НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

МІСЬКОВ ГЕННАДІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

УДК: 159.942.5-056.2/.3-053.4/.5:364.624.4:355.01(043.5)

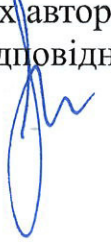
ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ ЗАСОБАМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

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



Міськов Г.В.

Науковий керівник

Кульбіда Світлана Вікторівна,

доктор педагогічних наук,

професор

Київ - 2026

АНОТАЦІЯ

Міськов Г. В. Подолання тривожності і страхів у дітей з особливими освітніми потребами засобами соціально-психологічної допомоги**.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

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

У дисертації вперше науково обґрунтовано теоретико-методичні засади подолання тривожності і страхів війни дітей з особливими освітніми потребами з визначенням ключових понять. Доведено, що в умовах хронічної воєнної загрози страх дитини з ООП трансформується з природної адаптивно-сигнальної реакції на безпосередню небезпеку у стійку генералізовану тривожність, яка виснажує нейродинамічні ресурси мозку та веде до функціональної дезінтеграції вищих психічних функцій, блокуючи усвідомлену діяльність і пізнавальну активність.

Обґрунтовано закономірності нашарування екстремальних чинників війни на нормативні вікові страхи дошкільників та молодших школярів. Доведено, що за умов дизонтогенезу типові вікові страхи гіпертрофуються й набувають рис вітальної катастрофи. Виявлено, що порушений онтогенез суттєво деформує механізми психологічного захисту та емоційної саморегуляції. Наявність первинного дефекту (сенсорного, інтелектуального, моторного чи мовленнєвого) знижує функціональний поріг стійкості нервової системи до надмірної стимуляції, звужує компенсаторні резерви психіки та обумовлює заміну продуктивної копінг-поведінки примітивними формами психомоторного захисту (ступор, мелтдаун, стереотипії, регрес гігієнічних і комунікативних навичок).

Здійснено системний аналіз і розкрито сутність суперечностей між декларативними міжнародними рамками безпеки (IASC, UNICEF, WHO) та викликами повномасштабної війни в Україні: інфраструктурної, часової,

комунікативно-асистивної, кадрової, що обумовлює необхