: батьків, інших членів родини, педагогів, асистента вчителя, психолога, друзів, сусідів чи інших дорослих, яким довіряють. За допомогою запитань («Хто тебе вислухає?», «До кого ти звернешся, якщо тобі страшно?», «Хто допоможе, якщо ти засмутився?», «Хто може тебе захистити?») дорослий допомагав дітям усвідомити власні соціальні ресурси та сформувати відчуття психологічної безпеки.

Поряд цим проводилися консультативні бесіди з батьками і педагогами щодо значення емоційної підтримки, безумовного прийняття дитини, регулярного спілкування та створення атмосфери психологічної безпеки.

Модифікована проєктивна малюнкова вправа «Мій безпечний простір». Ця малюнкова вправа широко використовується у травмофокусованій терапії, арттерапії та психосоціальній підтримці дітей. Її зміст ґрунтується на концепції «безпечного місця», основи для адаптації було використано з посібника «Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide» (<https://knowledge-action-portal.com/en/content/doing-what-matters-times-stress-illustrated-guide>), але сама назва «Мій безпечний простір» не має одного автора.

Метою малюнкової вправи було з'ясувати суб'єктивне відчуття психологічної безпеки дитини та виявити внутрішні і зовнішні ресурси, які асоціюються із захищеністю. Модифікація проєктивної малюнкової вправи полягала в тому, що спочатку з'ясовувався актуальний стан, а потім формувалася ресурсний образ безпеки, до якого дитина може повертатися під час подальших занять.

Процедура проведення. Дитині пропонувалося намалювати місце, у якому вона почувається спокійніше, ніж в інших місцях, захищено та безпечно. Після завершення малюнка проводилася коротка бесіда, під час якої дитину просили розповісти про зображене місце, пояснити, хто або що знаходиться поруч, що допомагає їй почуватися в безпеці, та які емоції викликає це місце. Експериментатор звертав увагу на такі показники: наявність людей (близьких, друзів, інших значущих осіб); зображення будинку або іншого захищеного простору; наявність природних об'єктів (дерева, вода, сонце, квіти тощо); зображення укриття або інших символів захисту; переважання кольорової гама; розміри та розташування основних елементів малюнка.

Для кількісного і якісного аналізу результатів було розроблено авторські критерії та бальна система оцінювання, які ґрунтувалися на змістовому аналізі малюнків та відповідях дітей, де: 4 бала - малюнок деталізований, присутні люди, наявні природні об'єкти, домашні тварини, ознаки затишку, безпеки, позитивні кольори; 3 бала - безпечне місце є, однак деталізація недостатня або відсутні окремі атрибути безпеки, присутні значущі дорослі, частково зображено природні об'єкти, позитивні кольори переважають; 2 бала - малюнок бідний, закритий, мало деталей, безпечне місце зображено схематично, з елементами тривожних символів (сирени, вирви, дим), переважають темні кольори, частково присутня позитивна кольорова гама у вигляді окремих деталей зображення; 1 бал - дитина не може намалювати безпечне місце або зображує небезпечне середовище, відсутні люди або присутня одна людина, темна кольорова гама.

Перед виконанням модифікованої проєктивної малюнкової вправи «Мій безпечний простір» з дітьми експериментальної групи проводилася підготовча психокорекційна робота, спрямована на зниження емоційної напруги, формування довірливого контакту з експериментатором та актуалізацію уявлень про психологічну безпеку, зокрема, експериментатор знайомив дітей із поняттям «безпечний простір», для кращого розуміння використовувалися доступні вікові приклади із повсякденного життя, казкових історій та ситуацій, близьких до досвіду дітей. Після цього дітей просили відповісти на запитання: «Коли ти почуваєшся спокійно?», «Де тобі

найбільше подобається бути?», «З ким ти відчуваєш себе у безпеці?», «Хто чи що допомагає тобі заспокоїтися, коли страшно?» та ін. Під час обговорення діти вчилися розпізнавати власні емоції, пов'язувати їх із конкретними місцями, людьми або подіями та усвідомлювати власні ресурси подолання тривоги.

З метою формування позитивного емоційного настрою та зниження психоемоційного напруження використовувалися елементи психоосвіти, спрямовані на усвідомлення дітьми власного емоційного стану та ознайомлення зі способами саморегуляції, у поєднанні з дихальною релаксацією та керованою візуалізацією. Експериментатор також демонстрував приклади різних безпечних просторів (дім, кімната, подвір'я, парк, ліс, місце поруч із близькою людиною), наголошуючи, що кожна дитина може обрати саме той простір, який асоціюється у неї з відчуттям комфорту та безпеки. Особлива увага приділялася поясненню того, що безпечний простір може бути не лише реальним, а й уявним, до якого можна повертатися подумки під час хвилювання, страху чи інших неприємних переживань.

Поряд з цим, експериментатор надавав індивідуальну підтримку дітям, які відчували труднощі у виборі образу безпечного місця або переживали підвищену тривогу (зокрема, використовувалися навідні запитання: «Що ти бачиш навколо?», «Хто поруч із тобою?», «Що ти відчуваєш у цьому місці?», «Які звуки, кольори чи запахи допомагають тобі почуватися спокійніше?», що сприяло деталізації позитивного образу та формуванню відчуття психологічної захищеності.

Створений образ безпечного місця надалі використовувався як ресурсна техніка під час виконання інших психокорекційних вправ, спрямованих на зниження тривожності, стабілізацію емоційного стану та формування відчуття психологічної безпеки.

Етап 2. Корекційно-регуляційний (1 місяць).

Під час проведення етапу було використано техніки релаксації (авторська модифікація вправ: «Дихання у долоньки», «Кольорове дихання»); арт-терапія («Намалюй свій страх»); робота з емоціями: розпізнавання, називання, контроль; казкотерапія (створення історій про подолання небезпеки).

Авторська модифікація дихальної вправи «Дихання у долоньки», створена на основі технік повільного діафрагмального дихання (WHO, 2020).

Мета - сформувати навички емоційної саморегуляції, знизити рівень фізіологічних проявів тривоги та психоемоційного напруження, розвивати здатність до відновлення психологічної рівноваги.

Процедура проведення. Експериментатор пропонує дитині сісти у зручне положення, випрямити спину та розслабити плечі. Дитина складає долоні у формі «човника» перед обличчям. Експериментатор пояснює, що потрібно повільно вдихнути через ніс протягом 3-4 секунд, а потім плавно видихнути через рот у складені долоні, ніби зігріваючи їх своїм теплим подихом (і демонструє як це правильно зробити). Під час виконання вправи експериментатор говорить дітям, що вони мають відчувати тепло повітря в долоньках, почути власне дихання та повільно розслабити тіло.

Вправа виконується у 8-10 дихальних циклів у спокійному темпі. За необхідності психолог демонструє правильне виконання та супроводжує процес короткими інструкціями: «Дихай повільно», «Відчуй тепло свого подиху», «Опусти плечі», «Розслаб руки», «Закрий очі» та ін.

Під час виконання вправи експериментатор звертає увагу на здатність дитини виконувати дихання у повільному ритмі; розслаблення плечового поясу та рук та тіла; вирівнювання частоти та глибини дихання; зниження проявів тривожності (метушливості, неспокою, скутості).

Для кількісного і якісного аналізу результатів було розроблено авторські критерії та бальна система оцінювання, де: 1 бал не виконує вправу, не заспокоюється; 2 бала - виконує лише з допомогою дорослого; 3 бала - виконує з незначними труднощами; 4 бала - самостійно виконує вправу, швидко досягає розслаблення.

На другому етапі, під час виконання дихальної вправи «Дихання у долоньки», психокорекційний вплив був спрямований на формування у дітей навичок емоційної саморегуляції, зниження психофізіологічного напруження, розвиток відчуття внутрішнього контролю над власними емоціями та підвищення впевненості у власній

здатності самотійно справлятися зі стресовими ситуаціями. Експериментатор здійснював вербальний супровід, використовуючи короткі заспокійливі інструкції, м'яко виправляв помилки та заохочував до повільного виконання вправи без поспіху. За необхідності дітям пропонувалося закрити очі та уявити місце, у якому вони почуваються захищеними та спокійними, що сприяло поєднанню дихальної вправи з елементами ресурсної візуалізації. Після завершення вправи проводилося коротке обговорення, під час якого експериментатор допомагав дітям усвідомити власні відчуття, ставлячи різні запитання та залучаючи дітей до обговорення.

Якщо під час виконання вправи дитина демонструвала високий рівень тривожності і не могла зосередитися на диханні або відмовлялася від виконання, застосовувалися додаткові прийоми емоційної стабілізації, насамперед, використовувався спокійний темп мовлення, доброзичливий емоційний контакт і демонстрація правильного виконання вправи. Дитині пропонувалося виконувати дихання разом із дорослим, поступово синхронізуючи вдихи та видихи.

Для посилення відчуття безпеки використовувалися елементи візуалізації: дитині пропонувалося уявити, що з кожним вдихом вона наповнюється спокоєм і теплом, а з кожним видихом відпускає хвилювання, страх або напруження. За необхідності застосовувалися тактильні опори (м'яка іграшка, подушка, плед), які допомагали дитині відчути захищеність і зосередитися на власних відчуттях.

Після завершення вправи проводилася коротка рефлексивна бесіда, під час якої дитина описувала свій стан, відповідала на запитання «Що змінилося?», «Що допомогло тобі заспокоїтися?», «Що ти зараз відчуваєш?». За наявності позитивної динаміки експериментатор зазначав про успіх дитини, використовував різні типи похвали і заохочення.

У разі недостатнього ефекту вправу повторювали після нетривалої паузи, добираючи спосіб стабілізації відповідно до індивідуальних особливостей дитини.

Авторська модифікація психокорекційної арттерапевтичної вправи «Намалюй свій страх».

Вправа розроблена на основі принципів арттерапії, запропонованих Маргарет Наумбург та Едіт Крамер, відповідно до яких зовнішнє вираження емоцій через художню діяльність сприяє їх усвідомленню, прийняттю та подальшій трансформації.

Мета полягала у зниженні рівня емоційної напруги шляхом зовнішнього вираження страху та формування конструктивного способу його подолання.

Процедура проведення. Дитині пропонувався аркуш паперу та кольорові олівці або фломастери. Експериментатор просить дітей: «Намалюй, будь ласка, свій страх. Він може бути будь-яким – схожим на людину, тварину, чудовисько, хмаринку або зовсім незвичайним. Намалюй його так, як ти його уявляєш».

Після завершення малюнка експериментатор проводить обговорення малюнка разом з дитиною, спрямовуючи її запитаннями типу: «Як звати цей страх?», «Коли він приходить? Вночі? Вдень?», «Як ти думаєш, що він хоче?», «Чи можна його змінити? Давай спробуємо».

Після цього дитині пропонується трансформувати образ, тобто, зробити страх меншим, домалювати йому смішні елементи (капельюх, окуляри, бантик, кумедну посмішку), перетворити його на добру або безпечну істоту, намалювати поруч того, хто може допомогти впоратися зі страхом та ін.

Оцінюванню малюнка і відповідей піддаються: розмір страху; інтенсивність кольорів; агресивність образу; розташування на аркуші; готовність до трансформації; характер кінцевого образу.

Для кількісного і якісного аналізу результатів було розроблено авторські критерії та бальна система оцінювання, де: 1 бал - дитина відмовляється малювати або під час виконання вправи рівень тривоги посилюється; 2 бала - страх залишається домінуючим, зміни незначні, дитина вагається під час роботи; 3 бала - трансформація відбувається після підтримки/допомоги дорослого, рівень тривоги зменшується частково; 4 бала - дитина легко виражає страх, активно змінює його на безпечний образ, демонструє емоційне полегшення.

На початку заняття експериментатор з дітьми ЕГ проводив коротку бесіду про те, що кожна людина може чогось боятися, а страх є природною емоцією, яка допомагає попереджати про небезпеку. Дітям пояснювалося, що боятися не соромно,

а про свої переживання можна говорити, малювати їх або показувати іншим людям, яким довіряєш.

Для зменшення психоемоційного напруження перед виконанням малюнкової вправи використовувалися короткі дихальні вправи та вправи на м'язове розслаблення. Особлива увага приділялася нормалізації емоційних переживань. Експериментатор пояснював, що страх можна не лише приховувати, а й змінювати. Дітям наводилися прості приклади того, як після розмови або малювання страх поступово стає меншим і вже не здається таким сильним. Наголошувалося, що під час заняття вони повністю контролюють свій малюнок і можуть у будь-який момент зробити свій страх слабшим, добрішим або навіть смішним.

Під час виконання вправи дорослий здійснював емоційну підтримку кожної дитини, заохочував вільно висловлювати свої почуття, не оцінював зміст малюнка та уникав будь-якої критики. Якщо дитина вагалася або відчувала труднощі, використовувалися навідні запитання: «На що схожий твій страх?», «Якого він кольору?», «Що допоможе зробити його меншим?», «Хто міг би тобі допомогти?». Це сприяло поступовому усвідомленню власних переживань та їх безпечній вербалізації.

Після завершення малювання експериментатор обов'язково акцентував увагу не на самому страху, а на внутрішніх ресурсах дитини. Разом із дитиною обговорювалися зміни, які відбулися зі страхом після його трансформації, підкреслювалися сміливість, активність та здатність самої дитини впливати на свої переживання. Психолог наголошував, що страх можна контролювати, а поруч завжди є люди, які готові підтримати та допомогти.

Модифікована психокорекційна вправа на основі казкотерапії «Закінчи історію».

Вправа ґрунтується на принципах казкотерапії, відповідно до яких дитина через створення сюжету символічно відображає власний емоційний досвід, способи подолання труднощів та уявлення про підтримку.

Мета – опрацювання психотравмувального досвіду, розвиток конструктивних стратегій подолання труднощів, формування відчуття підтримки та безпеки.

Процедура проведення. Експериментатор розпочинає читати казку (використовувалися казки В. Г. Фесенко «Бабусині казки», 2025 рік, зокрема «Казка про ромашку», «Казка про зайчика», «Лорд», «Дім на гілках», «Казка про мишеня Хрупа» та інші).

Наприклад: «На маленькій зеленій галявині, біля пагорбка, прокидалася ніжна ромашка. Вона тихенько розплющила карі оченята, потягнула дзвіночок – павутинку, прислухаючись до перших ранкових звуків, погралася з прозорою росинкою, перекочуючи її з пелюстки на пелюстку, водночас вмиваючись. Ромашка усміхнулася й засяяла чистотою. Сонячний промінчик лукаво поглянув на польову красуню, торкнувся кожної її війки, запрошуючи погратися. Він весело кружляв, милуючись своєю подружкою. Навколо було тихо, мирно і красиво. І раптом ...». Далі дорослий пропонує дітям самостійно продовжити її.

Після того як дитина закінчила історію, дорослий запитує: «Що відчував герой (-ія) казки? Хто допоміг? Що герой (- іня) зробив? Чим усе закінчилося?».

Аналізу піддаються емоції героя казки; наявність помічників; способи подолання труднощів; завершення історії; рівень надії; віра героя у власні сили.

Для кількісного аналізу результатів було розроблено бальну систему оцінювання, де: 1 бал - історія завершується безвихіддю, поразкою або посиленням небезпеки; 2 бала - герой залишається без ефективної підтримки, фінал невизначений або тривожний; 3 бала - герой частково справляється із ситуацією, але потребує допомоги інших; 4 бала - герой знаходить підтримку, успішно долає труднощі, історія завершується позитивно.

Якщо дитина не могла завершити історію позитивно або описувала безвихідню ситуацію, дорослий пропонував спільно прочитати казку і пояснити розвиток подій за допомогою навідних запитань типу: «Хто допоміг?», «Що зробив герой?», «Який рятівник чи чарівний предмет з'явився?», «Хто захистив героя?». Після цього дитина знаходила свій варіант завершення казки, у якому герой знаходить підтримку, долає труднощі та відновлює відчуття безпеки. Такий підхід сприяв формуванню адаптивніших моделей реагування на стресові ситуації та зміцненню віри у власні ресурси.

Перед виконанням вправи експериментатор здійснював цілеспрямований психокорекційний вплив, спрямований на створення емоційно безпечної атмосфери, зниження тривожності дітей та формування готовності до символічного опрацювання власного психотравматичного досвіду. Насамперед, проводилася коротка бесіда про те, що всі люди іноді переживають труднощі, але навіть у найскладніших ситуаціях можуть знайти допомогу, підтримку та спосіб подолати проблему, наголошувалося, що у казках герої також відчують страх, сум, самотність чи невпевненість, втім, завдяки власній сміливості, підтримці друзів або близьких завжди знаходять вихід з небезпечної ситуації.

З метою формування позитивної мотивації дітям пояснювали, що у вправі не існує правильних чи неправильних відповідей, а кожна придумана історія є цінною. Особлива увага приділялася розвитку уявлення про можливість позитивного завершення будь-якої складної ситуації. Для цього експериментатор разом із дітьми обговорював приклади знайомих казкових сюжетів, звертаючи увагу на те, що головні герої завдяки підтримці інших, власній наполегливості чи винахідливості долають небезпеку та відновлюють відчуття безпеки.

Якщо окремі діти виявляли невпевненість або труднощі з початком виконання завдання, експериментатор використовував прийоми психологічної підтримки: підбадьорював, уточнював окремі моменти сюжету, ставив навідні запитання, демонстрував приклади того, як навіть невеликі добрі вчинки чи допомога інших можуть змінити розвиток подій.

Етап 3. Когнітивно-поведінковий (1 місяць).

В ході цього етапу було застосовано корекційні техніки, й розроблено оцінювання для відстеження їхньої ефективності. Зокрема: психокорекційна вправа «Знайди відмінності»; психокорекційна вправа «Лабіринти»; КПТ-техніка «Стоп-кадр» (адаптація техніки роботи з образами в когнітивно-поведінковій терапії); психокорекційна вправа «Я можу впоратися» (на основі КПТ); рольові ігри (метод психокорекції).

Психокорекційна вправа «Знайди відмінності». Зміст вправи ґрунтується на нейропсихологічних підходах, з метою розвитку концентрації, стійкості та

переключення уваги, зорового сприймання та операційних функцій у дітей. Подібні завдання широко застосовував О. Лурія, а також у сучасній галузі нейропсихологічної корекції.

Процедура проведення. Дитині пропонують дві майже однакові картинки, між якими необхідно знайти 5-10 відмінностей, залежно від індивідуального розвитку дітей з ООП.

Перед початком експериментатор надавав інструкцію: «Подивись уважно на обидва малюнки. Вони майже однакові, але між ними є відмінності. Спробуй знайти їх».

Під час аналізу фіксувалися кількість знайдених відмінностей; час виконання; темп роботи; відволікання; прояви втоми.

Для кількісного аналізу результатів було розроблено бальну систему оцінювання, де: 1 бал - не знаходить відмінності і не може завершити завдання; 2 бала – знаходить менше половини відмінностей, швидко виснажується, потребує постійної допомоги дорослого; 3 бала - знаходить 60%-80% відмінностей, але допускає окремі помилки, частково потребує допомоги; 4 бала - знаходить понад 90 % відмінностей, увага стійка.

На початку заняття проводилася коротка бесіда про значення уважності у повсякденному житті. Експериментатор наголошував, що помилятися під час виконання вправи цілком природно і головним є не швидкість, а уважність і послідовність.

Для налаштування дітей на виконання завдання використовувалися короткі вправи на концентрацію уваги («Подивись уважно», «Що змінилося?»), які допомагали переключити увагу із сторонніх переживань на актуальну діяльність. Далі експериментатор демонстрував зразок виконання завдання на простому прикладі, пояснюючи алгоритм пошуку відмінностей: необхідно уважно порівнювати окремі частини малюнків, рухаючись послідовно зверху вниз або зліва направо, не поспішати та перевіряти кожну знайдену відмінність.

Особлива увага приділялася формуванню навичок самоконтролю. Дітям пояснювали, що якщо вони не можуть одразу знайти відмінність або відчують

втому, потрібно зробити коротку паузу, глибоко вдихнути і лише потім продовжити пошук. Експериментатор показуючи приклад коментував свої дії: «Я вже перевірів верхню частину», «Тепер шукаю в нижній», що сприяло формуванню послідовності виконання завдання.

Під час виконання вправи психолог забезпечував емоційну підтримку, використовуючи позитивне підкріплення, типу: «У тебе добре виходить», «Ти гарно працюєш», «подивися уважніше, ти обов'язково знайдеш», підтримував мотивацію дітей до завершення роботи та допомагав зберігати інтерес до виконання завдання. Якщо дитина починала відволікатися або демонструвала ознаки перевтоми, експериментатор м'яко спрямовував її увагу до завдання, нагадував алгоритм пошуку та пропонував виконувати роботу спільно невеликими послідовними етапами.

Психокорекційна вправа «Лабіринти».

Вправа базується на нейропсихологічному підході О. Лурії й використовується в нейропсихологічній корекції дітей з метою розвитку самоконтролю, довільної уваги та планування.

Процедура проведення. Дитині пропонується переглянути лабіринт і провести лінію від входу до виходу лабіринту. Мотивується, наприклад, «допомоги зайчику дійти до морковки» чи «допоможи хлопчикові знайти скарб» та ін.

Перед виконанням експериментатор інформує дитину: «Не поспішай. Спочатку уважно подивись на лабіринт, а потім знайди правильний шлях».

Під час аналізу фіксується зацікавленість, кількість помилок; імпульсивність; повернення назад; темп роботи.

Для кількісного аналізу було розроблено бальну систему, де: 1 бал – не виявляє зацікавленості, не може завершити завдання; 2 бала - потребує допомоги, часто повертається назад; 3 бала - допускає 2-3 помилки, але самостійно їх виправляє; 4 бала – після детального розгляду малюнка самостійно проходить лабіринт без помилок.

Перед початком виконання вправи експериментатор проводив коротку психокорекційну бесіду, спрямовану на зниження імпульсивності, формування довільної уваги, розвиток навичок планування власних дій та впевненості у власних

можливостях. Дітям пояснювалося, що під час виконання завдання головне не швидкість, а уважність і вміння спокійно знаходити правильне рішення. Наголошувалося, що помилки є природною частиною навчання і їх завжди можна виправити.

Для створення позитивної мотивації використовувалася ігрова ситуація. Експериментатор пропонував дітям уявити себе справжніми помічниками героя, який заблукав у лабіринті, і мають допомогти знайти йому добратися до виходу. Такий прийом знижував емоційне напруження, викликав інтерес до виконання вправи та підвищував внутрішню мотивацію.

Перед виконанням завдання пояснювали і показували як потрібно працювати: спочатку уважно оглянути весь лабіринт, знайти можливі перешкоди, подумки уявити маршрут і лише після цього починати проводити лінію. Особлива увага зверталася на необхідність планувати свої дії, не поспішати та контролювати кожен наступний крок.

Під час виконання вправи дітям надавалися словесні інструкції та підтримувальні коментарі: «Подивись уважно», «Не поспішай», «Подумай, куди краще повернути», «Ти добре справляєшся», «Якщо шлях не підходить, можна повернутися й спробувати інший», що сприяло уважності та зменшенню тривожності.

Якщо дитина демонструвала труднощі, експериментатор навчав її використовувати поетапний спосіб виконання завдання: спочатку пройти маршрут пальцем, потім простежити його очима і лише після цього проводити лінію олівцем. За потреби лабіринт умовно поділявся на невеликі ділянки, які дитина проходила послідовно, що зменшувало когнітивне навантаження та полегшувало планування.

Особлива увага приділялася формуванню позитивного ставлення до власних успіхів. Після завершення вправи експериментатор обговорював з дитиною процес виконання, підкреслював навіть незначні досягнення, звертав увагу на те, що саме допомогло знайти правильний шлях, заохочував до самооцінювання словами: «Що сьогодні тобі вдалося найкраще?», «Що допомогло бути уважним?», «Що ти зробиш наступного разу, щоб пройти лабіринт ще швидше?».

КПТ-техніка «Стоп-кадр». Техніка базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії А. Бека та методах роботи з образами (imagery rescripting), які застосовуються у травмофокусованій КПТ. Ця техніка не має автора, оскільки це адаптація різних технік керування травматичними образами.

Мета техніки - зменшення емоційної інтенсивності неприємних спогадів.

Процедура проведення. Експериментатор просить дитину розповісти про неприємну / трагічну ситуацію, яка з нею сталася, лише настільки, наскільки вона це може зробити. Після цього експериментатор просить дитину виконати таку послідовність: подумки натиснути кнопку «Стоп» на тому епізоді, який є найболючішим; зробити уявно картинку чорно-білою; потім уявно поступово зменшити її; відсунути далеко; і в кінці замінити її образом безпечного місця.

Перед виконанням техніки «Стоп-кадр» експериментатор проводив підготовчу психокорекційну роботу. На початковому етапі експериментатор проводив коротку бесіду про те, що та ситуація уже завершилася, а дитина перебуває у теперішньому моменті та знаходиться у безпеці. Таке пояснення сприяло розмежуванню минулого травматичного досвіду та актуальної ситуації.

Для формування навички емоційної стабілізації експериментатор перед початком основної роботи пропонував дитині виконати коротку вправу на заземлення: дитині пропонувалося звернути увагу на те, що вона бачить навколо себе, почути звуки приміщення, відчувати як міцно стоять ноги на підлозі, опору спини на стілець. Дитині надавалися навідні запитання, типу: «Що ти зараз бачиш?», «Що чуєш?», «На чому сидиш?», «Що відчувають твої руки?», які допомагали дитині зосередитися на теперішньому моменті та зменшити ризик надмірного занурення у травматичні переживання.

Перед виконанням техніки дитині доступно пояснювали принцип «Стоп-кадру», використовуючи зрозумілу для неї метафору керування, наприклад відео або мультфільмом. Дитині пояснювалося, що неприємний спогад можна уявити як картинку або кадр, який можна умовно поставити на паузу, зробити меншим, відсунути від себе та замінити іншим, спокійнішим і безпечним образом.

Експериментатор демонстрував послідовність дій на нейтральному, не пов'язаному з травмою прикладі, щоб дитина спочатку опанувала сам принцип техніки.

Під час підготовки проводився інструктаж: «Ти сам (-а) вирішуєш, коли почати», «Можеш зупинитися в будь-який момент», «Ти можеш розповідати лише те, що хочеш», «Ти зараз у безпеці», «Ми будемо робити це разом і дуже повільно». Такий підхід сприяв зниженню тривожності та підвищенню готовності дитини до виконання вправи.

Якщо дитина була готова до роботи зі спогадом, експериментатор допомагав їй обережно визначити емоційно значущу ситуацію без вимоги детально описувати травматичні події. У разі появи вираженого емоційного напруження експериментатор одразу припиняв поглиблення у спогад і переводив увагу дитини на стабілізаційні техніки: повільне дихання, заземлення, уявлення безпечного місця або контакт із предметом, який асоціюється із захищеністю.

Після завершення підготовчої частини експериментатор ще раз нагадував дитині про можливість контролювати процес і пропонував перейти до основної послідовності техніки: уявно зупинити неприємний образ, зробити його менш яскравим, чорно-білим, зменшити його розмір, віддалити та замінити образом безпечного місця. Після завершення вправи дитині пропонували зробити кілька спокійних вдихів і видихів, відчувати опору тіла та назвати приємні або нейтральні предмети навколо. Після цього проводилося коротке обговорення зміни спогаду.

Для оцінювання було розроблено бальну систему, де: 1 бал – плаче, не може виконати вправу через сильне емоційне збудження; 2 бала - лише частково використовує техніку, відмовляється виконувати всі етапи; 3 бала – всі етапи виконує після допомоги дорослого; 4 бала - самостійно виконує всі етапи техніки, тривога помітно зменшується.

Психокорекційна вправа «Я можу впоратися». В основі змісту цієї вправи лежить принципи когнітивної терапії А. Бека та концепції самоефективності А. Бандури.

Мета – формування позитивних переконань та підвищення впевненості у власних можливостях.

Процедура проведення. Дитині пропонується завершити речення, які експериментатор надає. Наприклад: «Я сильний (а), тому що...», «Я можу...», «Я знаю...», «Я впораюсь, якщо...», «Я потребую допомоги у...», «Я потребую допомоги від ...» та ін. Продовжети речення пропонується з опорою на власний досвід.

Дітям експериментальної групи пояснювалося, що метою вправи є не перевірка їхніх здібностей та не оцінювання правильності відповідей, а допомога у пригадуванні власних сильних сторін, умінь і життєвих ресурсів, які можуть допомогти долати складні або стресові ситуації.

Для актуалізації позитивного досвіду експериментатор проводив коротку бесіду з дитиною та пропонував пригадати ситуації, у яких їй вдалося подолати труднощі, виконати складне завдання, захистити себе, допомогти іншій людині або звернутися по допомогу. Діти відповідали на запитання, типу: «Пригадай, коли тобі було важко, але ти все одно впорався/впоралася», «Що тобі тоді допомогло?», «Хто був поруч із тобою?», «Що ти зробив/зробила, щоб стало краще?», «Які твої риси характеру допомогли тобі?». Тобто, увага дитини поступово переключалася з пережитого негативного досвіду на власні можливості його подолання.

Перед початком основної роботи експериментатор демонстрував дітям приклад виконання вправи, самостійно завершуючи одне або два речення, наприклад: «Я можу впоратися, якщо спочатку заспокоюся і попрошу допомоги» або «Я сильний, тому що не здаюся, коли мені важко». Це допомагало дітям зрозуміти завдання та знижувало можливу тривогу через необхідність говорити про себе.

Особлива увага приділялася дітям з труднощами у вербалізації власних переживань та усвідомленні своїх позитивних якостей, з метою стимуляції експериментатор застосовував позитивний зворотний зв'язок, наприклад: «Я помітив, що ти дуже уважно виконуєш завдання», «У тебе добре виходить не здаватися, навіть коли завдання складне», «Ти попросив про допомогу, і це теж ознака сили». При цьому позитивні характеристики ґрунтувалися на реальних спостереженнях за поведінкою дитини.

Після обговорення експериментатор разом із дитиною формувал індивідуальний «Список моїх ресурсів» який вміщував конкретні сильні сторони

дитини, успішні способи подолання труднощів, значущі люди та дії, які допомагають відновити емоційну рівновагу (наприклад: «Я можу попросити допомоги» та ін.).

Для кількісної оцінки результатів було розроблено бальну систему, де: 1 бал - домінують негативні переконання; 2 бала – переважають негативні, втім є поодинокі позитивні відповіді; 3 бала – намагається дати позитивні відповіді, але потребує окремих навідних запитань; 4 бала - самостійно формулює позитивні переконання.

Рольові ігри. Зміст методу розроблено згідно методу психодрами Я. Морено та поведінкового тренінгу соціальних навичок.

Метою методу є формування конструктивних моделей поведінки у стресових ситуаціях.

Процедура проведення. Індивідуальні і групові заняття. Дітям пропонуються створити різні ситуації і розіграти їх, наприклад: сварка з другом або з батьками, сигнал повітряної тривоги, навчання в новому класі, страшний сон, прохання про допомогу та ін. Після завершення проводиться обговорення з усіма учнями, які брали участь або окремими дітьми.

Перед проведенням рольових ігор експериментатор здійснював попередню психокорекційну підготовку дітей експериментальної групи, спрямовану на формування відчуття психологічної безпеки, зниження страху перед виконанням ролі та створення готовності до активної взаємодії.

Дітям наголошувалося, що під час гри немає «правильних» чи «неправильних» відповідей, а кожен учасник може спробувати різні варіанти поведінки та обрати той, який допомагає йому почуватися більш спокійно й упевнено. Особлива увага приділялася тому, щоб діти не боялися помилитися або бути оціненими іншими учасниками.

Експериментатор демонстрував дітям прості приклади конструктивного реагування у складних ситуаціях. Зокрема, пояснював, що замість крику або агресії можна спокійно висловити свої почуття; замість уникнення ситуації – попросити про допомогу; у разі страху – використати дихальну вправу, зосередитися на безпечному місці або звернутися до дорослого, якому дитина довіряє. Таким чином, дітям поступово пропонувалася модель «зупинися – заспокойся – подумай – обери дію».

Перед розігруванням ситуацій експериментатор разом із дітьми обговорював можливі варіанти поведінки. Пропонувалися такі ситуації для рольових ігор: під час сигналу повітряної тривоги (діти визначали, що можна зробити для власної безпеки); у ситуації конфлікту з другом (як висловити образу без агресії); у випадку страшного сну (як заспокоїти себе та до кого звернутися); у новому класі (як познайомитися з однолітками та попросити про допомогу).

Дітям демонстрували приклад конструктивної поведінки, після чого пропонували повторити її або створити власний варіант.

Для кількісної оцінки результатів було розроблено бальну систему, де: 1 бал – не може виконати роль, демонструє дезадаптивну поведінку; 2 бала – переважають моделі уникання або імпульсивні реакції; 3 бала – за підказки дорослого використовує ефективні стратегії реагування; 4 бала – демонструє адекватні моделі поведінки та самоконтроль.

Етап 4. Соціально-інтеграційний (1 місяць).

На цьому етапі проводилися соціально-комунікативні тренінги, нахшталт, робота в парі, спільний проєкт тощо; вправи на розвиток емпатії та взаємодопомоги; тілесно-орієнтовані ігри для зняття напруги («Хвиля», «Дзеркало»); набуття досвіду позитивної взаємодії з ровесниками та дорослими.

Соціально-комунікативний тренінг «Співпраця в парі».

Вправа ґрунтується на принципах соціально-психологічного тренінгу та кооперативного навчання, розроблених Д. Джонсон і Р. Джонсон, які довели ефективність спільної діяльності для розвитку комунікативних навичок, взаємної підтримки та соціальної адаптації дітей. (Девід Джонсон, Фрэнк П. Джонсон. (2013). *Joining Together: Group Theory and Group Skills: Pearson New International Edition. Longman (Pearson Education).*

Мета тренінгу – розвиток спільної діяльності, комунікації, взаємодопомоги та відповідальності за виконання спільної роботи.

Процедура проведення. Дітям пропонується об'єднатися в пари або малі групи. Кожна пара/група отримує спільне завдання, виконати яке можна лише за умови взаємодії. Це може бути створення малюнка, аплікації, конструкції з кубиків,

складання пазла чи виконання творчого проєкту. Перед початком роботи експериментатор наголошує про те, що важливо домовлятися, слухати одне одного, розподіляти обов'язки та допомагати партнеру, якщо це потрібно. Після завершення завдання проводиться коротке обговорення з усіма учнями.

Аналізуючи роботу в парі/групі зверталася увага на уміння домовлятися, як діти допомагали один одному, як розподіляли ролі, чи слухали партнера, наскільки точно дотримувалися правил спільної діяльності.

Перед проведенням соціально-комунікативного тренінгу експериментатор здійснював попередній психокорекційний вплив, спрямований на створення психологічно безпечних умов для взаємодії з однолітками та формування позитивної мотивації до спільної діяльності. Дітям у доступній формі пояснювалося значення взаємодопомоги, уміння слухати іншого, домовлятися, просити про допомогу та приймати допомогу від партнера.

З дітьми, які уникали контакту, експериментатор спочатку встановлював індивідуальний емоційний контакт, використовував доброзичливе звертання, підтримувальні висловлювання, потім пропонував спочатку виконати нескладну спільну дію разом, а вже після цього поступово залучав дитину до взаємодії з однолітком. Такий підхід дозволяв зменшити напруження та сформувати первинний досвід безпечної співпраці.

Перед виконанням основного завдання експериментатор з допомогою психолога демонстрував дітям модель конструктивної взаємодії. Після демонстрації дітям пропонувалося повторити такі способи взаємодії у власній діяльності. Під час виконання діти тренували вміння звертатися до іншого, слухати співрозмовника, висловлювати власне бажання та знаходити спільне рішення.

У процесі підготовки до тренінгу дітям пропонувалися способи конструктивного подолання можливих конфліктних ситуацій, зокрема використовувати висловлювання, типу: «Мені не подобається, коли...», «Я хочу запропонувати...», «Давай домовимося...», «Можемо зробити по-іншому...».

Було сформульовано і прописано прості правила взаємодії: слухаємо одне одного; не перебиваємо; поважаємо думку партнера; просимо про допомогу, якщо

вона потрібна; допомагаємо іншому; не висміюємо помилки; намагаємося домовитися, до яких діти могли повертатися під час виконання завдання.

Для кількісної оцінки результатів було розроблено чотирибальну систему, де: 1 бал – відмовляється від спільної діяльності або ігнорує правила; 2 бала – часто конфліктує або уникає від взаємодії з іншими, переривається на одиночну гру, потребує допомоги дорослого; 3 бала – співпрацює після нагадування чи допомоги дорослого; 4 бала – активно взаємодіє, комунікує, допомагає партнеру, дотримується правил.

Психокорекційна вправа «Потрібна допомога». Зміст вправи ґрунтувався на принципах розвитку емоційного інтелекту Д. Гоулмана та концепції емпатії К. Роджерса.

Мета - формування емпатії, співпереживання та готовності надавати допомогу.

Процедура проведення. Робота в парі. Експериментатор описує різні життєві ситуації, нахшталт, «впала бабуса чи дитина», «хтось залишився сам вдома», «під час прогулянки застала тривога», «вночі чути звуки вибухів», на які дитина має дати відповідь типу «що відчуває герой», «як можна допомогти», «що можна зробити чи сказати», «як діяти» тощо.

Якісному аналізу піддаються розуміння емоцій іншого, бажання допомогти, адекватність запропонованих дій, емоційне реагування та ін.

Перед виконанням психокорекційної вправи з дітьми експериментальної групи проводилася попередня психокорекційна робота. У доступній для віку дітей формі обговорювалося, як за виразом обличчя, голосом, жестами та поведінкою можна зрозуміти, що інша людина засмучена, налякана, розгублена або потребує допомоги. Дітям демонстрували картки з прикладами емоцій, за допомогою міміки, жестів і коротких життєвих ситуацій пропонували визначити, що може відчувати персонаж.

Особлива увага приділялася формуванню розуміння того, що допомога може бути різною: іноді достатньо підійти, вислухати, підтримати словами, покликати дорослого або просто залишитися поруч. Експериментатор пояснював дітям, що допомагати іншому необхідно з урахуванням ситуації та власної безпеки, а в

небезпечних обставинах, зокрема під час повітряної тривоги чи інших загроз, потрібно звертатися по допомогу до дорослих.

Для розвитку емпатійного реагування було застосовано запитання типу: «Як ти думаєш, що зараз відчуває ця людина?», «Що б ти відчував на її місці?», «Як ти думаєш, як їй можна допомогти?», «Що ти можеш зробити, щоб їй стало легше?» та ін.

Поступово діти залучалися до коротких рольових міні ситуацій, у яких одна дитина виконувала роль того, хто потребує допомоги, а інша – того, хто надає підтримку. У разі, якщо дитина не могла визначити емоції героя, експериментатор використовував картки емоцій, міміку або малюнки обличь. Разом із дитиною обговорювалися можливі емоції персонажа та варіанти дій чи допомоги. Потім дитині пропонувалося ще раз відповісти на запитання або розіграти цю ж ситуацію.

Для кількісної оцінки результатів було розроблено чотирибальну систему, де: 1 бал – відмовляється виконувати вправу, не може визначити почуття героя оповіді; 2 бала – з різними підказками визначає емоції, допомоги не надає; 3 бала – потребує незначної допомоги дорослого; 4 бала – самостійно визначає почуття героя, пропонує адекватну допомогу, взаємодіє в парі.

Етап 5. Заключно-рефлексивний (2 тижні). Метою заключного етапу було визначення змін у психоемоційному стані дітей, елементів саморегуляції, усвідомлення власних психологічних ресурсів та оцінка ефективності проведеної психокорекційної програми. Для цього застосовувалися структурована рефлексивна бесіда та психокорекційні вправи, що дозволяли оцінити динаміку емоційного стану, рівень сформованості позитивних переконань і здатність дитини використовувати набуті навички у повсякденному житті.

Структурована рефлексивна бесіда «Що я відчуваю зараз?». Зміст бесіди побудований на принципах клієнт-центрованого підходу К. Роджерса та розвитку емоційної компетентності, описаної у працях Д. Гоулмана. Мета – розвиток рефлексії, усвідомлення власних емоцій та оцінювання змін після психокорекційної роботи.

Процедура проведення. Експериментатор створює спокійну атмосферу, забезпечує довірливий контакт і проводить індивідуальну бесіду з кожним учнем.

Дитині пропонується відповісти запитання, типу: «Який зараз у тебе настрій? Гарний? Поганий?», «Як ти думаєш, після наших занять ти змінився (лася)? Якщо так, що саме?», «Що допомагає тобі почуватися спокійніше?», «Що ще залишається складним для тебе?», «Коли тобі буде сумно або страшно, що ти тепер будеш робити?» та ін. За необхідності використовуються картки емоцій або піктограми.

Під час бесіди аналізу піддавалися здатність розпізнавати власні емоції; точність їх опису; уміння пояснювати причини переживань; усвідомлення позитивних змін; використання набутих навичок емоційної саморегуляції.

Для кількісної оцінки результатів було розроблено чотирибальну систему, де: 1 бал – відмовляється відповідати, не може описати свій емоційний стан; 2 бала – погано розрізняє власні переживання, потребує опори на картки/малюнки, відповіді неповні або суперечливі; 3 бала – називає емоції після додаткових запитань, описує зміни частково; 4 бала – вільно називає і описує власні емоції, відзначає позитивні зміни, використовує набуті елементи рефлексії в життєдіяльності.

У разі, якщо дитині складно було назвати власні емоції, дорослий використовував картки із зображенням емоцій, фотографії, смайлики або малюнки обличь. Потім разом з дитиною обговорювали можливі переживання, після чого дитині пропонувалося ще раз описати свій стан. За необхідності експериментатор конкретизував питання з поясненнями і підводив до відповіді, наприклад: «Іноді люди відчують хвилювання або сум. Чи було в тебе щось схоже?», що поступово сприяло формуванню навичок емоційної рефлексії.

Рефлексивна психокорекційна вправа «Мій ресурс сьогодні». Вправа розроблена на принципах позитивної психології М. Селігмана, концепції самоєфективності А. Бандури та ресурсного підходу в психокорекції.

Метою цієї вправи було оцінити сформованість внутрішніх і зовнішніх психологічних ресурсів, розвиток позитивного мислення, віри у власні можливості та здатності до рефлексії.

Процедура проведення. Експериментатор пропонував дитині завершити речення типу «Сьогодні мене підтримує...», «Я навчився (лася) ...», «Я пишаюся тим,

що...», «Я можу допомогти собі, коли ...» та ін. Після виконання вправи експериментатор разом з дитиною проводив коротке обґрунтування відповідей.

Під час обговорення аналізувалося як дитина усвідомлює власні ресурси; чи має позитивні переконання, чи має віру у власні сили, рівень психологічної стійкості, вміння застосовувати набуті навички рефлексії.

Для кількісної оцінки результатів було розроблено чотирибальну систему, де: 1 бал - не розуміє власних ресурсів, переважають негативні висловлювання або безнадійність; 2 бала – важко визначає власні сильні сторони, відповіді неповні; 3 бала – називає окремі ресурси після навідних питань, використовує елементи рефлексії після нагадування; 4 бала – розуміє і визначає власні ресурси, позитивно оцінює себе та застосовує навички рефлексії.

Якщо ж дитина не могла визначити власні ресурси або висловлювала лише негативні судження про себе, експериментатор допомагав їй пригадати успішні ситуації з повсякденного життя, звертав увагу на досягнення під час занять, використовував позитивне підкріплення та навідні запитання, типу: «Що тобі вдалося сьогодні?», «За що тебе можна сьогодні?», «Як ти думаєш, які в тебе сильні сторони?», «Які люди тобі прийдуть на допомогу у разі потреби?», «Як можна собі допомогти у ситуації ...?» тощо. За потреби надавалися навідні питання чи використовувалися картки.

Таким чином, програма побудована на інтегративному підході, який поєднує медико-психологічні, психолого-педагогічні та травмофокусовані засади подолання психотравми. Використання арт-терапії та тілесно-орієнтованих технік сприяло опрацюванню травматичного досвіду на емоційному та тілесному рівні. Когнітивно-поведінкові методи забезпечували корекцію деструктивних установок та розвиток конструктивних стратегій мислення. Соціально-комунікативні вправи формували позитивний досвід взаємодії, що було надзвичайно важливим для дітей з ООП.

3.2. Результати формуючого експерименту

Для перевірки ефективності розробленої програми подолання психотравматичних проявів у дітей з особливими освітніми потребами було проведено контрольний експеримент. Його основним завданням стало визначення результативності психокорекційної роботи та виявлення змін, що відбулися в емоційній, когнітивній, поведінковій і соціальній сферах після завершення програми.

Метою контрольного експерименту було комплексне оцінювання ефективності психокорекційного впливу шляхом повторного дослідження особливостей психоемоційного функціонування дітей, рівня сформованості адаптивних способів реагування на психотравмуючі події, здатності до емоційної саморегуляції, соціальної взаємодії та використання особистісних ресурсів подолання наслідків психотравматичного досвіду.

У контрольному експерименті було використано комплекс психодіагностичних вправ і технік, який відповідав змісту розробленої психокорекційної програми. Запропоновані психодіагностичні вправи і техніки були підібрані з метою досягнення ефективності програми, а не повторення первинного скринінгу психотравми. Такий підхід дозволив оцінити зміни саме ті психологічні характеристики, на розвиток яких були спрямовані вправи та психотерапевтичні техніки програми.

Контрольне дослідження передбачало оцінювання сформованості таких складових психологічної резильєнтності дітей:

- емоційної стабільності та здатності до регуляції власних емоцій;
- сформованості позитивних когнітивних установок і зменшення проявів негативних переконань;
- рівня адаптивності поведінки у стресових ситуаціях;
- особливостей соціальної взаємодії, довіри до значущих дорослих і ровесників;
- сформованості внутрішніх і зовнішніх ресурсів психологічної підтримки.

Відповідно до завдань кожного етапу психокорекційної програми для оцінювання її ефективності були використані низку проєктивних психокорекційних вправ, які було модифіковано до завдань дослідження.

Отримані результати дали можливість простежити ефективність запропонованої програми подолання психотравматичних наслідків, визначити зміни в емоційній стабільності, когнітивному функціонуванні, поведінковій саморегуляції та соціальній адаптації дітей з особливими освітніми потребами, а також оцінити рівень сформованості психологічних ресурсів, необхідних для подальшого успішного подолання наслідків психотравматичного досвіду (додаток Л).

Аналіз результатів за модифікованою проєктивною вправою «Моє коло підтримки» засвідчив позитивні зміни у дітей експериментальної групи після реалізації психокорекційної програми порівняно з контрольною групою. Так, в експериментальній групі переважали діти з достатнім (50 %) та високим (20 %) рівнями сформованості кола соціальної підтримки. Це свідчить про те, що після проходження психокорекційної програми частина дітей легко називала декількох людей, яким довіряє, відчувала підтримку з боку близького оточення та демонструвала сформоване відчуття психологічної безпеки.

У контрольній групі, навпаки, домінували середній (45 %) та низький (35 %) рівні, тоді як високий рівень не був зафіксований. Ці діти називали лише одну значущу особу або потребували додаткових запитань психолога, що свідчить про недостатню сформованість уявлень про власні ресурси підтримки. Їхні малюнки характеризувалися схематичністю, недостатньою деталізацією, використанням окремих тривожних символів (укриття, сирени, темні кольори), що свідчило про недостатньо сформоване відчуття психологічної безпеки та домінування переживань, пов'язаних з психотравматичним досвідом. У бесіді ці діти нерідко обмежувалися короткими відповідями та мали труднощі з описом власних ресурсів.

Отримані результати свідчать, що діти ЕГ значно частіше демонстрували сформоване відчуття соціальної підтримки, довіру до близьких людей та здатність визначати власні ресурси допомоги. Водночас у КГ переважали нижчі рівні сформованості кола підтримки, що проявлялося труднощами у визначенні значущих людей, обмеженим колом довірливих стосунків або відсутністю відчуття психологічної захищеності.

Якісний аналіз результатів за методикою «Мій безпечний простір» дає змогу стверджувати, що у експериментальній групі у 20 % дітей сформоване уявлення про безпечний простір, здатність самотійно описувати ситуації, у яких вони почуваються захищеними, а також про наявність декількох внутрішніх і зовнішніх ресурсів психологічної підтримки. 60 % дітей ЕГ достатньо впевнено визначали безпечні місця, людей або ситуації, хоча ще потребували незначного уточнення чи стимулювання з боку психолога. Втім, 20 % учасників ЕГ визначали поодинокі безпечні місця, зображували їх схематично, розміщуючи поряд елементи небезпеки (сигнал тривоги, дим, вибух), в малюнках були присутні темні кольори, хоча позитивні теплі кольори також використовувалися. Тобто ці діти виявили недостатню сформованість образу безпечного простору. Варто відзначити, що дітей, які не могли намалювати безпечне місце або зображували лише небезпечне середовище, в малюнках яких були зовсім відсутні люди і, темна кольорова гама – в експериментальній групі виявлено не було.

Для порівняння, у контрольній групі результати були іншими. Так, лише у 10 % дітей було відносно сформоване відчуття психологічної безпеки. Тобто: ці діти зображували недостатньо деталізоване безпечне місце, часто були відсутні окремі атрибути безпеки та визначено одного значущого дорослого, в кольоровій гамі переважали позитивні кольори, які часто супроводжувалися темними (сірі, чорні). Половина дітей КГ контрольної групи (50 %) демонстрували невпевненість під час виконання завдання, труднощі у визначенні безпечного місця або потребу у постійній допомозі психолога. Поряд з цим, 40 % дітей не могли самотійно описати власний безпечний простір, використовували бідні, фрагментарні або стереотипні образи, чорну кольорову гаму, що свідчить про не сформованість внутрішнього відчуття безпеки.

Таким чином, результати вправи «Мій безпечний простір» свідчать про суттєве покращення сформованості внутрішнього образу психологічної безпеки у дітей ЕГ порівняно з КГ, що підтверджує ефективність проведеної психокорекційної роботи щодо подолання наслідків психотравматичного досвіду.

Якісний аналіз отриманих результатів за вправою «Дихання у долоньки» дає змогу стверджувати, що 30 % дітей ЕГ мають сформовані навички усвідомленого дихання, здатні самостійно виконувати вправу без додаткових підказок дорослого, намагаються дотримуватися правильного ритму дихання, концентрувати увагу на власних відчуттях та досягати стану емоційного заспокоєння. Під час виконання вправи ці діти намагалися рівно, повільно дихати, приймали розслаблену позу, впевнено виконували інструкції та повідомляли про зменшення внутрішньої напруги. 55 % учнів ЕГ правильно виконували вправу, втім інколи потребували словесного нагадування щодо темпу дихання або концентрації уваги. Після завершення вправи більшість з них повідомляли про покращення самопочуття, зменшення хвилювання, відчуття спокою та внутрішньої рівноваги, що свідчить про достатньо сформовані навички емоційної саморегуляції, які можуть ефективно використовуватися у стресових ситуаціях.

Поряд з цим, 15 % дітей ЕГ відчували труднощі із збереженням повільного ритму дихання, швидко відволікалися або потребували постійного супроводу дорослого. Втім, після кількох повторень вправи у дітей спостерігалось поступове зниження емоційного напруження та покращення здатності контролювати власний стан. Дітей ЕГ, які б не виконали вправу взагалі – не було виявлено.

На відміну від дітей ЕГ, лише 15 % учасників КГ виконали вправу з незначними труднощами та частковою допомогою експериментатора, 50 % учнів частково розуміли техніки дихання, виявляли недостатню здатність використовувати її для самостійного зниження емоційного напруження без допомоги експериментатора. 35 % дітей не могли зосередитися на виконанні вправи, порушували ритм дихання, швидко втрачали увагу або відмовлялися виконувати окремі інструкції. За спостереженнями у багатьох дітей КГ після завершення вправи зберігалися ознаки тривожності, емоційного напруження та рухового неспокою. Поряд з цим, жодна дитина не виконала вправу самостійно з дотриманням всіх вимог.

Таким чином, систематичне використання дихальних вправ, постійний вербальний супровід психолога, навчання дітей усвідомленому контролю дихання, поєднання вправ із позитивною візуалізацією та формуванням відчуття безпеки

сприяли розвитку навичок саморегуляції, зниженню фізіологічних проявів тривоги та підвищенню емоційної стійкості у дітей ЕГ.

Отримані результати за вправою «Намалюй свій страх» свідчать про здатність дітей ЕГ усвідомлювати власні страхи, безпечно їх виражати та поступово знижувати рівень психоемоційної напруги. Так, у експериментальній групі 35 % дітей без труднощів зображували власні переживання, відкрито розповідали про них, активно трансформували загрозливий образ у менш небезпечний або позитивний, разом з експериментатором знаходили способи його подолання та демонстрували емоційне врівноваження після завершення вправи. Під час обговорення діти легко пояснювали свої дії, пропонували різні варіанти зміни образу страху та говорили, що страх став «смішним», «не страшним», «майже подружилися», тобто висловлювали впевненість у можливості впоратися з ним. 55 % дітей також успішно виконували завдання, втім потребували окремих запитань, словесної підтримки або позитивного підкріплення з боку дорослого і після спільного обговорення погоджувалися змінити образ страху, домальовували йому кумедні або доброзичливі елементи, зображували поруч людей чи предмети, які могли подолати цей страх та ін. Водночас, діти стали емоційно урівноваженішими, що свідчило про поступове формування конструктивних способів подолання тривоги/страху та підвищення впевненості у власних можливостях. Поряд з цим, 10 % дітей ЕГ зображували страх досить детально, втім неохоче погоджувалися його змінювати, довго вагалися або потребували значної допомоги дорослого, після завершення вправи спостерігалось певне зниження емоційної напруги та готовність до подальшої роботи сумісно з дорослим. У експериментальній групі, дітей, які повністю відмовилися виконувати вправу або у яких рівень тривоги зріс під час малювання – виявлено не було.

У контрольній групі лише 15 % дітей змогли частково трансформувати образ страху лише за активної підтримки і допомоги експериментатора. 50 % малюнках дітей страх залишався домінуючим, а запропоновані зміни були мінімальними або формальними, не зважаючи на допомогу дорослого. 35 % дітей відмовлялися виконувати окремі етапи вправи, не бажали говорити про власні переживання або демонстрували посилення тривоги під час роботи. У їхніх малюнках зберігалися

великі темні образи, символи небезпеки, війни, руйнувань або загроз, які діти не могли самотійно трансформувати у безпечні образи.

Таким чином, отримані результати у ЕГ свідчать, що систематичне використання арт-терапевтичних методів, психоемоційна підтримка дітей, створення атмосфери психологічної безпеки, поетапна вербалізація переживань, підтримувальні бесіди та бажання змінити образ страху сприяли істотному зниженню рівня тривожності та формуванню адаптивних способів реагування на психотравматичний досвід. Водночас результати КГ свідчать, що без цілеспрямованого психокорекційного впливу більшість дітей продовжують утримувати високий рівень емоційної напруги, не мають достатньо сформованих навичок опрацювання власних страхів і потребують спеціально організованої психологічної допомоги.

За вправою «закінчи історію» було отримано такі результати. В експериментальній групі спостерігалися кращі показники сформованості конструктивних способів подолання психотравмуючих ситуацій порівняно з контрольною групою. Так, 30 % дітей ЕГ отримали здатні самотійно будувати сюжет з позитивним завершенням, могли знаходити для героя джерела підтримки, їхні історії мали позитивне закінчення та можливість безпечного виходу з ситуації, яка склалася. У КГ 15 % дітей, за допомогою експериментатора могли знаходити об'єкти чи суб'єктів підтримки для героя, щоб позитивно закінчити історію. Після повторного прочитання казки в цілому, демонстрували готовність продовжити працювати. 55 % дітей ЕГ, створювали свої історії за підтримки експериментатора, і в створених ними історіях герої долали труднощі за допомоги інших персонажів, що свідчить про усвідомлення щодо необхідності звернення по допомогу, сформовані моделі реагування на стресові події, для дітей КГ такі випадки були характерні у 15 %.

Поряд з цим, історії 15 % дітей ЕГ та 45 % дітей КГ характеризувалися невизначеним або тривожним завершенням, навіть після прочитання казки повністю, у їхніх історіях герой не завжди отримував ефективну допомогу, а способи подолання труднощів залишалися недостатньо сформованими, що свідчить про збереження внутрішньої невпевненості, недостатній рівень психологічних ресурсів та труднощі у прогнозуванні позитивного розвитку подій.

У 25 % дітей КГ історії завершувалися поразкою героя, безвихідною ситуацією або посиленням небезпеки, що свідчить про домінування тривожних переживань, відсутність сформованих моделей конструктивного подолання психотравмувальних ситуацій та недостатню віру у можливість отримання підтримки. Серед дітей ЕГ, таких випадків не спостерігалось.

Отже, отримані результати дають змогу стверджувати, що у більшості дітей ЕГ сформувалося уявлення про можливість успішного подолання складних життєвих ситуацій за допомогою власних ресурсів та підтримки значущих дорослих чи однолітків. На відміну від них, у дітей КГ частіше зберігалися песимістичні сценарії розвитку подій, невизначеність фіналу та невміння ефективно долати труднощі, що свідчить про недостатню сформованість адаптивних копінг-стратегій та збереження наслідків психотравматичних переживань.

На третьому етапі було застосовано корекційні техніки. Так, в ході аналізу отриманих результатів за вправою «Знайди відмінності» було з'ясовано, що у експериментальній групі 15 % дітей досить швидко знаходили майже всі відмінності, зацікавлено працювали, зберігали увагу протягом усього часу роботи та частково потребували допомоги експериментатора. 70 % учнів ЕГ виявили достатньо сформовану здатність знаходити понад 60 % відмінностей з незначними помилками та епізодичною потребою у підтримці дорослого. 15 % дітей втрачали інтерес до завдання, знаходили менше половини відмінностей, швидко втомлювалися та потребували постійних підказок і супроводу, водночас, випадків невиконання вправи взагалі, у експериментальній групі не виявлено.

У контрольній групі жодна дитина не виконала завдання повністю, 15 % дітей під час виконання вони працювали повільніше, частіше зверталися за допомогою дорослого і з допомогою могли віднайти 80 % відмінностей, 40 % учнів мали низьку стійкість уваги, швидко виснажувалися, без допомоги експериментатора не могли знаходити більшість відмінностей. 45 % дітей КГ не змогли самостійно завершити завдання або знайшли лише окремі відмінності навіть за умов допомоги експериментатора.

Отримані результати дають змогу стверджувати, що діти експериментальної групи рідше відволікалися, довше зберігали працездатність, ефективніше використовували запропоновані способи пошуку відмінностей та демонстрували вищу самостійність. У дітей контрольної групи без цілеспрямованого психокорекційного впливу зберігалися труднощі концентрації уваги, імпульсивність, швидка психічна виснажуваність та залежність від допомоги дорослого.

Отримані результати за виконанням вправи «Лабіринт» були такі. Так, 60 % дітей ЕГ успішно проходили лабіринт, допускаючи лише окремі помилки, які самостійно або за часткового нагадування дорослого виправляли, що свідчить про сформованість елементарних навичок планування, застосування засвоєних способів самоконтролю та зацікавленість до завдання, тобто діти були вмотивовані до правильного виконання. 10 % дітей після пояснень експериментатора і попереднього аналізу лабіринту, виконали вправу майже без помилок, демонструючи зацікавленість, знання способів самоконтролю, довільної регуляції поведінки, зосередженості та здатність прогнозувати власні дії на нескладних лабіринтах. 30 % дітей експериментальної групи потребували значнішої допомоги дорослого та періодично поверталися до попередніх етапів проходження лабіринту. Водночас, у жодної дитини ЕГ не зафіксовано повної відмови від виконання завдання або нездатності його завершити за допомогою дорослого.

У контрольній групі 50 % дітей виконували вправу лише за постійної допомоги дорослого, часто втрачали правильний напрямок, поверталися до вже пройдених ділянок лабіринту та демонстрували труднощі з утриманням послідовності дій. 30 % дітей зовсім не змогли завершити завдання, швидко втрачали інтерес до роботи, відволікалися або відмовлялися від подальших спроб його виконання. І лише 20 % дітей змогли пройти лабіринт з незначними помилками та частковою допомогою дорослого. Дітей, які виконали завдання без помилок, у контрольній групі виявлено не було.

Якісний аналіз результатів показав, що діти експериментальної групи діяли послідовніше і уважніше аналізували маршрут перед початком роботи, рідше

проявляли імпульсивність та значно частіше використовували сформовані під час психокорекційних занять способи самоконтролю.

У порівнянні, діти КГ виконували завдання без попереднього планування, імпульсивно, швидко втрачали увагу і потребували постійної допомоги експериментатора або відмовлялися від завершення роботи після того як не виходило знайти вихід з лабіринту.

Кількісний та якісний аналіз отриманих результатів за КПТ-технікою «Стоп-кадр» були такі: 15 % дітей ЕГ могли дистанціюватися від травматичного образу за окремими підказками експериментатора, змінювати його і переключатися на ресурсний образ безпечного місця, що свідчить про сформованість навичок самоконтролю та здатність використовувати освоєну техніку як інструмент самодопомоги при актуалізації неприємних спогадів. 60 % дітей ЕГ змогли виконати повну послідовність техніки, втім потребували супроводу експериментатора, повтору словесних інструкцій, повернення до показу прикладів та емоційної підтримки. Варто відзначити, що ці діти вже були здатні зупинити неприємний образ, уявно змінити його, зменшити чи віддалити його, та замінити на образ безпечного місця про яке йшлося в попередніх вправах. Втім емоційний стан самостійно врегулювати не могли. Водночас 25 % дітей ЕГ лише частково використовували запропоновану техніку і часто відмовлялися виконувати окремі її етапи. Такий результат може бути пов'язаний із тим, що робота з неприємними спогадами є емоційно складною, особливо для дітей з психотравматичним досвідом. Деякі діти мали труднощі з уявним відтворенням і трансформацією образів, потребувати більш тривалого часу для заміни спогаду безпечним місцем. Важливо, що у експериментальній групі не було дітей, які б продемонстрували сильне емоційне збудження, що б повністю унеможливлювало виконання вправи.

У контрольній групі 40 % дітей могли частково виконувати техніку, але не були здатні послідовно пройти всі її етапи без допомоги експериментатора. У них виникали труднощі з переходом від неприємного спогаду до зменшення та заміни на безпечний образ, що свідчить про недостатню сформованість навичок емоційного регулювання та самоконтролю. 35 % дітей КГ демонстрували виражене емоційне збудження, могли

плакати, бігати, відмовлятися від виконання завдання й були не спроможні завершити техніку через значну інтенсивність переживань. Тобто ці діти не були готові до самостійної роботи з травматичними спогадами. Натомість, 25 % дітей КГ змогли за безпосередньої допомоги дорослого виконати етапи техніки, що може свідчити про наявність потенційної здатності до формування емоційної регуляції.

Таким чином, дітей ЕГ після психокорекційного впливу були спроможні до застосування способів контролю над власним внутрішнім станом, переживати травматичний образ і змінити його інтенсивність чи переключатися на ресурсний образ безпеки. Водночас, діти КГ, які не проходили систематичного психокорекційного впливу, демонстрували труднощі з емоційним переключенням, потребували постійної безпосередньої підтримки дорослого або взагалі не виконували окремі етапи вправи.

За результатами вправи «Я можу впоратися» було отримано такі результати: 20 % дітей ЕГ змогли самостійно формулювати позитивні судження про себе, власні можливості та способи подолання труднощів, без значеної допомоги з боку дорослого. 65 % дітей були здатні надати позитивні відповіді, втім потребували окремих навідних запитань, стимуляції, нагадування про попередній досвід успіху чи допомоги у визначенні власних сильних сторін. У 15 % дітей ЕГ переважали негативні або невпевнені судження про себе, але спостерігалися певні позитивні висловлювання, що може свідчити про формування здатності помічати власні ресурси.

Водночас у контрольній групі у 30 % дітей домінували негативні переконання і труднощі у визначенні власних сильних сторін та ресурсів, у 60 % дітей переважали негативні установки з наявністю лише окремих позитивних відповідей і лише 10% дітей КГ були здатні формулювати позитивні судження за умови постійної навідної допомоги дорослого.

Якісний аналіз отриманих результатів дозволяє припустити, що позитивні зміни в експериментальній групі пов'язані з систематичним психокорекційним впливом, спрямованим на формування емоційної стабільності, усвідомлення власних можливостей та розвиток конструктивних способів подолання труднощів. Тобто,

близько 80 % дітей ЕГ могли виявляти власні позитивні якості, називати те, що їм добре вдається, визначати ситуації, у яких вони самостійно знайти рішення, а також усвідомлювати потребу в допомозі інших людей. Водночас, близько 90% дітей КГ демонстрували невпевненість, труднощі у вербалізації власних ситуацій успіху, значну залежність від оцінки дорослого та потребу в зовнішній допомозі.

Якісний аналіз одержаних результатів після виконання рольових ігор показав, що діти експериментальної групи продемонстрували суттєво більш сформовану здатність до конструктивного реагування у змодельованих стресових і соціальних ситуаціях. Так, 25% дітей ЕГ демонстрували адекватні моделі поведінки, контролювали власні емоції, за потреби зверталися по допомогу й застосовували навички самозаспокоєння, 50 % дітей розуміли, як можна діяти конструктивно, здатні були прийняти запропоновану стратегію, але не завжди могли перенести її у самостійну поведінку без допомоги дорослого. Водночас, поведінка 25% дітей ЕГ характеризувалася переважанням уникання або імпульсивних реакцій (в основному таку поведінку виявляли діти з порушенням інтелекту і РАС, через специфіку розвитку когнітивних, регуляторних та комунікативних функцій, адже рольова гра є складним завданням і вимагає одночасного контролю емоцій, розуміння соціальної ситуації, прогнозування наслідків власних дій, вибору моделей поведінки).

У контрольній групі 35% дітей під відмовлялися від участі, мали труднощі з розумінням ситуації, виявляли розгубленість та пасивність або, навпаки, імпульсивно реагували. 50% дітей КГ демонстрували переважно поведінку уникання або імпульсивні реакції. І лише 15% дітей КГ за допомоги дорослого використовували ефективні стратегії реагування. При цьому жодна дитина контрольної групи самостійно не застосувала адекватних моделей поведінки.

Таким чином, повторення рольових ситуацій сприяло у дітей ЕГ формуванню навичок самоконтролю, емоційної регуляції, звернення по допомогу, конструктивного вираження емоцій та пошуку альтернативних способів розв'язання проблем. На відміну від ЕГ, діти КГ не піддавалися психокорекційному впливові, спрямованого на відпрацювання конструктивних моделей поведінки, тому в їхніх

результатах переважали стратегії уникання, імпульсивне реагування, пасивність або залежність від допомоги дорослого.

На четвертому етапі дослідження було застосовано вправи щодо роботи в парі, групі. Після проведення соціально-комунікативного тренінгу «Співпраця в парі» було одержано такі результати: 50 % дітей ЕГ могли співпрацювати після окремих нагадувань чи підтримки дорослого, 25 % учнів активно взаємодіяли з однолітком, спілкувалися, допомагали один одному й намагалися дотримувалася правил спільної діяльності, орієнтуючись на правила. Водночас, 25 % дітей потребували допомоги дорослого, часто уникати взаємодії або мали труднощі з підтриманням спільної діяльності, що свідчить про те, що соціально-комунікативні навички сформовано недостатньою мірою і діти потребують психокорекційного впливу.

У контрольній групі 30 % дітей відмовлялися від взаємодії або ігнорували правила, 55 % учнів часто уникали співпраці, конфліктували, переривали спільну діяльність або потребували значної допомоги дорослого. 15 % дітей могли співпрацювати після нагадування чи підтримки дорослого.

Якісний аналіз отриманих результатів свідчить, що після проведення психокорекційної роботи діти експериментальної групи виявляли більшу готовність до встановлення контакту з однолітками, включення у спільну діяльність та прийняття правил взаємодії. Були сформовані вміння домовлятися, розподіляти ролі, слухати партнера та звертатися по допомогу у разі виникнення труднощів.

За виконанням вправи «Потрібна допомога» було отримано такі результати: 20 % дітей ЕГ самостійно визначали емоційний стан героя, пропонували адекватну допомогу та взаємодіяли з дитиною в парі, 60 % учнів виконували завдання правильно за часткової допомоги дорослого, що свідчить про сформованість базових навичок емпатійного реагування та можливість застосовувати їх у практичних ситуаціях. У 20 % дітей ЕГ спостерігалися труднощі у визначенні емоцій та виборі способу допомоги, через що вони потребували більшої підтримки й додаткових пояснень.

У контрольній групі: 30 % дітей не могли самостійно визначити почуття героя або відмовлялися від виконання завдання, 60 % учнів могли визначити емоції лише за допомогою різних підказок, втім не демонстрували готовності запропонувати

адекватну допомогу і лише 10 % дітей КГ змогли виконати завдання на рівні часткової сформованості емпатійних умінь, потребуючи при цьому допомоги дорослого.

Якісний аналіз показав, що діти ЕГ виявили значно більшу готовність до емоційного включення у ситуацію іншої людини. Під час виконання завдання вони частіше намагалися зрозуміти, що саме переживає герой, звертали увагу на його емоційний стан та шукали способи його підтримати. Наприклад, у ситуаціях страху дитина могла запропонувати заспокоїти героя або звернутися до дорослого, а в ситуації тривоги – запропонувати піти до укриття або звернутися по допомогу дорослого.

Більшість дітей КГ не могли визначити емоції героя («боїться», «сумує», «йому погано») і не завжди могли пояснити, що саме потрібно зробити для його підтримки. Діти потребували додаткових запитань та навідної допомоги психолога. У деяких випадках спостерігалася тенденція до опису ситуації з позиції власних переживань, а не з позиції емоційного стану іншої людини. Частина дітей КГ відмовилися від виконання завдання бо не могли визначити, що відчуває герой.

Отже, результати вправи «Потрібна допомога» демонструють позитивні відмінності між експериментальною та контрольною групами. Важливим було те, що в межах психокорекційної програми діти ЕГ мали можливість не лише говорити про емоції, а й практично відпрацьовувати моделі емпатійної поведінки, що сприяло закріпленню навичок і формуванню більш стійких способів реагування.

На заключно-рефлексивному етапі було з'ясовано зміни, які відбулися у психоемоційному стані дітей, вміння використовувати моделі реагування та усвідомлювати власні психологічні ресурси.

За результатами проведення структурованої рефлексивної бесіди «Що я відчуваю зараз?» було здійснено кількісний та якісний аналіз сформованості в дітей здатності усвідомлювати власний емоційний стан, розпізнавати й називати переживання, визначати їх причини, усвідомлювати позитивні зміни та використовувати набуті в процесі психокорекційної роботи навички емоційної саморегуляції.

Так, 30 % дітей ЕГ вільно називали і описували власні емоції, могли пояснити причини переживань, визначали позитивні зміни та використовувати набуті навички у повсякденному житті. 55 % дітей ЕГ розуміли і називали власні емоції, після додаткових запитань описували свій стан, усвідомлювали позитивні зміни, що відбулися внаслідок психокорекційної роботи, але не завжди могли самостійно про це розповісти. Водночас, 15% дітей ЕГ мали окремі труднощі емоційної рефлексії. Ці діти потребували використання додаткових засобів – карток емоцій, піктограм, малюнків та допомоги дорослого для конкретизації власних переживань, що свідчить про необхідність продовження психокорекційних занять з цими дітьми.

Поряд з цим, в дітей експериментальної групи спостерігалася більша відкритість в процесі індивідуальної бесіди, діти частіше використовували слова, що позначають різні емоційні стани: «спокійний», «радісний», «сумний», «наляканий», «схвилюваний», «злий», «розгублений», що свідчить про розширення емоційного словника та підвищення здатності до диференційованого усвідомлення власних переживань.

Діти КГ мали такі результати: 35 % дітей не могли самостійно описати свій емоційний стан або відмовлялися відповідати на запитання, 55 % опитаних визначали власні переживання лише за допомогою карток, малюнків чи навідних запитань, відповіді були неповними і недостатньо конкретними. 10% дітей КГ використовуючи допомогу дорослого, додаткові запитання продемонстрували здатність називати власні емоції та частково описувати зміни свого емоційного стану.

Таким чином, якісний аналіз результатів дає змогу стверджувати про суттєві відмінності між дітьми експериментальної та контрольної груп в здатності до емоційної рефлексії та усвідомлення власного психоемоційного стану.

У дітей КГ виявлялися вираженіші труднощі в усвідомленні та вербалізації власних переживань, діти потребували опори на картки емоцій, піктограми або зображення обличь. Їм було складніше пояснити причини власного стану, у частини дітей спостерігалася нездатність самостійно відповісти на запитання про власні переживання або небажання спілкуватися. Їхні відповіді були односкладові, типу: «не знаю», «нормально», «добре» Часто ці діти могли назвати емоцію лише після

використання карток чи піктограм, проте не завжди могли пояснити її причину або пов'язати емоційний стан із конкретною ситуацією. Тобто, у дітей, які не брали участі у психокорекційній програмі, не було виявлено сформованої здатності описувати власні емоції, усвідомлювати позитивні зміни та самостійно використовувати набуті навички емоційної саморегуляції.

Важливим результатом є також те, що діти ЕГ у процесі бесіди частіше демонстрували перенесення набутих навичок у повсякденне життя, наприклад, «вдома, коли я почула тривогу, я сказала мамі, що треба йти в укриття». Тобто, вони могли назвати конкретні способи, які будуть використовувати у разі виникнення страху, тривоги чи суму. Отже, проведена психокорекційна робота сприяла не лише кращому розумінню дітьми ЕГ власних емоцій, а й формуванню практичної здатності керувати ними.

Отримані результати свідчать про те, що після реалізації психокорекційної програми діти експериментальної групи істотно краще усвідомлювали та вербалізували власні емоційні стани, могли визначати причини власних переживань, помічали позитивні зміни у своєму психологічному стані та демонстрували здатність застосовувати набуті способи емоційної саморегуляції. Натомість у контрольній групі, яка не зазнавала цілеспрямованого психокорекційного впливу, переважали нижчі рівні сформованості емоційної рефлексії.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між експериментальною та контрольною групами за результатами структурованої рефлексивної бесіди «Що я відчуваю зараз?» було застосовано χ^2 -критерій Пірсона. Для аналізу було сформовано таблицю перехресну таблицю розподілу результатів (спряженості), у якій враховувався розподіл дітей за чотирма рівнями оцінювання результатів методики (додаток М).

За результатами аналізу встановлено статистично значущі відмінності між групами ($\chi^2=12,83$; $df=3$; $p\approx 0,005$), що свідчить про різний розподіл рівнів сформованості здатності дітей усвідомлювати та описувати власний емоційний стан.

Оскільки перехресна таблиця розподілу результатів має розмір 4×2 (по рядках представлено чотири рівні результативності (1-4 бали), а по стовпцях –

експериментальну та контрольну групи) і містить низькі очікувані частоти (зокрема 2,5), додатково до χ^2 -критерію було застосовано точний критерій Фішера-Фрімена-Голтона.

За точним критерієм Фішера-Фрімана-Галтона для двобічної перевірки: $p \approx 0,0014$. Отже, $p < 0,01$, а тому відмінності між експериментальною та контрольною групами за результатами рефлексивної бесіди «Що я відчуваю зараз?» є статистично значущими. Для порівняння, за критерієм χ^2 Пірсона: $\chi^2(3) \approx 12,59$; $p \approx 0,0056$.

Таблиця 3.1.

Результати статистичної перевірки відмінностей між ЕГ та КГ

Статистичний критерій	Значення	p	Інтерпретація
χ^2 Пірсона	12,59	0,0056	Відмінності статистично значущі
Точний критерій Фішера–Фрімана–Галтона	–	0,0014	Відмінності статистично значущі

Для статистичного підтвердження виявлених міжгрупових відмінностей було проведено порівняння розподілу результатів за рефлексивною психокорекційною вправою «Що я відчуваю зараз?» у дітей експериментальної та контрольної груп. Отже, за результатами кількісного аналізу встановлено, що в експериментальній групі 0 % дітей отримали 1 бал, 15 % учнів – 2 бали, 60 % дітей – 3 бали та 25 % дітей – 4 бали; у контрольній – 40 % дітей отримали 1 бал, 15 % учнів – 2 бали, 45 % дітей – 3 бали, 0 % дітей з результатом у 4 бали.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей було використано точний критерій Фішера-Фрімана-Галтона для таблиці спряженості 4×2 . Отримано $p \approx 0,0014$, що є меншим за критичний рівень значущості 0,01. Отже, між експериментальною та контрольною групами за розподілом рівнів сформованості емоційної рефлексії виявлено статистично значущі відмінності (додаток М).

Таким чином, статистичні дані підтверджують, що відмінності між експериментальною та контрольною групами статистично значущі, адже у експериментальній групі після проведення психокорекційної роботи переважали діти з високими та достатніми показниками емоційної рефлексії, що передбачали самостійне розпізнавання й опис власних емоцій, усвідомлення позитивних змін та

використання набутих навичок рефлексії у повсякденній життєдіяльності (близько 85 % учасників отримали 3-4 бали, при цьому 25 % дітей отримали 4 бали). У контрольній групі таких дітей виявлено не було, а 40 % учасників продемонстрували 1 бал, що характеризувався труднощами в усвідомленні та описі власного емоційного стану.

Таким чином, статистично значущі відмінності в розподілі результатів між ЕГ та КГ розглядаються як додаткове підтвердження ефективності психокорекційного впливу, спрямованого на розвиток емоційної рефлексії, усвідомлення власних переживань та формування здатності використовувати набуті навички емоційної саморегуляції.

За результатами проведення рефлексивної психокорекційної вправи «Мій ресурс сьогодні» було здійснено кількісний аналіз та обґрунтовано отримані результати щодо сформованості у дітей обох груп внутрішніх і зовнішніх психологічних ресурсів подолання психотравми, позитивного ставлення до себе, вміння переключатися на позитивні образи та здатності до рефлексії.

Якісний аналіз отриманих результатів також підтверджує позитивну динаміку в експериментальній групі, в якій не було виявлено дітей які одержали 1 бал (фактично відсутність ресурсу для подолання психотравми), тоді як у контрольній групі цей рівень зафіксовано у 40 % дітей. В ЕГ 50 % дітей продемонструвала результат 3 бали, що відповідає здатності визначати окремі власні ресурси та використовувати елементи рефлексії після навідних запитань або нагадування, 25 % дітей ЕГ одержали 4 бала, тобто змогли самостійно усвідомити та назвати власні внутрішні й зовнішні ресурси, позитивно оцінити себе та застосувати набуті навички рефлексії.

У контрольній групі, діти в якій не зазнавали цілеспрямованого психокорекційного впливу, переважали показники низької ресурсності: 40 % дітей одержали 1 бал, ще 40 % дітей – 2 бали, що характеризується труднощами у визначенні власних сильних сторін, невмінні визначати зовнішню і внутрішню підтримку, значущих людей та однотипністю рефлексивних відповідей. Втім, у КГ 20

% дітей одержали 3 бала, що свідчить про необхідність формування психологічних ресурсів стійкості до психотравми. 4 бала – не продемонструвала жодна дитина.

Важливим є те, що під час вправи «Мій ресурс сьогодні» дитина мала не просто назвати позитивні якості, а й пов'язати їх із власним досвідом: визначити, що їй підтримує, що їй вдалося, чого вона навчилася та як може допомогти собі у складній ситуації. Тому переважання 3- і 4-бальних результатів в ЕГ свідчить не лише про формальне покращення самооцінки, а про формування більш усвідомленої позиції щодо власних можливостей та доступних ресурсів подолання стресу.

Натомість у дітей КГ, які не проходили систематичного психокорекційного впливу, зберігалися труднощі з усвідомленням власних ресурсів. Частина дітей орієнтувалася переважно на зовнішню допомогу, не могла назвати власні сильні сторони або давала односкладові й неповні відповіді, що свідчить про недостатню сформованість рефлексивних навичок, позитивних переконань щодо власної самоефективності та здатності самостійно мобілізувати внутрішні й зовнішні ресурси в ситуаціях стресу.

Для оцінювання статистичної значущості відмінностей було використано χ^2 -критерій Пірсона з асимптотичною (χ^2 -) апроксимацією. За результатами аналізу за критерієм χ^2 Пірсона встановлено статистично значущі відмінності між групами: $\chi^2(3) = 20,60$; $p < 0,001$. Отриманий результат дає змогу стверджувати, що розподіл рівнів сформованості внутрішніх і зовнішніх психологічних ресурсів у дітей експериментальної та контрольної груп статистично значуще відрізняється.

З огляду на наявність малих очікуваних частот, зокрема відсутністю дітей із результатом 1 бал в експериментальній групі та відсутністю дітей із результатом 4 бали в контрольній групі, результати χ^2 -критерію Пірсона було додатково перевірено за допомогою точного критерію Фішера-Фрімана-Галтона для таблиці спряженості 4×2 .

Емпіричний розподіл частот демонструє виразну тенденцію до вищих показників в експериментальній групі: оцінку «3 бали» та «4 бали» сумарно одержали 75% учасників ЕГ ($n = 15$), тоді як у КГ цей показник становить лише 20% ($n = 4$).

Поряд з цим, низькі оцінки («1 бал» та «2 бали») переважно одержали діти контрольної групи – 80% (n = 16) проти 25% (n = 5) в ЕГ.

За результатами розрахунку точного критерію Фішера-Фрімана-Галтона встановлено статистично значущу залежність між приналежністю до групи та рівнем отриманих балів ($p = 0.00041$). Оскільки отримане значення $p < 0.001$, нульова гіпотеза про рівність розподілів відхиляється на високому рівні значущості. Таким чином, зафіксовані відмінності у результатах досліджуваних груп не є випадковими, що статистично підтверджує перевагу та ефективність впровадженої в ЕГ методики (табл.3.2).

Таблиця 3.2.

Узагальнені статистичні дані за проведеною методикою «Мій ресурс сьогодні»

Статистичний показник	Значення	Інтерпретація
n ЕГ	20	100%
n КГ	20	100%
Середній бал ЕГ	3,00	Вищий рівень сформованості психологічних ресурсів
Середній бал КГ	1,90	Нижчий рівень сформованості психологічних ресурсів
Різниця середніх	1,10	На користь ЕГ
χ^2 Пірсона	20,60	Статистично значущі відмінності між групами
df	3	4 категорії – 1
p	$< 0,001$	Відмінності статистично значущі
Точний критерій Фішера–Фрімана–Галтона	$p < 0,001$	Статистично значущі відмінності підтверджено точним критерієм
Висновок	—	ЕГ статистично значуще перевищує КГ за розподілом рівнів сформованості психологічних ресурсів

Якісно ці результати можна пояснити впливом проведеної психокорекційної програми. Діти експериментальної групи під час попередніх занять систематично залучалися до вправ, спрямованих на формування позитивних переконань, усвідомлення власних сильних сторін, розвиток емоційної рефлексії, засвоєння способів самодопомоги та самоконтролю. Зокрема, виконання вправ «Я можу

впоратися», «Моє коло підтримки», «Мій безпечний простір», «Дихання у долоньки», «Намалюй свій страх», «Стоп-кадр», рольових ігор та соціально-комунікативних вправ створило умови для поступового переходу від зовнішньої допомоги дорослого до більш самостійного використання дитиною власних ресурсів у життєдіяльності.

Таким чином, отримані результати вправи «Мій ресурс сьогодні» підтверджують ефективність проведеної психокорекційної роботи з дітьми експериментальної групи. Статистично значущі відмінності між ЕГ та КГ за розподілом результатів, свідчать про те, що виявлені відмінності значущі.

Завершальним етапом дослідження було визначення рівня вираженості наслідків психотравми після проходження дітьми психокорекційної програми. Метою цього етапу було встановлення ефективності проведеної психокорекційної роботи шляхом комплексного оцінювання змін у психоемоційному стані, когнітивній сфері, поведінкових реакціях та соціальній адаптації дітей.

Визначення підсумкового рівня здійснювалося шляхом комплексного узагальнення результатів, отриманих за всіма психокорекційними вправами, тренінгами та рефлексивними бесідами, включеними до програми. Під час оцінювання враховувалися результати виконання кожної методики, особливості поведінки дитини в процесі занять, рівень сформованості навичок емоційної саморегуляції, здатність усвідомлювати та використовувати власні психологічні ресурси, конструктивно реагувати на стресові ситуації, взаємодіяти з іншими та долати наслідки психотравматичного досвіду.

Для визначення узагальненого результату, по кожній дитині враховувалися бальні оцінки, отримані за всіма використаними методиками. Підсумковий бал визначався за принципом переважання: за основу брався той рівень, який найчастіше фіксувався за результатами виконання психокорекційних вправ, тренінгів і рефлексивних завдань. Наприклад, якщо серед отриманих дитиною результатів переважали оцінки у 2 бали, то її узагальнений результат визначався на рівні 2 балів. У випадку однакової кількості оцінок різного рівня додатково враховувалися результати спостереження за поведінкою дитини, її емоційними реакціями, рівнем

самостійності під час виконання завдань та здатністю застосовувати набуті навички у змодельованих і реальних ситуаціях.

Такий спосіб узагальнення дав змогу визначити найбільш характерний для кожної дитини рівень сформованості визначених психологічних характеристик і оцінити загальну динаміку подолання психотравматичного досвіду після реалізації психокорекційної програми. Комплексний підхід до підрахунку результатів забезпечив цілісну оцінку ефективності психокорекційного впливу та дозволив визначити рівень вираженості наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами.

З метою інтерпретації отриманих результатів було виділено чотири рівні вираженості наслідків психотравми після проходження психокорекційної програми згідно розробленої типології вияву психотравми (таблиця 3.3.).

За результатами узагальнення даних встановлено, що в експериментальній групі після завершення психокорекційної програми високий рівень (адаптивний) виявлено у 20 % дітей ЕГ, що свідчить про переважно емоційну стабільність, вміння звертатися і використовувати допомогу дорослих, позитивне ставлення до себе, здатність усвідомлювати власні ресурси та використовувати їх у складних ситуаціях. Ознаки психотравматичних реакцій були виражені мінімально і не перешкоджали життєдіяльності й соціальній взаємодії.

У 60 % дітей ЕГ переважав адаптивно-реактивний рівень (помірні труднощі). У цих дітей спостерігалися окремі прояви тривожності, невпевненості та емоційної напруги, які здебільшого виявлялися у стресових ситуаціях. Водночас діти цього рівня були здатні використовувати сформовані під час психокорекційної роботи навички саморегуляції та саморефлексії, усвідомлювати власні емоційні стани, знали як звертатися по допомогу та застосовували опрацьовані стратегії подолання труднощів.

20 % учнів ЕГ виявили афективно-тривожний рівень, тобто, незважаючи на позитивну динаміку, у цих дітей зберігалися виражені труднощі емоційного реагування, вони недостатньо розуміли власні сили і можливості, потребували постійної підтримки дорослого. Поряд з цим, відсутність дітей ЕГ з афективно-

стресовим рівнем є важливим результатом, оскільки жодна дитина після завершення програми не продемонструвала значних порушень, характерних для найнижчого рівня вираженості психотравматичних наслідків.

Таким чином, більшість дітей ЕГ продемонстрували адаптивний або адаптивно-реактивний рівень, що свідчить про сформованість достатніх механізмів психологічної адаптації та позитивну динаміку внаслідок психокорекційного впливу. Втім, 20 % дітей залишилися на афективно-тривожному рівні, що свідчить про необхідність подальшого психокорекційного впливу.

Таблиця 3.3.

Рівні вираженості психотравми та їх характеристики

Бал	Рівень	Характеристика
4 бали	Адаптивний рівень (високий)	Дитина демонструє емоційну стабільність, достатній рівень саморефлексії, позитивне ставлення до себе, сформовані навички конструктивного подолання труднощів, використовує власні психологічні ресурси в життєдіяльності, підтримує позитивні взаємини з однолітками та дорослими. Ознаки психотравматичних переживань мають мінімальний прояв і не перешкоджають повсякденній діяльності.
3 бали	Адаптивно-реактивний (помірні труднощі)	Спостерігаються окремі прояви тривожності, невпевненості або емоційної напруги, які виникають переважно у стресових ситуаціях. Дитина здатна використовувати набуті навички саморефлексії, втім іноді потребує підтримки дорослого для відновлення емоційної рівноваги та конструктивного розв'язання труднощів.
2 бали	Афективно-тривожний (виражені труднощі)	Зберігаються стійкі прояви емоційної неврівноваженості, труднощі в контролі за власними емоціями, зниження когнітивних функцій, низька самооцінка, уникання окремих соціальних ситуацій, труднощі у взаємодії з однолітками. Дитина лише частково використовує сформовані навички саморефлексії та потребує систематичної психологічної підтримки.
1 бал	Афективно-стресовий (значні порушення)	Спостерігаються виражені наслідки психотравми: високий рівень тривожності, постійні страхи, емоційна нестабільність, труднощі самоконтролю, порушення соціальної адаптації, уникнення контактів з однолітками і дорослими, різко виражені поведінкові реакції, неадекватні поведінкові моделі. Набуті психокорекційні

		навички не використовуються в життєдіяльності. Дитина потребує тривалої індивідуальної психологічної допомоги та подальшого психокорекційного супроводу.
--	--	--

Навідміну від дітей ЕГ, у дітей КГ найбільшу частку становили діти з афективно-тривожним рівнем – 45 % учнів. Тобто, у цих дітей спостерігалися виражені труднощі емоційної регуляції, недостатня здатність до саморефлексії, проблеми у взаємодії з іншими, нерозуміння ситуації, невміння просити про допомогу та потреба в систематичній психологічній підтримці.

Афективно-стресовий рівень було виявлено у 35 %, що дає змогу стверджувати про найбільш виражені наслідки психотравми, зокрема підвищену тривожність, емоційну нестабільність, труднощі самоконтролю, соціальної адаптації, несформованість взаємодії з однолітками та дорослими, замикання в собі, постійні страхи. Тобто, відсутність цілеспрямованого психокорекційного впливу, ймовірно, зумовила збереження у цих дітей значних труднощів у подоланні психотравматичних переживань.

Адаптивно-реактивний рівень (помірні труднощі) у КГ виявлено лише у 20 % дітей. Високого рівня не досягла жодна дитина контрольної групи.

Отже, підсумовуючи результати можна стверджувати про позитивну динаміку психоемоційного стану дітей експериментальної групи та ефективність реалізованої психокорекційної програми. Після її завершення більшість дітей ЕГ продемонстрували сформованість навичок емоційної саморегуляції, саморефлексії, могли використовувати психологічні ресурси і визначати способи подолання стресових ситуацій. Водночас результати дітей КГ, де цілеспрямований психокорекційний вплив не здійснювався, засвідчили збереження більш виражених наслідків психотравматичного досвіду.

Для порівняння середніх значень інтегрального показника між експериментальною та контрольною групами було використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок. Для перевірки статистичної значущості відмінностей у розподілі дітей за рівнями вираженості психотравматичних наслідків застосовано χ^2 -критерій Пірсона (таблиця 3.4).

Аналізуючи таблицю можна свідчити про статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами. Так, за результатами порівняння середніх значень за допомогою t-критерію Стьюдента встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами ($t = 5,57$; $p < 0,001$). Середній показник експериментальної групи ($M = 2,95$) був вищим за показник контрольної групи ($M = 1,70$), а різниця середніх становила 1,25 бала. Отримані результати свідчать про статистично значуще переважання показників дітей експериментальної групи. Великий розмір ефекту (Cohen's $d \approx 1,76$) додатково свідчить про те, що виявлена різниця має не лише статистичну, а й практичну значущість.

Таблиця 3.4.

Статистичний аналіз отриманих результатів дітей ЕГ та КГ за t-критерієм Стьюдента

Статистичний показник	ЕГ	КГ	Результат порівняння
n	20	20	—
Середній бал (M)	2,95	1,70	Різниця = 1,25
Стандартне відхилення (SD)	0,69	0,73	—
Медіана	3	2	На користь ЕГ
t-критерій Стьюдента	—	—	$t(38) = 5,57$
p	—	—	$p < 0,001$
95% ДІ різниці середніх	—	—	[0,79; 1,71]
Cohen's d	—	—	$\approx 1,76$
Інтерпретація	—	—	Великий розмір ефекту

Якісне обґрунтування показників свідчить, що діти ЕГ після психокорекційної програми частіше демонстрували адаптивний та адаптивно-реактивний рівні, тоді як у КГ переважали нижчі рівні – афективно-тривожний та афективно-стресовий. Отже, результати t-критерію узгоджуються з якісним аналізом розподілу дітей за рівнями та підтверджують позитивний ефект проведеної психокорекційної програми.

Для статистичної перевірки відмінностей між експериментальною та контрольною групами за розподілом рівнів вираженості психотравматичних наслідків було застосовано χ^2 -критерій Пірсона. В аналіз було включено чотири категорії: афективно-стресовий, афективно-тривожний, адаптивно-реактивний та адаптивний рівні і ЕГ та КГ. Тобто, на меті було з'ясувати чи пов'язана належність

дитини до ЕГ або КГ з тим, на якому рівні вона перебуває. За кількісним аналізом у ЕГ: 20 % дітей продемонстрували адаптивний рівень, 60 % учнів – адаптивно-реактивний і 20 % дітей – афективно-тривожний. У КГ: 40 % дітей мали афективно-стресовий рівень, 50 % учнів – афективно-тривожний і 10 % дітей – адаптивно-реактивний.

За результатами χ^2 -критерію Пірсона встановлено статистично значущі відмінності між ЕГ та КГ групами: $\chi^2(3) = 18,53$; $p < 0,001$.

Таблиця 3.5.

Результати статистичного аналізу розподілу дітей за рівнями в ЕГ і КГ за χ^2 -критерію Пірсона

Критерій	Значення	df	p	Висновок
χ^2 Пірсона	18,53	3	$< 0,001$	Відмінності статистично значущі

Отже, розподіл дітей за рівнями вираженості психотравматичних наслідків в експериментальній та контрольній групах статистично значуще відрізняється. Виявлені відмінності характеризуються зміщенням результатів експериментальної групи у бік адаптивних рівнів, що узгоджується з припущенням про позитивний вплив реалізованої психокорекційної програми.

Таким чином, сукупність кількісних, якісних і статистичних результатів контрольного експерименту дає підстави зробити висновок про ефективність розробленої психокорекційної програми подолання наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами. Порівняно з контрольною групою діти експериментальної групи продемонстрували більш позитивні результати за комплексом показників, що характеризують емоційний стан, психологічну безпеку, здатність до саморегуляції, подолання страхів і психотравматичних переживань, розвиток когнітивно-регуляторних функцій, формування позитивних переконань, соціальну взаємодію, емпатію та усвідомлення власних ресурсів.

Отримані результати підтверджують доцільність комплексного підходу до психокорекційної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, які зазнали впливу психотравматичних подій. Ефективність програми забезпечувалася

поєднанням методів, спрямованих не лише на безпосереднє зниження емоційної напруги, а й на формування внутрішніх ресурсів, навичок саморегуляції, конструктивних когнітивних і поведінкових стратегій, соціальної підтримки та позитивного самосприйняття.

Отже, розроблена психокорекційна програма може розглядатися як ефективний засіб комплексної психологічної допомоги дітям з ООП у подоланні наслідків психотравматичного досвіду та формуванні більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Висновки до третього розділу

Підсумовуючи отримані дані формуючого експерименту, можемо зробити такі висновки.

У процесі реалізації формуючого експерименту визначено комплекс організаційно-методичних умов, необхідних для ефективного подолання наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами. До основних умов віднесено комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини.

Відповідно до визначених умов розроблено комплексну програму подолання наслідків психотравми, спрямовану на підвищення психологічної стійкості дітей, зниження рівня тривожності та емоційної напруги, розвиток навичок саморегуляції та рефлексії, формування конструктивних стратегій подолання труднощів, розвиток позитивного ставлення до себе, емпатії, комунікативних навичок і соціальної взаємодії, а також активізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів психологічної підтримки.

Зміст програми структуровано за п'ятьма взаємопов'язаними блоками: організаційно-мотиваційним, емоційно-регуляційним, когнітивно-поведінковим, соціально-інтеграційним та заключно-рефлексивним. Реалізація програми відбувалася поетапно, відповідно до логіки зазначених блоків. У межах психокорекційної роботи застосовувалися різноманітні методи та техніки, зокрема, арт-терапевтичні та казкотерапевтичні вправи, тілесно-орієнтовані й релаксаційні практики, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, нейропсихологічні вправи, соціально-комунікативні тренінги та рефлексивні бесіди. Така інтеграція методів дала змогу комплексно впливати на емоційний, когнітивний, поведінковий і соціальний компоненти психотравматичного досвіду.

Результати контрольного експерименту засвідчили позитивну динаміку у дітей експериментальної групи порівняно з дітьми контрольної групи. Найбільш виражені позитивні зміни в ЕГ спостерігалися у сфері емоційної саморегуляції, здатності розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани, усвідомлювати й використовувати внутрішні та зовнішні психологічні ресурси, формувати позитивні переконання щодо власних можливостей, долати страхи та психотравматичні переживання, а також застосовувати конструктивні моделі поведінки у складних і стресових ситуаціях. Поряд з цим, у дітей ЕГ покращилася здатність до співпраці, емпатійного реагування, звернення по допомогу та вміння позитивної взаємодії з однолітками й дорослими.

Для комплексної оцінки ефективності психокорекційної програми узагальнено результати всіх методик, використаних на етапі контрольного експерименту. Під час визначення підсумкового рівня враховувалися результати психокорекційних вправ, рефлексивних бесід, спостереження за поведінкою дітей, оцінювання сформованості навичок саморегуляції, здатності використовувати психологічні ресурси та конструктивно долати стресові ситуації. Підсумковий бал визначався за принципом переважання відповідного рівня за сукупністю отриманих показників, що дало змогу отримати цілісну оцінку вираженості психотравматичних наслідків у кожної дитини.

За узагальненими результатами встановлено, що після завершення психокорекційної програми близько 80 % дітей експериментальної групи досягли

адаптивного або адаптивно-реактивного рівня, що свідчить про сформованість достатніх механізмів психологічної адаптації, розвиток навичок саморегуляції та здатність використовувати набуті стратегії подолання труднощів. Водночас наявність 20 % дітей з афективно-тривожним рівнем вказує на необхідність подальшого індивідуального психокорекційного супроводу. Дітей з афективно-стресовим рівнем (значні труднощі) у ЕГ не виявлено.

У контрольній групі найбільшу частку (близько 80 % дітей) становили діти з афективно-тривожним та афективно-стресовим рівнями, тоді як дітей на високому адаптивному рівні виявлено не було. Такий розподіл можна трактувати, що за відсутності цілеспрямованого систематичного психокорекційного впливу у значній частини дітей зберігаються труднощі емоційної регуляції, самоконтролю, соціальної адаптації, усвідомлення власних ресурсів та конструктивного подолання стресових ситуацій.

Для порівняння середніх значень інтегрального показника між експериментальною та контрольною групами було використано t-критерій Стюдента для незалежних вибірок, а для перевірки статистичної значущості відмінностей у розподілі дітей за рівнями вираженості психотравматичних наслідків застосовано χ^2 -критерій Пірсона. За результатами порівняння середніх значень за допомогою t-критерію Стюдента встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами ($t(38) = 5,57; p < 0,001$); за результатами χ^2 -критерію Пірсона встановлено статистично значущі відмінності між ЕГ та КГ групами: $\chi^2(3) = 18,53; p < 0,001$.

Отже, розподіл дітей за рівнями вираженості психотравматичних наслідків в експериментальній та контрольній групах статистично значуще відрізняється. Виявлені відмінності характеризуються зміщенням результатів експериментальної групи у бік адаптивних рівнів, що узгоджується з припущенням про позитивний вплив реалізованої психокорекційної програми.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що систематичний психокорекційний вплив, реалізований у межах розробленої програми, був ефективним у подоланні наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими

освітніми потребами. Ефективність програми виявилася не лише у зменшенні вираженості негативних психоемоційних проявів, а й у формуванні позитивних змін у сфері саморегуляції, емоційної рефлексії, психологічної ресурсності, соціальної взаємодії та конструктивного реагування на стрес.

Таким чином, результати формуючого експерименту підтверджують доцільність комплексного, системного та ресурсно орієнтованого підходу до психокорекційної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, які пережили психотравматичний досвід. Розроблена програма створює умови для поступового відновлення психоемоційної рівноваги, розвитку адаптивних механізмів подолання труднощів та підвищення психологічної стійкості дітей. Водночас результати підкреслюють необхідність продовження психокорекційного супроводу дітей, які зберігають виражені або помірні труднощі, а також важливість подальшого залучення сім'ї, педагогів і значущих дорослих до підтримки сформованих навичок у повсякденній життєдіяльності.

Отже, поставлену мету формуючого експерименту досягнуто, а отримані результати дають підстави вважати розроблену програму психокорекції доцільною та результативною для подолання наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та експериментальне дослідження з проблеми подолання психотравми у дітей з ООП дає змогу зробити такі висновки.

1. Теоретично обґрунтовано проблему психотравми у дітей з особливими освітніми потребами в контексті медико-психологічного, психолого-педагогічного, соціально-екологічного, травмоцентричного підходів. Обґрунтовано, що психотравматичний досвід може проявлятися у порушеннях емоційної саморегуляції та самоконтролю, підвищеній тривожності, страхах, емоційній нестабільності, зниженні самооцінки, труднощах усвідомлення та вербалізації власних переживань, порушеннях сну, зниженні концентрації уваги, труднощах навчальної діяльності, проблемах соціальної взаємодії та комунікації, униканні контактів та зниженні адаптаційних можливостей.

З'ясовано зміст і сутність понять «психологічна травма», «психічна травма» і «психотравма». Поняття «психотравма» розглянуто як цілісний процес розвитку травматичних змін психіки, де психологічна травма є первинною реакцією психіки на подію, яка перевищує можливості людини впоратися з нею, а психічна – її патологічним розвитком, що проявляється в розладах когніцій, емоцій, мислення, поведінки.

Доведено, що психотравмуючі чинники справляють комплексний вплив на розвиток дитини з особливими потребами, що найяскравіше проявляється у чотирьох ключових сферах – когнітивній, емоційній, комунікативній та поведінковій, – кожна з яких зазнає специфічних змін під впливом травматичного досвіду. У сфері когнітивного розвитку у дітей з особливими освітніми потребами часто виявляються суттєві порушення, що стосуються уваги, пам'яті, мислення та мовлення. Емоційна сфера таких дітей характеризується нестабільністю, вираженою емоційною лабільністю, обмеженою здатністю до саморегуляції та труднощами в розпізнаванні й вираженні емоцій. Поведінкові особливості включають широкий спектр порушень: імпульсивність, ригідність, прояви агресії або, навпаки, надмірну пасивність. У комунікативній сфері у дітей з ООП часто спостерігаються труднощі у встановленні й підтриманні міжособистісних контактів, низький рівень розвитку мовленнєвих і

невербальних навичок, що ускладнює інтеграцію до дитячого колективу та ефективну взаємодію з ровесниками й дорослими.

Теоретично обґрунтовано, що ефективна робота з дітьми з ООП, які зазнали психотравматичного впливу, має базуватися на поєднанні когнітивно-поведінкових, творчих, тілесно-орієнтованих та інтегративних методів, адаптованих до індивідуальних потреб кожної дитини.

2. У ході емпіричного дослідження з'ясовано, що більшість молодших школярів з ООП мають нестабільний емоційний стан з частими проявами тривожності, підвищеної сенсорної чутливості та труднощами саморегуляції. У поведінковій сфері домінують стратегії уникнення, звуження контактів та відстороненість, що свідчить про обмеженість конструктивних механізмів подолання стресу. Серед типових маркерів психотравматизації було зафіксовано нічні страхи, уникнення шумових подразників, вербальні та невербальні згадки про лякаючі ситуації.

Дослідження молодших підлітків з ООП виявило подібні закономірності, зокрема нестабільність емоційного стану, високу чутливість до сенсорних подразників, очікування загрози та страх залишитися без підтримки. У поведінковій сфері домінували реакції уникнення, соціальне звуження, відмова від діалогу у стресових умовах, а також несвідомі захисні реакції у вигляді емоційного завмирання чи ігнорування зовнішніх запитів.

При порівнянні результатів дітей з ООП та їхніх ровесників з НР було виявлено істотні відмінності. Так, у дітей з НР спостерігається вища спонтанна резильєнтність, здатність до конструктивного подолання фрустрацій, розвиток соціальної пластичності, пізнавальної активності та емоційної чутливості, яка у підтримуючому середовищі трансформувалася в емпатію та відповідальність. Водночас зонами ризику для них залишаються низька стресостійкість у кризових умовах та залежність від дорослого як фігури безпеки. У підлітків цієї категорії додатковим ресурсом є когнітивна зрілість, рефлексивність, розвиток моральної свідомості та прагнення до самореалізації, але вони залишаються вразливими до зовнішньої оцінки, що може зумовлювати формування тривожності та зниження самооцінки.

У дітей з особливими освітніми потребами ресурсний потенціал виявився значно обмеженим і залежнішим від зовнішнього супроводу. З'ясовано, що для молодших школярів важливими ресурсами є сталі емоційні зв'язки, стабільність рутин, позитивне підкріплення та емоційна прихильність до значущих дорослих. У підлітковому віці ресурси формуються переважно за рахунок передбачуваності, структурованості дня, підтримки дорослих та ритуалізованих практик, що знижуює рівень тривоги. Натомість зонами ризику залишаються недостатня когнітивна зрілість, труднощі соціальної адаптації, знижений рівень саморегуляції та схильність до емоційної дезадаптації у кризових умовах.

На основі результатів констатуючого дослідження було виділено 4 типи вияву психотравматичних проявів за рівнями вираженості в емоційній, когнітивній, соціальній та поведінковій сферах: адаптивно-компенсований тип (низький рівень вираженості психотравматичних проявів); адаптивно-реактивний тип (середній рівень вираженості психотравматичних проявів); афективно-тривожний тип (вище середнього рівня вираженості психотравматичних проявів); афективно-стресовий тип (високий рівень вираженості психотравматичних проявів).

З'ясовано, що у дітей з НР домінує адаптивно-компенсований тип, що пояснюється відносно високою спонтанною резильєнтністю. На відміну від них, у дітей з ООП спостерігається зміщення розподілу у бік більш тяжких психотравматичних проявів, зокрема афективно-тривожного та афективно-стресового типів.

Проведена статистична обробка результатів засвідчила, що у молодшому шкільному віці діти з ООП демонструють значно вищу чутливість до психотравмуючих факторів, ніж їхні ровесники з НР. У підлітковому – ця тенденція зберігається. Втім, близькі кількісні показники не свідчать про тотожний характер психотравматичних реакцій у дітей з ООП та НР, а відображають принципово різний психологічний зміст психотравматичних переживань, оскільки механізми формування психотравматичних проявів у дітей досліджуваних груп є різними. Як було з'ясовано, у молодших підлітків з ООП детермінантами психотравматичних проявів є нашарування наслідків травматичного досвіду та особливостей

психофізичного розвитку, натомість у молодших підлітків з НР показники психотравматичних проявів, пов'язані з вищим рівнем когнітивного розвитку та усвідомленням впливу війни на їхню життєдіяльність.

3. У процесі реалізації формуючого експерименту було визначено комплекс організаційно-методичних умов, необхідних для ефективного подолання наслідків психотравматичного досвіду у дітей з особливими освітніми потребами, до яких віднесено: комплексність та системність психокорекційної роботи, урахування індивідуально-типологічних особливостей дітей, поступовість ускладнення корекційних завдань, створення психологічно безпечного та підтримувального середовища, використання інтерактивних та ігрових методів, залучення сім'ї та значущих дорослих як важливих ресурсів відновлення, а також здійснення постійного моніторингу результатів і своєчасної адаптації психокорекційного впливу до актуальних потреб дитини.

Відповідно до визначених умов було розроблено комплексну програму подолання наслідків психотравми, яку структуровано за п'ятьма взаємопов'язаними блоками: організаційно-мотиваційним, емоційно-регуляційним, когнітивно-поведінковим, соціально-інтеграційним та заключно-рефлексивним.

Програма подолання психотравми реалізовувалася у чотири етапи (корекційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний). У межах психокорекційної роботи застосовувалися різноманітні методи та техніки, зокрема, арт-терапевтичні та казкотерапевтичні вправи, тілесно-орієнтовані й релаксаційні практики, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, нейропсихологічні вправи, соціально-комунікативні тренінги та рефлексивні бесіди. Така інтеграція методів дала змогу комплексно впливати на емоційну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери, в яких найбільше виявляються наслідки психотравматичного досвіду.

4. Результати контрольного експерименту засвідчили позитивну динаміку подолання наслідків психотравми у дітей експериментальної групи порівняно з дітьми контрольної групи. Доведено, що позитивні зміни в дітей експериментальної групи (ЕГ) спостерігалися у сфері емоційної саморегуляції, здатності розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани, усвідомлювати й використовувати внутрішні та

зовнішні психологічні ресурси, формувати позитивні переконання щодо власних можливостей, долати страхи та психотравматичні переживання, а також застосовувати конструктивні моделі поведінки у складних і стресових ситуаціях. Поряд з цим, у дітей ЕГ покращилася здатність до співпраці, емпатійного реагування, звернення по допомогу та вміння позитивної взаємодії з однолітками й дорослими.

Визначено рівні вираженості наслідків психотравми після проходження дітьми психокорекційної програми – адаптивний рівень (високий), адаптивно-реактивний (помірні труднощі), афективно-тривожний (виражені труднощі), афективно-стресовий (значні порушення).

За узагальненими результатами встановлено, що після завершення психокорекційної програми близько 80 % дітей ЕГ досягли адаптивного або адаптивно-реактивного рівня, що свідчить про сформованість достатніх механізмів психологічної адаптації, розвиток навичок саморегуляції та здатність використовувати набуті стратегії подолання психотравми. Водночас наявність 20 % дітей з афективно-тривожним рівнем вказує на необхідність подальшого індивідуального психокорекційного супроводу. Дітей з афективно-стресовим рівнем (значні труднощі) у ЕГ не виявлено. У контрольній групі (КГ) близько 80 % дітей були на афективно-тривожному та афективно-стресовому рівнях, тоді як дітей на високому адаптивному рівні виявлено не було.

В ході статистичної обробки за допомогою t-критерію Стюдента встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групами ($t(38) = 5,57; p < 0,001$); за результатами χ^2 -критерію Пірсона встановлено статистично значущі відмінності рівнями вираженості психотравматичних проявів між ЕГ та КГ групами: $\chi^2(3) = 18,53; p < 0,001$.

Отже, розподіл дітей за рівнями вираженості психотравматичних наслідків в експериментальній та контрольній групах статистично значуще відрізняється. Виявлені відмінності характеризуються зміщенням результатів експериментальної групи у бік адаптивних рівнів, що узгоджується з припущенням про позитивний вплив реалізованої психокорекційної програми.

Таким чином, отримані результати засвідчують ефективність систематичного психокорекційного впливу в межах розробленої програми, що виявилася у позитивній динаміці емоційного стану, саморегуляції, психологічної ресурсності, соціальної взаємодії та формуванні більш конструктивних способів реагування на травмівну подію. Водночас збереження в окремих дітей ЕГ помірних психотравматичних проявів засвідчує необхідність пролонгованого психокорекційного супроводу та систематичного закріплення набутих навичок у повсякденній життєдіяльності.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у розробленні та апробації диференційованих програм психоемоційного відновлення дітей з особливими освітніми потребами з урахуванням їхнього віку, характеру й інтенсивності психотравматичного досвіду, індивідуально-психологічних та розвиткових особливостей, а також умов сімейного, освітнього й соціального середовища.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна Г. Стратегії опанування психотравматичного досвіду в контексті наративного підходу. *Правничий вісник Університету «КРОК»*. 2017. № 27. С. 140–144.
2. Американська психіатрична асоціація. *Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів (DSM-5)*. Київ : Центр учбової літератури, 2015. 992 с.
3. Астремська І.В., Караджи О.С., Брашеван О. Особливості прояву девіантної поведінки в підлітковому віці. *Габітус*. №60. С.39-43 <http://habitus.od.ua/journals/2024/60-2024/8.pdf>
4. Астремська І.В., Кройтор О.В. Дослідження рівня сформованості рис характеру у підлітків в пубертатний період розвитку. *Габітус*. Випуск 79. Т. 2. 2025. С.27-30 http://habitus.od.ua/journals/2025/79-2025/part_2/7.pdf
5. Астремська І., Митрофанова О.М. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у українців, які під час воєнного стану перебувають в Україні та поза її межами. *Габітус*. №61. С.149-152. (Фах.вид.) https://habitus.od.ua/journals/2024/61-2024/61_2024.pdf
6. Астремська І., Тригуба В.В., Сулковська І.Б. Психологічні фактори апатії та самотності як чинники зниження самооцінки у періоди невизначеності. *Габітус*. № 65. С.122-126. <http://habitus.od.ua/journals/2024/65-2024/23.pdf>
7. Астремська І., Фомін А. Теоретичний розгляд тривожних станів в осіб, які постраждали внаслідок військового конфлікту в Україні. *Психологічні студії*. №4. 2023. С.5-10. <https://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/%20view/1455/1354>
8. Байда С. П., Чамлай І. В. Проективні техніки як метод всебічного дослідження особистості. *Психологічний журнал*. 2020. № 3.
9. Бедіченко О., Раєвська Я. Концепції та методики арт-терапії: розвиток і впровадження в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. *Психологія*. 2024. № 3 (64). С. 5–11. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.3.1>

10. Бек Д. Когнітивна психотерапія дітей та підлітків. Київ : Інститут когнітивного моделювання, 2019. 288 с.
11. Бех І. Д. *Особистісно орієнтоване виховання: теоретико-технологічні засади*. Київ : Либідь, 1998. 272 с.
12. Бондар В. І. *Теорія і практика спеціальної освіти : наук.-практ. посіб.* Київ : Логос, 2013. 388 с.
13. Бочелюк В. Й. Трансформація молоді в період глобальної соціально-економічної кризи. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. Вип. 3. С. 114–121.
14. Бочелюк В., Панов М. Особливості організації психокорекційної роботи з аутичними дітьми: зарубіжний досвід. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія*. 2021. Вип. 65. С. 235–250. URL: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/3810> (дата звернення: 29.07.2026).
15. Брюховецька О. В. Поняття життестійкості особистості підлітка в сучасних умовах воєнного стану в Україні. *Вісник післядипломної освіти*. 2024. Вип. 29. С. 62–79.
16. Вакуленко Ю. В. Особливості прояву ПТСР у осіб із розладами аутистичного спектра. *Габітус = Habitus : науковий журнал з соціології та психології*. 2022. Вип. 44. С. 270–275. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/44-2022/46.pdf> (дата звернення: 29.07.2026).
17. Варга О. Я. *Психологія травми: теорія і практика*. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 312 с.
18. Вовченко О.А. «Девіантна та делінквентна поведінка підлітків з ООП в умовах воєнних дій: психологічний аспект». *Habitus: Одеса*. № 36. 2022. С. 67-74 <http://habitus.od.ua/journals/2022/36-2022/10.pdf>
19. Вовченко О.А. Стресовитривалість та посттравматичний синдром дітей з порушеннями слуху за умов війни. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. №59. 2023. С. 158-178 DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2023-59.158-178>

20. Вовченко О.А. Панічні атаки за умов воєнного часу в дітей з особливими освітніми потребами. *Науковий вісник МДУ. Серія «Педагогіка та психологія»*. Т. 9. № 2. 2023. С. 48-56 <https://pp-msu.com.ua/uk/journals/tom-9-2-2023/panichni-ataki-za-umov-voyennogo-chasu-v-ditey-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami>
21. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. *Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник*. Київ : Золоті ворота, 2016. 202 с. URL: <https://www.scribd.com/document/846165197/>
22. Вознюк О. В. Системна психокорекція «дітей дощу» та «дітей сонця». *Ідеї гуманної педагогіки та сучасна система інклюзивного навчання*. 2015. С. 61–67. URL: <https://drive.google.com/file/d/>
23. Вознюк О. В. Педагогіка життєвих фактів як новий напрям сучасної педагогічної науки. *Інноватика в вихованні*. 2017. Вип. 5. С. 41–50
24. Галецька І., Кліманська М., Климанська Л. Психологічний дистрес переживання дев'яти місяців війни цивільним населенням України. *Український психологічний журнал*. 2022. № 2. С. 45–67.
25. Грабовська Н. Психологічна арт-терапія у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. *Психологія і соціальна робота*. 2018. № 5. С. 21–27.
26. Гриньова Н. В., Слободян С. В. Дослідження психотравм особистості та шляхи їх корекції у форматі позитивної психотерапії. *Психологічний журнал*. 2020. № 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/195940> (дата звернення: 29.07.2026).
27. Гоян І. М. Аналіз готовності молоді до самоорганізації в період суспільних трансформацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2017. № 1 (42). Т. 2. С. 178–189.
28. Губаль А. М. *Психологічна травма у дітей: теоретичні засади, клінічні прояви, корекція : навч. посіб.* Київ : Слово, 2020. 232 с.
29. Дерев'янка С. П. *Когнітивно-поведінкова терапія : навчально-методичні рекомендації*. Чернігів : НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с. URL: <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/9108/1/> (дата звернення: 29.07.2026).

30. *Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку* / С. В. Трикоз, Г. О. Блеч. Харків : Вид-во «Ранок» ; ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с. (Серія «Інклюзивне навчання»).
31. Дорошенко Л. В. *Педагогічні основи розвитку особистості учня*. Київ, 2005.
32. Дрозд Л. Сучасні аспекти психологічного супроводу дітей зі спектром аутичних порушень в умовах військової агресії. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. № 3 (115). С. 88–103. URL: http://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/187 (дата звернення: 29.07.2026).
33. Закалик Г., Шувар Н. Психологічні особливості дітей із спектром аутизму: шлях до розуміння. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Вип. 84, № 2. С. 59–69. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-84-2-59-69>
34. Звєкова В. Особливості роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2024. Вип. 74, ч. 1. С. 392–397. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863/74-1-60>
35. Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. *Діти і війна : монографія*. Київ ; Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2023. 221 с.
36. Зобенько Н. А., Зорочкіна Т. С. Особливості психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. *Академічні студії. Серія «Педагогіка»*. 2023. № 1. С. 28–34. DOI: <https://doi.org/10.52726/as.pedagogy/2023.1.5>
37. Кернякевич Т. Про важливість соціалізації учнів із сенсорними порушеннями в початковій школі. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2025. Вип. 117, № 1. С. 20–32. DOI: <https://doi.org/10.33189/ectu.v117i1.210>
38. Кіргізов, О., Пех, А., & Прохоренко, Л. (2025). Арт- та медіатехнології у формуванні адаптивної поведінки дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 118(2), 202-219. <https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.259>

39. Кобильченко В.В. Теоретичні основи психолого-педагогічного супроводу молодших школярів з порушеннями зору: монографія. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2017. 367 с.
40. Кобильченко В.В. Теоретичні основи формування життєстійкості у дітей з порушеннями зору в умовах кризових ситуацій: монографія. К.: Видавець Цибульська, 2025. 261 с.
41. Кобченко С. Р. Труднощі комунікації дітей з інтелектуальними порушеннями в період воєнного часу. *Актуальні питання спеціальної, інклюзивної і здоров'язберезжувальної освіти* / за ред. Ю. Д. Бойчука. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2022. С. 64–70.
42. Козак Г. *Психологія тілесності: теорія і практика : навч.-метод. посіб.* Луцьк : Вежа-Друк, 2025. 304 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi82/0061858.pdf> (дата звернення: 29.07.2026).
43. Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. *Габітус*. 2020. Вип. 18, т. 1. С. 112–116. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.18.1.20>
44. Красіна Т., Гавриловська Г., Гурець Н. *Техніки арт-терапії в роботі кризового психолога*. Харків, 2023. 110 с. URL: <https://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2025/01> (дата звернення: 29.07.2026).
45. Крутий К. Л. Психологічна допомога дітям дошкільного віку: ігрова терапія в умовах ЗДО. *Дошкільне виховання*. 2020. № 2. С. 4–9.
46. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. *Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб.* Київ ; Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.
47. Кузьміна С. М. *Спеціальна педагогіка : навч. посіб.* Київ : Слово, 2016. 416 с.
48. Куліш О. В., Сірик І. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46–52. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-1-5>

49. Кульчицька О. І. *Обдарованість: природа, діагностика, розвиток*. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка, 2010. 280 с.
50. Куніцина В. М. *Психологічна підтримка дітей, які зазнали психотравмуючого досвіду: теорія і практика*. Київ : УЦПППО, 2020. 204 с.
51. Левін П. *Пробудження тигра: зцілення травми* / пер. з англ. Львів : Літопис, 2017. 267 с.
52. Литовченко С. В., Литвинова В. В., Засенко В. В., Вовченко О. А. Сучасні технології реалізації змісту освіти дітей з порушеннями слуху в умовах кризових ситуацій: навчально-методичний посібник. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2025. 380 с. ISBN 978-617-8531-74-4
<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747783>
53. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 2 (50). С. 65–73. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2018-50-2-65-73>
54. Лубовська Н. *Психологія особистості дитини : навч. посіб.* Київ : Либідь, 2003. 320 с.
55. Ляхова І., Баришников А. Особливості психомоторного розвитку дітей із розладами спектру аутизму як основа для корекції їх рухової діяльності. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*. 2023. № 3К (162). С. 233–238. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.3K\(162\).47](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.3K(162).47)
56. Максименко С. Д. *Генеza здібностей у структурі особистості : монографія*. Київ : КММ, 2006. 272 с.
57. Максименко С. Д. *Психологія воєнного часу: психотравма, стрес, адаптація*. Київ : ІПП НАПН України, 2022.
58. Максименко С. Д., Панок В. А. Особливості психологічного стану дітей... *Науковий часопис НПУ*. 2023. № 4. С. 15–23.
59. Малхазов О. Р. *Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій : монографія*. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 215 с.

URL:

<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733174/1/Malkhazov%20O.R.%20Development%20of%20emotional%20resilience-monograph-2022.pdf> (дата звернення: 29.07.2026).

60. 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*. 2018. Вип. 35. С. 120–125. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28160> (дата звернення: 29.07.2026).

61. Мамічева О., Бутко Ю. Порушення сенсорної інтеграції у дітей з розладами аутистичного спектра: причини, прояви та корекційні стратегії. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2025. Вип. 120, № 4. С. 188–206. DOI: <https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.296>

62. Маззола С. Арттерапія українського підлітка з аутизмом після травми війни: кейс-стадія / пер. С. Мальченков. *Простір арттерапії: мистецтво відновлення психічного здоров'я в часи війни : матеріали XX Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (31 березня – 2 квітня 2023 р.)* / наук. ред. О. Л. Вознесенська, Л. О. Подкоритова, О. М. Цимбала. Київ : ВГО «Арт-терапевтична асоціація», 2023. С. 59. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/> (дата звернення: 29.07.2026).

63. Матяш-Заяц Л., Носова О. Вплив травматичного досвіду... *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка*. 2024. № 2 (20). С. 68–74.

64. Міллер А. *Драма обдарованої дитини*. Київ : КМ-Букс, 2019. 176 с.

65. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. *Основи психотерапії : навч. посіб.* / за ред. М. І. Мушкевич. 3-тє вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с. URL: <https://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2025/01/153588416.pdf> (дата звернення: 29.07.2026).

66. Мякушко О., Костенко Т. Психофізіологічний підхід до подолання мовленнєвої тривожності у дітей з мовленнєвими порушеннями // *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2024. Вип. 23. С. 214–225. URL: <https://aqce.com.ua/vipusk-23-2024/> (дата звернення: 05.08.2026).

67. Мякушко О., Попович Ф. Особливості розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей старшого дошкільного віку з розладами

аутистичного спектра // *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. Т. 116, № 4. DOI: <https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4>.

68. Національна академія педагогічних наук України. *Психологічна служба в системі освіти в умовах війни : аналітична доповідь*. Київ, 2023.

69. Надання психологічної допомоги дітям, зокрема дітям з ООП, які зазнали психотравматичних подій (блог С. Ярмолицької). URL: http://yarmolytska.blogspot.com/p/blog-page_26.html (дата звернення: 19.05.2023).

70. Наумбург М. *Психотерапія через мистецтво: теорія та практика*. Київ : Психологія, 2005. 196 с.

71. Овчарова Р. В., Кириченко І. В. Стресостійкість підлітків... *Наука і освіта*. 2021. № 2. С. 86–92.

72. Оверчук В. А., Кушнір Ю. В. Поведінкові особливості дітей, які пережили травматичний досвід. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*. 2024. Вип. 93. DOI: <https://doi.org/10.38014/osvita.2024.93.24>

73. Омельченко І.М., Кобильченко В. В. Інтерсуб'єктна взаємодія з дорослим у дошкільників із затримкою психічного розвитку: психологічний ракурс. Науковий журнал «Габітус». 2021. №27. С. 145-150. DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.27.25> URL: <http://habitus.od.ua/journals/2021/27-2021/27.pdf>

74. Омельченко І.М., Кобильченко В.В. Феномен улюбленої іграшки в структурі комунікативної діяльності дошкільників із затримкою психічного розвитку. *Психологія і особистість*. 2022. 1 (21) С. 115-130. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.1.252061> URL: <http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/252061>

75. Омельченко І.М., Кобильченко В.В. Феноменологія і типологія біогенної депривації. *Психологія і особистість*. 2022. №2 (22). С. 225-241. <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.2.265501> URL: <http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/265501>

76. Омельченко, І., & Кобильченко, В. Діагностичний інструментарій дослідження морально-поведінкового компонента соціального інтелекту у дошкільників з інтелектуальними труднощами легкого ступеня прояву та нормотиповим розвитком. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*.

2024. 1(24), 180-194. <https://doi.org/10.33189/epns.v1i24.247> URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/247>

77. Омельченко, І.М, Кобильченко, В.В. (2024). Поліпідхідність у дослідженні соціального інтелекту в дошкільників з інтелектуальними труднощами легкого ступеня прояву. *Габітус*. №57. С.167-174. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.57.27> URL: <http://habitus.od.ua/journals/2024/57-2024/29.pdf>

78. Островська К. Особливості інтелектуального розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2019. Вип. 20. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2013-20.%p>

79. Панок В. А. *Психологічна допомога дітям в умовах війни*. Київ : Товариство психологів України, 2023.

80. Панок, В.Г., Максименко, С.Д., Слюсаревський, М.М., Прохоренко, Л.І., Чепелева, Н.В., Куліш, Т.І., Чуніхіна, С., Губеладзе, І.Г., Ткачук, І.І., Ярмола, Н. А. *Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді : монографія*. Київ: Україна, 2024. 189 с. : <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743861/>

81. Панок В. А., Романенко О. Г. Психологічна підтримка дітей... *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 58–66.

82. Перрі Б., Салавіц М. *Хлопчик, вихований як собака*. Київ : Наш формат, 2018. 336 с.

83. Поніманська Т. І. *Дошкільна педагогіка*. Київ : Академвидав, 2013. 464 с.

84. Потюк С. *Психологія дітей з інтелектуальними порушеннями*. Ужгород, 2025. 71 с.

85. Прохоренко Л., Стойка В., Йовдій В. Інклюзивно-ресурсні центри в умовах війни: окремі питання освіти дітей з особливими потребами // *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2023. Т. 2, № 23. С. 115–130. DOI: <https://doi.org/10.33189/epns.v2i23.234>.

86. Психотехнології допомоги вимушено переміщеним особам у подоланні психотравматичного впливу воєнного та поствоєнного часу : методичний посібник / Я. М. Омельченко, О. П. Хохліна, Т. С. Гурлева, Л. О. Гребінь, Н. Ю. Журавльова, Л. О.

Литвиненко, Н. В. Зернова ; за ред. Я. М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 329 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/747689/> (дата звернення: 29.07.2026).

87. Розлади спектра аутизму в дітей: клініко-психопатологічні особливості перебігу : монографія / К. С. Гальчин. Житомир : Вид. О. О. Євснок, 2018. 176 с. URL: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/83552>

88. Романовська Д. Д., Ткачук І. І. Соціально-психологічна реабілітація... *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 11. С. 1567–1582.

89. Романенко О. В. Концептуальні засади психокорекції адиктивної поведінки неповнолітніх. *Юридична психологія*. 2022. № 2 (29). С. 7–13.

90. Романенко О. В. Напрями просвітницької роботи з батьками дітей з особливими потребами на етапі включення в інклюзивний освітній простір. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2025. № 1 (117). С. 183–198. Санда О. С. *Особливості емоційних стилів... : дисертація*. Київ, 2023.

91. Сігел Д., Брайсон Т. *Розвиток мозку дитини*. Львів : Видавництво Старого Лева, 2018. 248 с.

92. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. *Психологічна модель раннього втручання*. Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. 192 с.

93. Соколова Г. Б., Кравець Ю. О. Деякі аспекти соціально-психологічної компетентності як умови залучення підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку до соціального простору. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. Вип. 1. С. 140–143. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.26>

94. Соколова Г. Б., Кравець Ю. О. Особливості соціально-психологічної компетентності підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. Вип. 2. С. 81–85. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.16>

95. Соколова Г.Б., Кравець Ю.О. Психологічний супровід родин дітей з особливими потребами в умовах посттравматичного стресового розладу: виклики та перспективи. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2025. №8 (54).

C.1744-1754. ISSN 2786-4952 Online DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8\(54\)-1744-1754](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1744-1754) URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/27948/27909>

96. Соколова Г. Б., Орленко І. М. Особливості аутоагресивної поведінки у підлітків з розладами аутистичного спектру та шизофренією. *Перспективи та інновації науки*. Серія: Психологія. 2025. Вип. 4 (50). С. 1727–1739. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-1727-1739](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1727-1739)
<https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/22817>

97. Соколова Г.Б., Орленко І.М. Вивчення розладів особистості: теоретичний аспект. *Габітус*. 2025. №74. С.284–287. DOI <https://doi.org/10.32782/26635208.2025.74.51> <http://habitus.od.ua/74-2025>

98. Соколова Г.Б., Форостян О.І. Особливості мотиваційної сфери підлітків із порушеннями інтелектуального розвитку. *Габітус*. 2022. №42. С.223–227. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.42.38>

99. Сухомлинська О. М. Сучасні підходи до соціально-психологічного супроводу дітей з ООП. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2021. № 3. С. 10–18.

100. Тафінцева С., Мотозюк Л. Ігрова терапія у психологічній практиці роботи з дитиною: методологічні та організаційні аспекти. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом*. Психологія. 2022. № 1 (54). С. 78–83. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2022.1.11>

101. Титаренко Т., Ларина Т. *Життєстійкість особистості*. 2009.

102. Томпсон Р. А. Стрес і розвиток дитини. *The Future of Children*. 2014. Вип. 24, № 1. С. 41–59.

103. Туриніна О. *Психологія травмуючих ситуацій*. Київ : Персонал, 2017. 160 с.

104. Фесенко В.Г. Бабусині казки. Київ : Генеза, 2025. 112 с.

105. Чеботарьова О. В. Психолого-педагогічна підтримка дітей із синдромом Дауна та їхніх батьків. *Особлива дитина: навчання та виховання*. 2023. № 4. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/155

106. Чеботарьова О. В., Білецька Н. М. Психокорекційні технології як інструмент оптимізації психічного розвитку, самовираження та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2025. Т. 120, № 4. С. 223–233. DOI: <https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.298>
107. Чеботарьова, Г.О. Блеч, І.В. Гладченко, І.В. Бобренко, С.В. Трикоз, О.І. Мякушко, І.В. Сухіна. Сучасні технології психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями інтелектуального розвитку в умовах кризових викликів. Київ, 2023. 600 с. <https://lib.iitta.gov.ua/737146>
108. Юле У. Лекція Емануеля Міллера — від погромів до «етнічних чисток»: задоволення потреб дітей, постраждалих від війни. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003. Вип. 41, № 6. С. 695–702.
109. Юрчик О. *Порушення сенсорної інтеграції у дітей з розладом аутистичного спектра*. Луцьк, 2024. 98 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/85d9e558-53bb-4280-b151-911c651dc7e7/content> (дата звернення: 29.07.2026).
110. Шевченко, Т. Казкотерапія в інклюзивному середовищі: рух, образ, слово / Т. Шевченко, Л. Мазур // *Дефектологія*. – 2022. – № 1. – С. 33–39.
111. Яценко Т. С. *Глибинна психокорекція в онтогенезі особистості*. Київ : ІЗМН, 1996. 286 с.
112. Anderson M., Craig K., Hall W., Ziedonis D. A pilot study of deaf trauma survivors' experiences: early traumas unique to being deaf in a hearing world. *Child & Adolescent Trauma*. 2016. Vol. 9, No. 4. P. 353–358. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0111-2>.
113. Astremska I., Myza I. Characteristics of parental burnout in families raising adolescents of its prevention. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського: серія Психологія*. Херсон, 2022. Том 33 (72). № 6. С.79-83. <https://psych.vernadskyjournals.in.ua/33-72-6-ua>
114. Attwood T. Social skills training and stress management in autism. *Journal of Autism and Developmental Strategies*. 2017. Vol. 5, No. 2. P. 102–118.

115. Barber S., Wills D., Smith M. J. Deaf survivors of sexual assault. In: Leigh I. W. (ed.). *Psychotherapy with deaf clients from diverse groups*. 2nd ed. Washington, DC : Gallaudet University Press, 2010. P. 320–340.
116. Bartenieff I., Lewis D. *Body movement: coping with the environment*. New York : Routledge, 1980. 349 p.
117. Baron-Cohen S., Leslie A. M., Frith U. Theory of mind and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000. Vol. 30, No. 1. P. 39–51.
118. Barker R. G., Wright H. F. *Midwest and its children: The psychological ecology of an American town*. New York : Harper & Row, 1955.
119. Baurain C., Nader-Grosbois N. Socio-emotional regulation in children with intellectual disability and typically developing children in interactive contexts. *ALTER-European Journal of Disability Research*. 2012. Vol. 6, No. 2. P. 75–93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.02.001>.
120. Beck A. T. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1964. Vol. 10. P. 561–571.
121. Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press, 1976.
122. Beck A. T. Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In: Rachman S., Maser J. (eds.). *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1987. P. 91–109.
123. Beck A. T., Sokol L., Clark D. A., Berchick R. J., Wright F. D. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1992. Vol. 149, No. 6. P. 778–783.
124. Beck A. T., Wright F. W., Newman C. F., Liese B. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York : Guilford Press, 1993.
125. Betancourt T. S. et al. The mental health of children affected by armed conflict. *International Review of Psychiatry*. 2008. Vol. 20, No. 3. P. 317–328.
126. Blynova, O., Popovych, I., Hulas, I., Radul, S., Borozentseva, T., Strilets-Babenko, O., & Minenko, O. (2022). Psychological safety of the educational space in the

structure of motivational orientation of female athletes: a comparative analysis. *Journal of Physical Education and Sport*, 22(11), 2723-2732. DOI: 10.7752/jpes.2022.11346

127. Bloom S. L. *Creating sanctuary*. New York : Routledge, 2013.
128. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge : Harvard University Press, 1979.
129. Breuer J., Freud S. *Studies on hysteria*. London : Hachette UK, 2009.
130. Buck J. N. The House-Tree-Person technique. *Western Psychological Services*. 1948.
131. Chapman L. H. Status of elementary art education: 1997–2004. *Studies in Art Education*. 2005. Vol. 46, No. 2. P. 118–137.
132. Cohen J. A. et al. *Treating trauma and traumatic grief in children*. New York : Guilford Press, 2017.
133. Corman L. *Le test du dessin de famille*. Paris : Presses Universitaires de France, 1961.
134. Cook A. et al. Complex trauma in children. *Psychiatric Annals*. 2005.
135. Chebotariova O., Kysla O. Effectiveness of Art-Therapy-Based Intervention Programmes for Improving Social Communication in Children with Rett Syndrome. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2025. Vol. 13, No. 1. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2025.13.01.1>
136. Chobanian A., Boriak O., Kolyshkina A., Kolyshkin O., Dehtiarenko T., Chebotariova O. Results of competence formation in parents of children with moderate intellectual disabilities. *Wiad Lek*. 2022. P. 1861–1868. URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2022/08/WLek202208108.pdf>
137. Chobanian A., Boriak O., Kolyshkina A., Chebotariova O., Bodarieva M. Preschoolers with intellectual disabilities: research in communicative competence. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13, No. 4. URL: <https://lumenpublishing.com/journals/index.php/brain>
138. Dammeyer J. The psychosocial impact... *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2010.

139. Darnal S., Panda S., Chettri A. Sensory processing, emotional and behavioural challenges in children with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactive disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2023. Vol. 71, No. 5. P. 703–713. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2277601>.
140. DePape A. M. R., Hall G. B., Tillmann B., Trainor L. J. Auditory processing in high-functioning adolescents with autism spectrum disorder. *PLoS ONE*. 2012. Vol. 7. e44084. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044084>.
141. Dow A. W. *Composition: a series of exercises selected from a new system of art education*. Part 1. 6th ed. New York : Baker and Taylor, 1905.
142. Edwards D. J. A. Cognitive restructuring through general guided imagery: lessons from Gestalt therapy. In: Freeman A., Simon K. M., Beutler L. E., Arkowitz H. (eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York : Plenum Press, 1989. P. 283–297.
143. Foa E. B., Asnaani A., Zang Y., Capaldi S., Yeh R. Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. Vol. 47, No. 1. P. 38–46. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>.
144. Foa E. B., McLean C. P., Zang Y., Zhong J., Rauch S., Porter K., Knowles K., Powers M. B., Kauffman B. Y. Psychometric properties of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018. Vol. 47, No. 1. P. 38–46.
145. Ford J. D. *Posttraumatic stress disorder*. New York : Academic Press, 2009.
146. Greenspan S. I., Wieder S. *Engaging autism: using the Floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, MA : Da Capo Press, 2006. 464 p.
147. Heimberg R. G. Cognitive behavior therapy for social phobia. In: Bellack A. S., Hersen M. (eds.). *Comparative handbook of treatments for adult disorders*. New York : Wiley, 1990. P. 203–218.

148. Heimberg R. G., Dodge C. S., Hope D. A., Kennedy C. R., Zollo L. J., Beck R. E. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*. 1990. Vol. 14. P. 1–23.
149. Herman J. L. *Trauma and recovery*. New York : Basic Books, 1992.
150. Jacobs E., Nader-Grosbois N. Affective and cognitive theory of mind in children with intellectual disabilities: how to train them to foster social adjustment and emotion regulation? *Journal of Education and Training Studies*. 2020. Vol. 8, No. 4. P. 80–97.
151. Kern E. J. The aesthetic education curriculum program and curriculum reform. *Studies in Art Education*. 1984. Vol. 25, No. 4. P. 219–225.
152. Kramer E. *Art as therapy with children*. New York : Schocken Books, 1971. 306 p.
153. Landreth G. L. *Play therapy: the art of the relationship*. New York : Routledge, 2012. 432 p.
154. Leahy R. L. *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York : Guilford Press, 2003. 384 p.
155. Levine P. A. *Waking the tiger: healing trauma*. Berkeley : North Atlantic Books, 1997.
156. Levine P. A. *Healing trauma: a pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Boulder, CO : Sounds True, 2005. 89 p.
157. Levine P. A., Kline M. *Trauma through a child's eyes*. North Atlantic Books, 2006. 536 p. URL: https://books.google.com.ua/books/about/Trauma_Through_a_Child_s_Eyes.html?id=61Iy_8XbNjkC&redir_esc=y.
158. Levine P., Kolk B. *Trauma and memory: brain and body in a search for the living past: a practical guide for understanding and working with traumatic memory*. 2025. 206 p. URL: <https://www.amazon.com/Trauma-Memory-Practical-Understanding-Traumatic/dp/1583949941>.
159. Lowen A. *Bioenergetics: the revolutionary therapy that uses the language of the body to heal the problems of the mind*. New York : Penguin Books, 1975. 368 p.

160. Masten A. S. *Ordinary magic: resilience in development*. New York : Guilford Press, 2014.
161. McDonald C., Tittle M. *Children and trauma*. New York : Norton, 2014.
162. Miller A. *The drama of the gifted child*. New York : Basic Books, 1997.
163. Nader-Grosbois N., Houssa M., Mazzone S. How could theory of mind contribute to the differentiation of social adjustment profiles of children with externalizing behavior disorders and children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*. 2013. Vol. 34, No. 9. P. 2642–2660. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.010>.
164. Orlov, O. (2020). Reforming Ukrainian Health Care and Education After the Revolution of 2014: An Analysis of Parliamentary Discourse and Policy Change. *The Research Initiative on Democratic Reforms in Ukraine*, 56-73.
165. Petryshyn, R., Lutsenko, I., & Orlov, O. (2020). The impact of geopolitical and military parameters on inclusive education reform in Ukraine and Crimea. *The research initiative on democratic reforms in Ukraine*, 74-91.
166. Perry B. D., Szalavitz M. *The boy who was raised as a dog*. New York : Basic Books, 2006.
167. Piaget J. *The child's conception of the world*. London : Routledge & Kegan Paul, 1929.
168. Shapiro G. Integrating sensory and somatic interventions into the classroom: a new paradigm. *International Journal of Inclusive Education*. 2019. Vol. 23, No. 8. P. 811–828.
169. Smith, N., Orlov, O. (2023) *Mental health in Ukraine (April 2023)*. <https://relefweb.int/report/ukraine/mental-health-ukraine-april-2023>
170. Siegel D. J. *The developing mind*. New York : Guilford Press, 1999.
171. Ungar M. *The social ecology of resilience*. New York : Springer, 2012.
172. Van der Kolk B. A. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York : Viking, 2014.

173. Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P., Schnurr P. P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD, 2013. URL: ptsd.va.gov.
174. Weathers F. W., Blake D. D., Schnurr P. P., Kaloupek D. G., Marx B. P., Keane T. M. *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD, 2013. URL: ptsd.va.gov.
175. Williams B. L. An examination of art museum education practices since 1984. *Studies in Art Education*. 1996. Vol. 38, No. 1. P. 34–49.
176. Winner M. G. *Social behavior mapping*. Think Social Publishing, 2007. 108 p. URL: <https://openlibrary.org/books/OL30665398M/>.
177. Wood J. J. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 50, No. 3. P. 224–234.
178. Woody G. E., Luborsky L., McClellan A. T., O'Brien C. P., Beck A. T., Elaine J., Herman I., Hole A. Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Archives of General Psychiatry*. 1983. Vol. 40. P. 1081–1086.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях, категорії Б (у тому числі ті, які індексуються у міжнародних наукометричних базах)

1. Прохоренко, Д. О. (2023). До проблеми психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах криз. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 2(23), 103-114. <https://doi.org/10.33189/epsn.v2i23.233>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/233>
2. Прохоренко, Д. О. (2024). Дослідження психотравматичних наслідків у дітей з особливими освітніми потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(24), 208-220. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i24.249>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/249>
3. Прохоренко, Д. О. (2024). Психологічна підтримка дітей з ооп: комплексний підхід у подоланні наслідків ПТСР. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 115(3), 75-88. <https://doi.org/10.33189/ectu.v115i3.186>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/186
4. Прохоренко, Д. (2025). Дослідження особливостей психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 119(3), 178-192. <https://doi.org/10.33189/ectu.v119i3.273>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/273
5. Прохоренко, Д. (2025). До питання резильєнтності у дітей з особливими освітніми потребами: зарубіжний досвід подолання психотравми. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 118(2), 122-137. <https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.234>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/234
6. Прохоренко, Д. (2025). Прояви психотравми у дітей з особливими освітніми потребами: діагностичні методи оцінки психічних станів. *Особлива дитина: навчання*

i виховання, 120(4), 206-223. <https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.297>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/297

7. Прохоренко, Д. (2026). Вплив психотравми на сприйняття реальності дітьми з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 121(1), 223-238. <https://doi.org/10.33189/ectu.v121i1.319>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/319

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Прохоренко, Д. О. (2024). Проблема психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, Київ, 76-80. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BB.%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84.%202024.pdf>

9. Прохоренко, Д. О. (2024). Стратегії та методи роботи з психотравмою у дітей з особливими освітніми потребами. Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології, Київ, 345-348. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743112/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83_%202024%2B.pdf

10. Прохоренко, Д. О. (2025). Методологічні підходи до вивчення психотравми у дітей з особливими освітніми потребами. Освіта без бар'єрів: євроінтеграційні виміри. Матеріали XI Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології, Київ, 292-296. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747265/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83-2025_%D0%BE%D1%81%D1%82.pdf

11. Прохоренко, Д. О. (2025). Теоретичні аспекти діагностики психотравми дітей з особливими освітніми потребами. Сила підтримки: психологічна допомога

особам з особливими потребами у період війни. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, Київ: 64-70 с. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=14323>

12. Прохоренко, Д. О. (2025). Психолого-педагогічні особливості психотравми дітей з особливими освітніми потребами: когнітивний, емоційний та соціальний аспекти. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: психолого-педагогічний, корекційно-реабілітаційний, соціальний і медичний аспекти. Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, Полтава, 184-192. ISBN 978-966-2538-83-0. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f8b59cf2-d197-42ff-b9eb-48e307ce194f/content>

13. Прохоренко, Д. О. (2026). Зміни сприйняття реальності у дітей з особливими освітніми потребами під впливом психотравми. Theoretical and Practical Scientific Achievements: Research and Results of their Implementation: Collection of Scientific Papers «SCIENTIA» with Proceedings of the X International Scientific and Theoretical Conference, Liverpool, England, 332-336. ISBN 979-8-89660-287-3 URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/13.02.2026>

14. Prokhorenko, D. O. (2026) Clinical Interview with Elements of Observation as a Method for Identifying Psychotraumatic Markers in Children with Special Educational Needs. Global Perspectives on Research and Innovation: Proceedings of the International Scientific Conference. International Scientific Conference, Amsterdam, Netherlands, 108-111. DOI: <https://doi.org/10.64076/iedc260305>. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2026/03/re-05.03.2026.pdf>

15. Прохоренко Д. (2026). Комплексна психологічна підтримка дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни: результати експериментальної програми. Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (червень, 2026 р.). Київ, С 74-79. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/750198>

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації.

16. Прохоренко, Д. О. (2024). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей. *Спеціальна педагогіка і психологія. Сучасний термінологічний словник* / за редакцією Л. Прохоренко, В. Засенка. Київ. 173-174. <https://ispukr.org.ua/?p=12942>. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=12942>
17. Прохоренко, Л., & Прохоренко, Д. (2023). Дистанційне навчання дітей з особливими потребами: створення моделі. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(22), 87-102. <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i22.222>. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/222>
18. Прохоренко Л.І., Прохоренко Д.О. (2023). Проблеми та переваги дистанційного навчання дітей з порушеннями когнітивного розвитку. Modern ways of solving the problems of science in the world. Матеріали VI International Scientific and Practical Conference, Warsaw, Poland, 260-266. URL: <https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2023/02/MODERN-WAYS-OF-SOLVING-THE-PROBLEMS-OF-SCIENCE-IN-THE-WORLD.pdf>
19. Прохоренко, Л., Орлов, О., & Прохоренко, Д. (2024). Освіта осіб з особливими потребами в країнах Європи та Україні: порівняльний контент-аналіз. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 113(1), 7-41. <https://doi.org/10.33189/ectu.v113i1.163>. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/163

Відомості про апробацію результатів дисертації

1. Всеукраїнська конференція молодих вчених «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (29 лютого 2024, Київ). Тези на тему: «Проблема психотравми у дітей з особливими освітніми потребами». URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%20%D0%BC%D0%BE%D0%BB.%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84.%202024.pdf>

2. Всеукраїнської конференції молодих вчених «Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни» (1 травня 2025, Київ). Тези на тему: «Теоретичні аспекти діагностики психотравми дітей з особливими освітніми потребами» URL: <https://ispukr.org.ua/?p=14323>

3. X Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології «Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації» (24-25 жовтня 2024, Брюховичі-Київ). Тема доповіді: «Стратегії та методи роботи з психотравмою у дітей з особливими освітніми потребами» . URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743112/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83_%202024%2B.pdf

4. XI Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта без бар'єрів: євроінтеграційні виміри» (23-24 жовтня 2025, Київ). Тема доповіді: «Методологічні підходи до вивчення психотравми у дітей з особливими освітніми потребами». URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/747265/1/%2B%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83-2025_%D0%BE%D1%81%D1%82.pdf

5. III Міжнародна науково-практична конференція «Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: психолого-педагогічний, корекційно-реабілітаційний, соціальний і медичний аспекти» (23-24 квітня 2026, Полтава). Стаття на тему: «Психолого-педагогічні особливості психотравми дітей з

особливими освітніми потребами: когнітивний, емоційний та соціальний аспекти».

ISBN

978-966-2538-83-0.

URL:

<https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f8b59cf2-d197-42ff-b9eb-48e307ce194f/content>

6. X Міжнародної науково-теоретичної конференції «Theoretical and Practical Scientific Achievements: Research and Results of their Implementation: Collection of Scientific Papers «SCIENTIA» (13 лютого 2026, Ліверпуль, Англія). Тези на тему: «Зміни сприйняття реальності у дітей з особливими освітніми потребами під впливом психотравми». <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/13.02.2026>

7. Міжнародна наукова конференція «Global Perspectives on Research and Innovation» (5 березня 2026, Amsterdam, Netherlands). Тези на тему: «Clinical Interview with Elements of Observation as a Method for Identifying Psychotraumatic Markers in Children with Special Educational Needs». DOI: <https://doi.org/10.64076/iedc260305>. URL: <https://researcheurope.org/wp-content/uploads/2026/03/re-05.03.2026.pdf>

8. Всеукраїнська конференція молодих вчених «Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів» (9 липня 2026 р.). Тема доповіді: «Комплексна психологічна підтримка дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни: результати експериментальної програми». URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/750198>

Додаток В

Клінічне інтерв'ю з елементами спостереження

ПІБ дитини: _____

Вік: _____

Дата інтерв'ю: _____

Фахівець: _____

Форма проведення: ☐ Бесіда ☐ Гра ☐ Малювання ☐ Змішана

Тривалість: _____ хв

1. Початковий контакт:

Контакт встановлюється:

☐ легко ☐ частково ☐ з труднощами

Потребує підтримки:

☐ так ☐ ні

Візуальний контакт:

☐ стійкий ☐ короткий ☐ уникає

Моторика / напруга:

☐ спокійна ☐ гіперактивна ☐ завмерлий стан

Мовлення:

☐ вільне ☐ обмежене ☐ майже відсутнє

2. Емоційні прояви:

Загальний емоційний фон:

☐ доброзичливий ☐ тривожний ☐ пригнічений ☐ нестабільний

Реакції на запитання:

☐ відповідні ☐ уникливі ☐ з мовчанням ☐ із тілесною реакцією (напруга, зойк тощо) 3. Зміст відповідей дитини (короткий зміст і висловлювання):

Тема	Суть відповіді	Емоції / поведінка
Почуття безпеки		
Страхи		
Взаємодія з іншими		
Реакції на стрес		

Найважча подія (за наявності)		
-------------------------------	--	--

4. Спостереження фахівця:

Помітні поведінкові маркери:

- ☐ Уникнення
- ☐ Завмирання
- ☐ Гіперактивність
- ☐ Раптові зміни настрою
- ☐ Регресивна поведінка
- ☐ Соматичні скарги (живіт, головний біль тощо)

5. Попередні висновки:

Емоційний стан: _____

Ознаки тривожності / страхів: _____

Можливі маркери психотравми: _____

Рівень розуміння / мовленнєва продукція: _____

Комунікація: _____

6. Рекомендації:

- ☐ Подальше клінічне обстеження
- ☐ Залучення психолога / психотерапевта
- ☐ Арт-терапевтична підтримка
- ☐ Психологічна робота з родиною
- ☐ Набір ресурсів і підтримки в групі / класі
- ☐ Інше: _____

Підпис фахівця: _____

Дата: _____

Додаток Г

**Шкала запитань до опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для
української популяції (адаптація В. Безшейко)**

Питання	Число балів				
	0	1	2	3	4
1. Чи виникають у вас тривожні думки або уявні картинки про страшну подію, яка відбулася, спонтанно, коли ви цього не хотіли?					
2. Чи сняться вам погані сни або жахіття?					
3. Чи з'являється поведінка або відчуття, ніби це відбувається знову (бачити або чути щось і відчувати, ніби ви знову там)?					
4. Чи з'являється повторно відчуття страху / гніву / смутку / провини / розгубленості, коли ви згадуєте, що сталося?					
5. Чи з'являються					

якісь відчуття в тілі (фізичні), коли ви згадуєте, що сталося (наприклад, пітливість, прискорене серцебиття, біль у животі або голові)?					
6. Ви намагаєтеся не думати про це?					
7. Які почуття ви виникають?					
8. Ви б хотіли ще раз опинитися у тому ж місці? З тими ж людьми? Чути розмови про це?					
9. Ви можете згадати всі деталі події, яка відбулася?					
10. У вас виникають погані думки про себе, інших людей або світ (наприклад, «Я нічого не можу зробити правильно», «Усі люди погані», «Світ – страшне місце»)?					
11. Ви вважаєте, що					

те що сталося, — це ваша вина (наприклад, «Я не повинен був цього робити», «Я цього заслужив, бо я поганий»)?					
12. Чи часто виникають у вас такі почуття як страх, гнів, провина або сором?					
13. Ви втратили інтерес до того, що ви раніше робили?					
14. Ви відчуваєте близькість до друзів чи родини або небажання бути поруч з ними?					
15. У вас виникає відчуття щастя / задоволення? Які почуття найчастіше виникають у вас / чи не виникають взагалі ніякі почуття?					
16. У вас виникає легкий гнів					

(наприклад, крик, удари) інших, кидання речей)?					
17. Чи бували спроби нашкодити собі (наприклад, вживання наркотиків, алкоголю, втеча, порізи себе й ін.)?					
18. Чи бували ви нервовим або легко лякалися (наприклад, коли хтось підходить до вас ззаду, коли ви чуєте гучний шум)?					
19. Чи виникають у вас проблеми з концентрацією уваги (наприклад, втрата сюжету по телевізору, забування прочитаного, нездатність зосередитися на уроці)?					
20. Чи є проблеми із засинанням або підтримкою сну?					

Додаток Д

Критерії оцінювання за методикою «Малюнок сім'ї»

Критерій	1 бал	2 бали	3 бали
Склад сім'ї	Відсутні значущі члени сім'ї або сама дитина; виключення близьких без пояснення	Зображено більшість членів сім'ї, але окремі відсутні або замінені символами	Зображено всіх значущих членів сім'ї, включаючи себе
Розташування фігур	Фігури ізольовані, між ними велика відстань, дитина окремо	Є незначне дистанціювання окремих членів сім'ї	Усі члени сім'ї розташовані поруч, простежується психологічна близькість
Розмір фігур	Дитина зображена значно меншою або непропорційною, виражене домінування інших	Незначні диспропорції між фігурами	Фігури пропорційні, без вираженого домінування
Послідовність малювання	Себе або значущих людей дитина малює останніми чи взагалі не малює	Себе малює в середині процесу	Себе або найближчих людей малює першими, без вагань
Наявність себе	Дитина не зображає себе або розміщує далеко від сім'ї	Дитина присутня, але займає периферійне положення	Дитина є повноправним учасником сімейної взаємодії, знаходиться серед інших
Емоційний фон	Сумні або агресивні обличчя, відсутність взаємодії, негативні сюжети	Нейтральні вирази облич, емоції виражені слабо	Усмішки, позитивна взаємодія, спільна діяльність
Деталізація	Малюнок схематичний, майже без деталей, окремі фігури незавершені	Деталізовано лише окремих членів сім'ї	Усі персонажі достатньо деталізовані, наявні атрибути, елементи середовища
Використання кольорів	Переважають темні, одноманітні кольори або кольори майже відсутні	Поєднання темних і світлих кольорів	Переважають світлі, яскраві, різноманітні кольори

Фізичні зв'язки	Відсутній будь-який контакт між членами сім'ї, усі стоять окремо	Контакт простежується лише між окремими членами сім'ї	Члени сім'ї взаємодіють між собою, тримаються за руки, займаються спільною діяльністю
-----------------	--	---	---

Інтерпретація балів (максимальна кількість балів – 27 (9 критеріїв по 3 бали).

Сума балів	Ставлення до сім'ї	Інтерпретація
22–27 балів	Позитивне	Позитивне сприйняття сім'ї, емоційна безпека, наявність підтримувальних сімейних взаємин.
15–21 бал	Нейтральне	Частково сприятливі сімейні взаємини; можливі окремі ознаки емоційного дистанціювання або внутрішніх переживань.
9–14 балів	Негативне	Ознаки сімейного неблагополуччя, емоційної ізоляції, тривожності або психотравматичного переживання; потребує поглибленого психологічного аналізу.

Додаток Е

Критерії оцінювання за методикою арт-тестування «Дерево- Дім-Людина»

Критерій	1 бал (низький рівень)	2 бали (середній рівень)	3 бали (високий рівень)
Емоційна та когнітивна сфера	Виражені негативні емоції, тривожність, страх; дерево неструктуроване або незавершене; переважають темні кольори; відсутня або дуже низька деталізація.	Емоційний стан нестійкий; структура дерева частково сформована; використано як темні, так і світлі кольори; деталізація часткова.	Переважає позитивний емоційний фон; дерево має чітку структуру (стовбур, крона, коріння); використано переважно світлі або природні кольори; малюнок достатньо деталізований.
Соціальна безпека та мікросоціум	Будинок деформований або відсутній; родина не зображена або присутні ознаки ізоляції; відсутні символи безпеки (вікна, двері, паркан, сонце тощо).	Будинок цілісний, але мало деталізований; зображено окремих членів родини; символи безпеки представлені частково.	Будинок цілісний і пропорційний; присутні всі або більшість членів родини; наявні численні атрибути безпеки (сонце, квіти, дерева, паркан, домашні тварини), що свідчать про відчуття захищеності.
Образ «Я»	Дитина не зображує себе або зображує дуже маленькою, осторонь інших; спостерігаються ознаки неприйняття себе, низької самооцінки.	Дитина присутня на малюнку, але розташована не в центрі композиції; розмір фігури дещо менший або більший за інших; самооцінка нестійка.	Дитина зображує себе серед інших, у центральній або значущій позиції; розмір фігури адекватний; простежуються ознаки самоприйняття, позитивної самооцінки та емоційної включеності.

Інтерпретація отриманої суми балів за трьома критеріями.

3-4 бал – виявляються ознаки емоційного неблагополуччя, порушення відчуття безпеки, негативний або нестійкий образ «Я», що може бути наслідком психотравмуючого досвіду.

5-7 балів – відзначаються окремі труднощі емоційної регуляції та соціального функціонування, однак зберігаються окремі ресурсні компоненти й адаптивні прояви.

8-9 балів – позитивний емоційний стан, сформоване відчуття безпеки, позитивний образ себе, достатній рівень психологічної адаптації та наявність внутрішніх ресурсів.

Додаток Ж

Зразок картування поведінки (фіксація поведінкових проявів)

Дата	Ситуація / контекст	Поведінка дитини	Інтенсивність	Реакція дорослого	Можливий тригер
	Групова робота на уроці	Раптово кинув зошит, закричав	Висока	Педагог підійшов, посадив окремо	Критичне зауваження
	Перерва, перехід у їдальню	Відмовився йти, сховався під стіл	Середня	Асистент спробував переконати	Зміна обстановки
	Індивідуальна робота з логопедом	Не відповідав, дивився в підлогу	Помірна	Завдання перенесли	Нова людина в кабінеті

Протокол картування поведінки.

1. Загальні характеристики:

Поведінка в спокійному стані: _____

Особливості контакту: _____

Відомі тригери / реактивні ситуації: _____

2. Таблиця фіксації поведінкових проявів (див. зразок вище).

3. Аналіз за критеріями:

Найбільш часті поведінкові прояви: _____

Типові тригери / ситуації ризику: _____

Можливі ознаки психотравматичного досвіду:

☐ уникнення☐ емоційна закритість☐ агресія☐ тривожність☐ гіперреактивність☐ регресивні реакції

Інше: _____

Додаток И

Порівняння симптоматики психотравми у дітей з ООП молодшого шкільного віку і молодшого підліткового віку за критеріями DSM-5 (за шкалою CPSS-SR-5)

Критерій (DSM-5)	Молодші школярі (n=42)	Молодші підлітки (n=40)	Якісний опис
Критерій А – опис травматичної події	100 %	100 %	Усі учасники зазначили наявність психотравмуючої події
Критерій В – симптоми інтрузії	68,3 %	51,2 %	Часті нав'язливі спогади, тривожні сни, «повторне переживання» події, психосоматичні реакції
Критерій С – уникнення	51,2 %	43,9 %	Уникнення розмов, згадок, ігор, пов'язаних з подією; відмова від малюнків на цю тему, вербальна блокада
Критерій D – негативні думки та емоції	39,0 %	61,0 %	У молодших підлітків: почуття провини, песимістичне бачення світу, втрата інтересу, емоційна замкненість
Критерій Е – надмірна реактивність	65,9 %	48,8 %	Порушення сну, гіперчутливість до звуків, імпульсивність, напруженість, спалахи гніву або страху
Рівень симптоматики ПТСР (>31 бал)	35,9 %	38,8 %	Клінічно значущий рівень симптомів згідно з критеріями CPSS-SR-5
Важкий / дуже важкий рівень (41–80 балів)	33,9 %	26,8 %	Високий дистрес, потреба в психокорекційній роботі, відсутність спонтанного відновлення
Соматизовані прояви (головний/шлунковий біль, тощо)	29,3 %	24,3 %	Скарги без медичних підстав, що виникають у стресовому контексті.
Помірна симптоматика або часткове відновлення	34,4 %	41,7 %	У дітей з підтримкою – ознаки стабілізації або часткового емоційного відновлення

Додаток К

Описова статистика типів психотравматичних реакцій

Група	n	М (середній бал)	Me	Mo	SD	Min	Max
Молодші школярі з ООП	42	2,31	2	2	1,06	1	4
Молодші підлітки з ООП	40	2,45	2	2	1,08	1	4
Молодші школярі з НР	39	1,67	1	1	0,91	1	4
Молодші підлітки з НР	38	1,87	2	1	1,01	1	4

Додаток Л

Результати формуючого експерименту

Результати виконання вправи «Намалюй свій страх» дітьми ЕГ та КГ

Бали	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
4 бали	7	35,0	0	0,0
3 бали	11	55,0	3	15,0
2 бали	2	10,0	10	50,0
1 бал	0	0,0	7	35,0

Результати виконання вправи «Закінчи історію» дітьми ЕГ та КГ

Закінчення історії	Бал	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
Герой знаходить підтримку, успішно долає труднощі, історія завершується позитивно	4	6	30,0	0	0,0
Герой частково справляється із ситуацією, але потребує допомоги інших	3	11	55,0	5	25,0
Герой залишається без ефективної підтримки, фінал невизначений або тривожний	2	3	15,0	9	45,0
Історія завершується безвихіддю, поразкою або посиленням небезпеки	1	0	0,0	6	30,0
Разом		20	100,0	20	100,0

Результати виконання вправи «Знайди відмінності» дітьми ЕГ та КГ

Бал	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
4 бали	3	15,0	0	0,0
3 бали	14	70,0	3	15,0
2 бали	3	15,0	8	40,0
1 бал	0	0,0	9	45,0

Результати виконання вправи «Лабіринт» дітьми ЕГ та КГ

Бал	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1	0	0,0	6	30,0

2	6	30,0	10	50,0
3	12	60,0	4	20,0
4	2	10,0	0	0,0

Результати виконання вправи «Стоп-кадр» дітьми ЕГ та КГ

Бал	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1	0	0,0	7	35,0
2	5	25,0	8	40,0
3	12	60,0	5	25,0
4	3	15,0	0	0,0
	20	100,0	20	100,0

Результати виконання вправи «Я можу впоратися» дітьми ЕГ та КГ

Бали	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1 бал	0	0%	6	30%
2 бали	3	15%	12	60%
3 бали	13	65%	2	10%
4 бали	4	20%	0	0%
Разом	20	100%	20	100%

Результати виконання рольових ігор дітьми ЕГ та КГ

Бали	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1 бал – дезадаптивна поведінка, нездатність виконати роль	0	0%	7	35%
2 бали – уникання або імпульсивні реакції	5	25%	10	50%
3 бали – ефективні стратегії за підтримки дорослого	10	50%	3	15%
4 бали – адекватна поведінка та самоконтроль	5	25%	0	0%
Разом	20	100%	20	100%

Результати виконання за соціально-комунікативним тренінгом «Співпраця в парі» дітьми ЕГ та КГ

Бали	Критерій	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
------	----------	---------------------------	---	---------------------------	---

1 бал	Відмова від спільної діяльності, ігнорування правил	0	0%	6	30%
2 бали	Уникання взаємодії, конфліктність, потреба в допомозі	5	25%	11	55%
3 бали	Співпраця після нагадування або допомоги дорослого	10	50%	3	15%
4 бали	Активна взаємодія, комунікація, взаємодопомога, дотримання правил	5	25%	0	0%
Разом		20	100%	20	100%

Результати виконання вправи «Потрібна допомога» дітьми ЕГ та КГ

Бали	Критерій оцінювання	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1	Відмова від виконання, нездатність визначити почуття героя	0	0%	6	30%
2	Визначення емоцій із підказками, відсутність пропозицій допомоги	4	20%	12	60%
3	Потреба у незначній допомозі дорослого	12	60%	2	10%
4	Самостійне визначення почуттів, адекватна допомога, взаємодія	4	20%	0	0%
Разом		20	100%	20	100%

Результати виконання вправи «Структурована бесіда» дітьми ЕГ та КГ

Рівень	Критерій	Кількість дітей ЕГ (n=20)	%	Кількість дітей КГ (n=20)	%
1 бал	Не може описати емоційний стан / відмовляється відповідати	0	0%	8	40%
2 бали	Потребує карток, малюнків або значної допомоги	3	15%	3	15%

3 бали	Називає емоції після додаткових запитань, частково описує зміни	12	60%	9	45%
4 бали	Вільно описує емоції, усвідомлює позитивні зміни, використовує рефлексію	5	25%	0	0%
Разом		20	100%	20	100%

Додаток М

**Таблиця очікуваних частот для критерію χ^2 Пірсона за вправою
«Структурована бесіда»**

Рівень	ЕГ, очікувана частота	КГ, очікувана частота
1 бал	3,5	3,5
2 бали	6,0	6,0
3 бали	8,0	8,0
4 бали	2,5	2,5
Разом	20	20

**Результати точного критерію Фішера-Фрімана-Галтона за вправою
«Структурована бесіда»**

Показник	Значення
Кількість груп	2
Кількість категорій	4
Розмір ЕГ	20
Розмір КГ	20
Таблиця спряженості	2×4
Статистичний критерій	Точний критерій Фішера-Фрімана-Галтона
Двобічне р-значення	≈ 0,001
Рівень значущості α	0,05
Статистичний висновок	Відмінності статистично значущі

Довідки про впровадження результатів дослідження «Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з ООП»

**КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ
НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
(КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НРЦ)**

вул. Павла Скоропадського, 6.22, м. Кам'янець-Подільський, Кам'янець-Подільський р-н,
Хмельницька область, 32316, ЄДРПОУ 23827890, тел. (03849) 7-44-86
Email: kpnrnc@gmail.com сайт: <https://sites.google.com/view/kpnrc>

Вих. 15.07.2026 №215 /01-18

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови
подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами»
зі спеціальності 053 – Психологія

Результати дисертаційного дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича впроваджено в освітній процес Кам'янець-Подільського навчально-реабілітаційного центру Хмельницької обласної ради, у якому навчаються діти з особливими освітніми потребами, та було використано у практичній діяльності педагогічних працівників, практичного психолога, асистента учителя.

Ознайомлення з розробленими автором організаційно-методичними умовами подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, алгоритмом організації психолого-педагогічного супроводу, системою діагностики психоемоційного стану дітей та практичними рекомендаціями щодо надання психологічної допомоги дає підстави стверджувати про їх високу практичну цінність та можливість ефективного використання в діяльності закладів спеціальної та інклюзивної освіти.

Розроблені автором методичні матеріали застосовуються під час здійснення психолого-педагогічного супроводу здобувачів освіти, проведення корекційно-розвиткових занять, індивідуальної та групової психологічної роботи, консультування педагогів і батьків, а також під час розроблення індивідуальних програм розвитку та визначення оптимальних умов навчання дітей, які мають наслідки психотравматичного досвіду.

Цінним є те, що використання результатів дослідження практичними психологами та членами команди психолого-педагогічного супроводу сприяло підвищенню якості психолого-педагогічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами, формуванню безпечного та підтримувального освітнього середовища, а також розвитку професійної компетентності фахівців щодо роботи з дітьми, які пережили психотравмуючі події.

Важливо наголосити на актуальності та своєчасності дисертаційного дослідження, результати якого відповідають сучасним викликам, пов'язаним із повномасштабною війною в Україні, та мають важливе значення для розвитку системи психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами. Основні положення дослідження висвітлено у наукових публікаціях, матеріалах міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій, методичних рекомендаціях та інших науково-методичних виданнях, що забезпечує можливість їх широкого впровадження у практику закладів освіти.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради Кам'янець-Подільського навчально-реабілітаційного центру Хмельницької обласної ради, від «06» червня 2026 р. № 5

Директор



Інна ГАНУШКЕВИЧ



У К Р А Ї Н А

УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ І НАУКИ КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Кам'янець-Подільський ліцей № 9 ім. А. М. Трояна
Кам'янець-Подільської міської ради Хмельницької області

вул. Драгоманова, 12 «т», м. Кам'янець-Подільський, 32302, тел. 5-14-12
E-mail: kp.nvk9@gmail.com

№ 17 від 30.06. 2026 р.

На № від 2026 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні
умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами»
зі спеціальності 053 – Психологія

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в освітню діяльність Кам'янець-Подільського ліцею №9 ім. А. М. Трояна Кам'янець-Подільської міської ради Хмельницької області.

Автором розроблено діагностичний та корекційно-розвивальний інструментарій, спрямований на зниження проявів психотравматизації, розвиток емоційної стійкості та адаптаційних можливостей дітей. Запропонований інструментарій використовується фахівцями установи для своєчасного виявлення психологічних наслідків психотравми та визначення індивідуальних потреб дітей. Його застосування сприяє підвищенню ефективності моніторингу позитивної динаміки психоемоційного стану та оцінюванню результативності психологічного супроводу.

Практичне використання результатів дисертаційного дослідження сприяє поглибленому вивченню закономірностей психоемоційного розвитку дітей із нормотиповим розвитком, що створює науково обґрунтовану основу для порівняльного аналізу особливостей емоційної сфери дітей з особливими освітніми потребами. Такий підхід дає змогу виявити специфіку формування та наростання психотравматичного досвіду, визначити характерні механізми розвитку психотравматизації, своєчасно ідентифікувати чинники ризику та обґрунтувати зміст психолого-педагогічного супроводу, спрямованого на мінімізацію негативних наслідків психотравми й забезпечення гармонійного психоемоційного розвитку дітей.

Результати дисертаційного дослідження мають практичне значення та рекомендовані до подальшого використання в освітній процес закладів загальної середньої освіти, які здійснюють навчання й психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. За його

результатами розроблено методичні рекомендації щодо психологічного супроводу дітей, які зазнали психотравмального досвіду. Вони забезпечують єдиний алгоритм професійної взаємодії фахівців та сприяють підвищенню якості надання психологічної підтримки дітям з особливими освітніми потребами. Їх упровадження сприяє вдосконаленню професійної компетентності фахівців та підвищенню ефективності психологічної допомоги дітям, які пережили психотравмувальні події.

Запропонований інструментарій застосовується практичними психологами та іншими фахівцями психолого-педагогічного супроводу для своєчасного виявлення психологічних наслідків психотравми, комплексної оцінки психоемоційного стану дітей, визначення їхніх індивідуальних освітніх і психологічних потреб, а також планування та реалізації адресної психологічної допомоги. Значущим є те, що результати дисертаційного дослідження використовуються під час розроблення індивідуальних програм психологічної допомоги дітям, які зазнали психотравмального досвіду. Використання результатів дослідження сприяло підвищенню ефективності психологічного супроводу дітей із психотравмою, удосконаленню професійної діяльності практичних психологів та впровадженню сучасних підходів до подолання її наслідків.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради Кам'янець-Подільського ліцею №9 ім. А. М. Трояна Кам'янець-Подільської міської ради Хмельницької області від «09» червня 2026 р. № 7

Директор Кам'янець-Подільського
ліцею № 9 ім. А. М. Трояна



Наталія ОСАДЧУК



Україна
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
 Державний заклад
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені К. Д. УШИНСЬКОГО»
 Навчально-науковий інститут фізичної культури, спорту та спеціальної освіти
 65020, м. Олеса, вул. Старопортофранківська, 26. Тел.: (048) 752-98-35; +380 (93) 015 61 82 E-mail: nnifksr@pdpu.edu.ua

№ 45/а від 04.03.2026 на

№ _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови подолання
психотравми у дітей з особливими освітніми потребами»
зі спеціальності 053 – Психологія

У ході виконання дослідження автором здійснено комплексний аналіз психолого-педагогічних засад подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, визначено організаційно-методичні умови надання психологічної допомоги, обґрунтовано сучасні підходи до організації психокорекційної роботи та міждисциплінарного супроводу. Розроблено систему методик щодо організації психологічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, які зазнали психотравмувального впливу, а також запропоновано практичні механізми взаємодії педагогів, практичних психологів, фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, батьків та інших учасників психолого-педагогічного супроводу.

Матеріали дослідження впроваджено в освітній процес під час викладання навчальних дисциплін «Спеціальна психологія», «Інклюзивна освіта», «Психолого-педагогічна діагностика дітей з особливими освітніми потребами», «Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами» та інших дисциплін, зміст яких пов'язаний із підготовкою фахівців у галузі спеціальної та інклюзивної освіти.

Основні результати дослідження апробовано під час проведення науково-практичних конференцій, семінарів, круглих столів, тренінгів та інших заходів, спрямованих на поширення сучасних підходів до психологічної підтримки дітей, які пережили психотравмуючі події.

Практичне впровадження результатів дослідження сприяє підвищенню ефективності психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами, удосконаленню професійної компетентності здобувачів освіти, розвитку

міждисциплінарної взаємодії та впровадженню сучасних доказових підходів до подолання наслідків психотравми в умовах воєнного стану.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження були обговорені та схвалені на засіданні кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Навчально-наукового інституту фізичної культури, спорту та спеціальної освіти протокол № 9 від «24» лютого 2026 р.

Т.в.о. директора
навчально-наукового інституту фізичної культури,
спорту та спеціальної освіти
доктор педагогічних наук, професор



Ольга ФОРОСТЯН



**ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«БАГАТОПРОФІЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР
СВЯТОГО МИКОЛАЯ»**

79491, Львівська область, Львівський район, вул. Незалежності України, буд. 1, м. Львів-Броховичі, с/п.ф.ак.с.п.т. 2346577, e-mail: st.nicholasschool.br@gmail.com ; код ЄДРПОУ: 23888726
«БАГАТОПРОФІЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР СВЯТОГО МИКОЛАЯ»
Код 23888726
79491, Львівська обл., смт Броховичі, вул. Незалежності України, буд. 1
Вих. № 240 від 03.08.2026 р.
Вхід. на № від

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича
«Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з
особливими освітніми потребами»
зі спеціальності 053 – Психологія**

Практичне значення результатів дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» для діяльності закладу визначається можливістю їх використання в роботі з дітьми, які внаслідок зміни місця проживання, порушення звичних соціальних зв'язків та пережитих подій опинилися в новому освітньому й соціальному середовищі.

У процесі впровадження використано науково обґрунтовані положення дисертаційного дослідження щодо організації психолого-педагогічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами з урахуванням їхнього індивідуального психотравматичного досвіду. Зазначені підходи застосовувалися під час організації освітньої взаємодії, індивідуальної та групової роботи, а також у процесі залучення дітей до спільного життя закладу.

Особливу увагу в практичній діяльності приділено питанням психологічної адаптації дітей, які прибули до закладу з інших регіонів України. Результати дослідження використовувалися для організації підтримувального входження дитини в нове освітнє середовище, встановлення позитивного контакту з педагогами та однолітками, поступового залучення до спільної діяльності та формування відчуття належності до нового колективу.

Практична реалізація результатів дослідження передбачала використання різних форм взаємодії, спрямованих на підтримку емоційного стану дітей та налагодження соціальних зв'язків. У груповій роботі створювалися умови для безпечного спілкування, обміну досвідом, спільного пошуку способів подолання

складних ситуацій та формування взаємної підтримки. Особливе значення надавалося недопущенню соціальної ізоляції дітей, які мають досвід вимушеного переміщення, та їхньому поступовому включенню у життя нового колективу.

Окремим напрямом упровадження результатів дослідження стала підтримка позитивної взаємодії між дітьми з різним життєвим досвідом. В освітньому середовищі створювалися ситуації, що сприяли спільній діяльності, взаємному прийняттю та встановленню доброзичливих контактів. Застосування кооперативних форм роботи дозволило зменшити соціальну дистанцію між учасниками освітнього процесу та створити умови для формування позитивного досвіду взаємодії дітей, які мають різний досвід проживання воєнних подій.

За результатами впровадження відзначено позитивні зміни у включенні дітей у взаємодію з однолітками та дорослими, підвищенні їхньої готовності брати участь у спільних заходах, більш відкритому вираженні власних переживань та зверненні по підтримку. У дітей, які пережили вимушене переміщення, спостерігалось поступове розширення соціальних контактів та формування позитивного досвіду перебування у новому освітньому середовищі.

Вважаємо, що результати дисертаційного дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» мають особливу практичну цінність для закладів освіти, які в умовах воєнного стану приймають дітей з особливими освітніми потребами з різних регіонів України. Запропоновані автором організаційно-методичні підходи можуть бути використані для вдосконалення системи психолого-педагогічного супроводу дітей, які мають психотравматичний досвід, пережили вимушене переміщення або перебувають у процесі адаптації до нового соціального та освітнього середовища.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати дисертаційного дослідження та практичні рекомендації щодо організації психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами, які мають психотравматичний досвід, були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради Комунального закладу Львівської обласної ради «Багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр Святого Миколая» від «09» червня 2026 р. № 5.

Директор



/ЦИМБАЛЮК Н.П./

УКРАЇНА

ДНІПРОПЕРОВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ОСВІТИ
«СПЕЦІАЛЬНА ШКОЛА «ШАНС»
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

вул. Батумська, 2-А, м. Дніпро, 49074, тел. 095-537-7526 096-676-19-55
e-mail: shans.spec@gmail.com, <http://shans.dp.ua/>, код ЄДРПОУ 20220229

Вих. № 71 від 29.06.2026

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови
подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» зі
спеціальності 053 – Психологія.**

Актуальність впровадження результатів дослідження обумовлена сучасними викликами, пов'язаними з наслідками повномасштабної війни в Україні. Значна кількість дітей переживає психотравмуючі події, пов'язані із загрозою життю, вимушеним переселенням, втратою рідних, тривалим перебуванням у стані небезпеки та порушенням звичного способу життя. Особливої уваги потребують діти з особливими освітніми потребами, оскільки особливості їхнього психофізичного розвитку можуть ускладнювати переживання травматичного досвіду, його усвідомлення та вербалізацію емоційних станів. У цьому контексті результати дисертаційного дослідження мають вагомое практичне значення для організації комплексної психологічної допомоги та забезпечення ефективного психолого-педагогічного супроводу таких дітей.

У ході впровадження були використані науково обґрунтовані організаційно-методичні підходи до раннього виявлення психотравматичних проявів, оцінювання психологічного стану дітей та визначення індивідуальних маршрутів психолого-педагогічної підтримки. Зокрема, у практичній діяльності закладу застосовувалися психодіагностичні проєктивні методики («Малюнок сім'ї», «Я і світ», «Дім – Дерево – Людина»), що дозволили отримувати додаткову інформацію щодо емоційного стану, рівня внутрішньої напруги, особливостей переживання травматичного досвіду та характеру взаємин дитини із соціальним оточенням. Важливим було застосування клінічного інтерв'ю з елементами спостереження, адаптованого до вікових, когнітивних та мовленнєвих можливостей дітей, що дало можливість виявляти прояви тривожності, страхів, емоційної нестабільності, особливості реагування на

психотравмуючі події та визначати актуальні потреби дитини та розширити індивідуальну програму розвитку дитини.

Запроваджений метод експертного оцінювання із залученням міждисциплінарної команди фахівців забезпечив комплексний аналіз потреб дитини та прийняття узгоджених рішень щодо організації індивідуального психолого-педагогічного супроводу.

Інші методи, на кшталт, систематичного спостереження за поведінкою дітей у природному освітньому середовищі, картування поведінки, діагностики психотравми – дали змогу зафіксувати поведінкові індикатори психотравматичного досвіду (замкненість, уникнення соціальної взаємодії, імпульсивність, підвищена тривожність, агресивність, емоційна лабільність, порушення концентрації уваги тощо), що сприяло об'єктивізації результатів спостереження та плануванню індивідуальної корекційно-розвиткової роботи фахівцями.

Результати дослідження були використані під час організації психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами, підготовки індивідуальних програм розвитку, планування корекційно-розвиткових занять, проведення консультацій для педагогічних працівників і батьків, а також під час роботи команди психолого-педагогічного супроводу щодо визначення ефективних форм підтримки дітей, які зазнали психотравматичного впливу.

Таким чином, результати дисертаційного дослідження мають практичну цінність та можуть бути рекомендовані до подальшого використання у діяльності закладів спеціальної освіти.

Результати дисертаційного дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради КЗО «Спеціальна школа «Шанс» Дніпропетровської обласної ради.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради закладу від «28» травня 2026 р. № 6.

В.о. директора



Крістіна ТОРОП



**«ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР»
СОЛОТВИНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ ТЯЧІВСЬКОГО РАЙОНУ
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

✉ 90575 Закарпатська область, Тячівський район, смт. Солотвино, вул. Емінеску, 5, e-mail:
solotvino_irts@ukr.net
Код ЄДРПОУ 41762726

№ 01-21/ 17 від 15.05.2026 року

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови
подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» зі
спеціальності 053 – Психологія.**

Цією довідкою підтверджуємо, що результати дисертаційного дослідження аспіранта Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України Прохоренка Дениса Олексійовича за темою «Організаційно-методичні умови подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» були впроваджені у практичну діяльність Комуналої установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Солотвинської селищної ради Тячівського району Закарпатської області та використовуються під час здійснення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дітей, організації психолого-педагогічного супроводу, консультування батьків і педагогічних працівників, а також у процесі розроблення індивідуальних рекомендацій щодо підтримки дітей з особливими освітніми потребами.

Актуальність впровадження результатів дослідження обумовлена сучасними викликами, пов'язаними з наслідками повномасштабної війни в Україні. Значна кількість дітей, які звертаються до Інклюзивно-ресурсного центру, мають досвід переживання психотравмуючих подій, пов'язаних із вимушеним переміщенням, перебуванням у зоні бойових дій, тривалим перебуванням в укриттях, втратою рідних, руйнуванням житла, порушенням

звичного способу життя та навчання. Особливої уваги потребують діти з особливими освітніми потребами, для яких психотравматичний досвід часто супроводжується посиленням поведінкових, емоційних, когнітивних і комунікативних труднощів та ускладнює процес навчання, соціальної адаптації й розвитку.

У процесі впровадження результатів дослідження були використані сучасні методики психологічної діагностики та психолого-педагогічного супроводу, зокрема: методики оцінювання психоемоційного стану дітей, виявлення проявів тривожності, стресу та посттравматичних реакцій; методики дослідження особливостей емоційної регуляції, адаптаційного потенціалу, когнітивного функціонування та соціально-психологічної адаптації; методи структурованого спостереження, клінічної бесіди, психологічного інтерв'ю, аналізу розвитку дитини; арттерапевтичні, ігрові, когнітивно-поведінкові, ресурсно-орієнтовані та психоедукаційні технології психологічної підтримки, а також методики роботи з сім'єю та педагогами щодо створення безпечного освітнього середовища для дитини.

Особливу практичну цінність результати дослідження мають для організації супроводу дітей, які постраждали внаслідок воєнних дій, є внутрішньо переміщеними особами, втратили близьких, пережили окупацію або тривалий вплив стресогенних факторів війни. Запропоновані автором організаційно-методичні умови дають змогу своєчасно визначати психологічні потреби таких дітей, забезпечувати комплексний міждисциплінарний супровід, підвищувати ефективність взаємодії фахівців, педагогів і батьків, а також створювати умови для психологічної стабілізації, відновлення адаптаційних ресурсів, успішної соціалізації та включення дитини в освітній процес.

Результати дослідження сприяють підвищенню професійної компетентності фахівців Інклюзивно-ресурсного центру, удосконаленню якості комплексної оцінки розвитку дітей та організації психолого-педагогічного супроводу відповідно до сучасних наукових підходів і актуальних потреб дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Солотвинської селищної ради Тячівського району Закарпатської області від 11 травня 2026 р. № 7



Директор

В.П. Стойка



УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ І НАУКИ СУМСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
**КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА ПІЩАНСЬКА
 ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ ШКОЛА І-ІІ СТУПЕНІВ
 м. СУМИ, СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ
 (ПІЩАНСЬКА ЗОШ м. Суми)**

вул. Шкільна, 26, с.Піщане, м. Суми, 40491, тел. (0542) 78 97 78
 e-mail shcolanet2008@ukr.net, код ЄДРПОУ 21117551

28.05.2026 2026 № *03-05/111*

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови
 подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» зі
 спеціальності 053 – Психологія**

Результати дисертаційного дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича впроваджено в освітній процес Комунальної установи Піщанська загальноосвітня школа І-ІІ ступенів м.Суми, Сумської області, у якому організовано інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами. Розроблені автором науково-методичні матеріали використовувалися в діяльності практичного психолога, педагогічних працівників, асистентів учителів та членів команди психолого-педагогічного супроводу здобувачів освіти.

Актуальність упровадження результатів дослідження зумовлена необхідністю забезпечення належної психологічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, які навчаються в умовах інклюзивного освітнього середовища та можуть мати досвід психотравмувальних подій, пов'язаних із повномасштабною війною, вимушеним переміщенням, втратою близьких, перебуванням у зоні бойових дій, тривалим впливом стресогенних чинників та зміною звичного соціального середовища.

Ознайомлення фахівців закладу з організаційно-методичними умовами подолання психотравми, запропонованою автором системою психолого-педагогічного супроводу, діагностичним інструментарієм та рекомендаціями щодо організації психологічної допомоги дітям з ООП засвідчило їх практичну значущість для функціонування інклюзивного освітнього середовища. Застосування зазначених матеріалів дозволяє фахівцям більш цілеспрямовано визначати емоційні та поведінкові прояви психотравматичного досвіду, своєчасно виявляти потребу дитини у

психологічній підтримці та добирати відповідні форми психолого-педагогічного супроводу.

Особливу цінність для практичної діяльності закладу становить експериментальна програма подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, розроблена Прохоренком Д.О. Програма була використана як основа для організації індивідуальної та групової роботи з дітьми, які мають підвищений рівень тривожності, емоційної напруги, труднощі емоційної саморегуляції та адаптації до змін, зумовлених психотравмувальними подіями.

Програма передбачає комплексну роботу за п'ятьма взаємопов'язаними напрямками: діагностично-мотиваційним, емоційно-регуляційним, когнітивно-поведінковим, соціально-інтеграційним та заключно-рефлексивним. Така структура дозволяє здійснювати послідовну роботу з дитиною – від первинного вивчення її психоемоційного стану та визначення актуальних потреб до формування навичок саморегуляції, конструктивного реагування на стрес, розвитку соціальної взаємодії та усвідомлення власних внутрішніх ресурсів.

У процесі реалізації програми застосовувалися арт-терапевтичні та казкотерапевтичні техніки, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, релаксаційні практики, вправи на розвиток емоційної саморегуляції та соціально-комунікативні тренінги. Заняття проводилися у груповій та індивідуальній формах, а окремі елементи програми інтегрувалися в освітній процес та корекційно-розвиткову роботу.

За результатами практичного використання програми відзначено її позитивний вплив на емоційний стан та адаптаційні можливості дітей з особливими освітніми потребами. Зокрема, спостерігалось зменшення проявів емоційної напруги та тривожності, покращення здатності дітей розпізнавати й виражати власні емоції, формування навичок самозаспокоєння та саморегуляції, зниження інтенсивності негативних поведінкових реакцій у складних ситуаціях. Позитивна динаміка також виявлялася у підвищенні готовності дітей до взаємодії з однолітками та дорослими, розвитку комунікативних навичок, формуванні більш конструктивних способів реагування на конфліктні та стресові ситуації.

Важливим результатом упровадження стало підвищення ефективності роботи команди психолого-педагогічного супроводу. Використання запропонованих автором підходів сприяло узгодженню дій практичного психолога, педагогічних працівників, асистента вчителя та інших фахівців, залучених до підтримки дитини. Матеріали дослідження використовувалися під час обговорення індивідуальних освітніх потреб учнів, визначення оптимальних умов їхнього навчання та розвитку, планування психолого-педагогічних заходів, а також у процесі взаємодії з батьками та законними представниками дітей.

Практичне значення результатів дослідження полягає також у тому, що запропоновані автором підходи дозволяють враховувати поєднання особливих освітніх потреб дитини та наслідків психотравматичного досвіду. Це є особливо важливим для інклюзивного освітнього середовища, оскільки психотравма може посилювати наявні труднощі розвитку, впливати на навчальну мотивацію, концентрацію уваги, поведінку, комунікацію та здатність дитини до соціальної взаємодії.

Використання результатів дисертаційного дослідження та експериментальної програми подолання психотравми сприяло вдосконаленню психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП, підвищенню професійної компетентності педагогічних працівників щодо розпізнавання проявів психотравматичного досвіду та формуванню більш безпечного, психологічно комфортного й підтримувального інклюзивного освітнього середовища.

Вважаємо, що результати дисертаційного дослідження Прохоренка Д.О. мають високу практичну значущість для закладів освіти, які забезпечують інклюзивне навчання, та можуть бути рекомендовані до подальшого використання практичними психологами, педагогічними працівниками, асистентами вчителів і командами психолого-педагогічного супроводу у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, які зазнали впливу психотравматичних чинників.

Актуальність і своєчасність дослідження визначається сучасними умовами функціонування системи освіти України, зокрема необхідністю забезпечення психологічної стійкості та підтримки дітей в умовах війни. Запропоновані організаційно-методичні умови та програма подолання психотравми можуть бути використані як важливий компонент системи психолого-педагогічної підтримки дітей з ООП та сприяти їхній успішній адаптації, навчанню і соціалізації в інклюзивному освітньому середовищі.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження та експериментальна програма подолання психотравми були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради Комунальної установи Піщанська загальноосвітня школа І-ІІ ступенів м.Суми, Сумської області від 28 травня 2026 р. №12.

Директор



Наталія НАГОРНА



Сумський заклад загальної середньої освіти спеціальна школа Сумської міської ради

просп. Свободи, 28, м. Суми, 40016, тел. (0542)789-738, 789-739
e-mail: specshkola_sumy@ukr.net Код ЄДРПОУ 21103321

Від 04.06.2026 № 01-24/192

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Прохоренка Дениса Олексійовича «Організаційно-методичні умови
подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами» зі
спеціальності 053 – Психологія**

Результати дисертаційного дослідження Прохоренка Дениса Олексійовича впроваджено в освітній процес Сумського закладу загальної середньої освіти спеціальна школа Сумської міської ради, у якому навчаються діти з особливими освітніми потребами, та використано у практичній діяльності педагогічних працівників, практичного психолога, асистента вчителя та інших фахівців, залучених до психолого-педагогічного супроводу здобувачів освіти.

Ознайомлення з розробленими автором організаційно-методичними умовами подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, алгоритмом організації психолого-педагогічного супроводу, системою діагностики психоемоційного стану дітей та практичними рекомендаціями щодо надання психологічної допомоги дає підстави стверджувати про їх високу практичну значущість та можливість ефективного використання в діяльності закладів спеціальної та інклюзивної освіти.

Особливу практичну цінність становить експериментальна програма подолання психотравми у дітей з особливими освітніми потребами, розроблена Прохоренком Д.О. Програма має комплексний характер та передбачає системне поєднання діагностичних, психокорекційних, психотерапевтичних, соціально-комунікативних і рефлексивних заходів. Її структура охоплює взаємопов'язані діагностично-мотиваційний, емоційно-регуляційний, когнітивно-поведінковий, соціально-інтеграційний та заключно-рефлексивний блоки, що забезпечує послідовність і цілісність процесу психологічної допомоги дитині.

Програма реалізовувалася протягом 4 місяців та включала 16 групових занять і індивідуальні психологічні сесії. Робота проводилася у групах чисельністю 6-8 дітей, в індивідуальній та груповій формі, а також інтегрувалася в освітній процес закладу. У ході реалізації програми застосовувалися сучасні психокорекційні та психотерапевтичні методи,

зокрема арт-терапія, казкотерапія, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, релаксаційні практики та соціально-комунікативні тренінги.

За результатами апробації програми встановлено її позитивний вплив на психоемоційний стан дітей з особливими освітніми потребами, які мають досвід психотравмувальних подій. Застосування програми сприяло зниженню рівня емоційної напруги та тривожності, формуванню навичок емоційної саморегуляції, розвитку здатності розпізнавати й виражати власні емоції, формуванню більш конструктивних моделей поведінки у стресових ситуаціях, покращенню комунікативної взаємодії та підвищенню адаптаційних можливостей дітей. Важливим результатом стало також посилення відчуття безпеки, формування позитивного ставлення до власних ресурсів та підвищення готовності дітей до взаємодії з однолітками й дорослими.

Практична значущість програми полягає також у можливості її адаптації до індивідуальних психофізичних та освітніх потреб дітей, що забезпечує диференційований підхід до організації психологічної допомоги.

Важливо наголосити на актуальності та своєчасності дисертаційного дослідження Прохоренка Д. О., результати якого відповідають сучасним викликам, пов'язаним із повномасштабною війною в Україні та її впливом на психічне здоров'я дітей з особливими освітніми потребами. Розроблені організаційно-методичні умови та експериментальна програма подолання психотравми мають важливе практичне значення для розвитку системи психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП та можуть бути рекомендовані до подальшого використання у закладах спеціальної та інклюзивної освіти.

Довідка видана для подання в разову спеціалізовану вчену раду Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття доктора філософії зі спеціальності 053 – Психологія.

Результати наукового дослідження та розроблена експериментальна програма подолання психотравми були обговорені та схвалені на засіданні педагогічної ради Сумського закладу загальної середньої освіти спеціальна школа Сумської міської ради від «29» травня 2026 р. № 9.

Директор



Валентина СЛЮСАРЕНКО

		CERTIFICATE		
		№ 23-0326/ ¹³ 1 febbraio - 23 marzo 2026 180 ore - 6 crediti ECTS		
	Associazione Internazionale «Scuola per lo Sviluppo dell'Anima, Cultura, Arte e Diplomazia» Università degli Studi di Milano Accademia di Belle Arti di Brera Istituto di Pedagogia Speciale e Psicologia «Mykola Yarmachenko» Istituto Internazionale per l'Inclusione Associazione «Made in Ukraine for Italy» «SMART-Persona»			
	<i>Prokhorenko Denys</i>			
	Tirocinio scientifico-pratico internazionale in presenza e a distanza sul tema:			
	FONDAMENTI PSICOLOGICO-PEDAGOGICI DELL'ART-PEDAGOGIA E DELL'ART-TERAPIA			
	NELLA CORREZIONE, RIABILITAZIONE E INCLUSIONE			
	Modulo 1. Aspetti umanistici delle politiche statali e sociali e strategie europee di attività degli specialisti in un approccio multidisciplinare Modulo 2. L'arte nel processo di interazione sinergica: nuovi approcci e tattiche di lavoro degli specialisti Modulo 3. Sviluppo del potenziale personale e guarigione secondo il metodo originale «DZHERELNA GRAFICA»			
	Zoryana Leniv, Dottoressa in Scienze Pedagogiche, Professoressa Associata, Direttrice dell'Istituto Internazionale per l'Inclusione, Professoressa Associata del Dipartimento di Logopedia e Tecnologie Innovative per l'Inclusione dell'Università Nazionale di Caracaz Vasy Stefany, Responsabile dell'ONG "SMART-Persona"			
	Lesya Prokhorenko, Dottoressa in Scienze Psicologiche, Professoressa, Direttrice dell'Istituto Mykola Yarmachenko di Pedagogia Speciale e Psicologia dell'Accademia Nazionale delle Scienze dell'Ucraina, Membro Corrispondente dell'Accademia Nazionale delle Scienze dell'Ucraina			
	Irina Kolomoets, Presidente associazione "Made in Ukraine for Italy" Associazione "Made in Ukraine for Italy" Largo Esterle, 4 - 20900 Monza (MI) Tel. +39 331 34 37 100 info@info.it C.F. 94643200150			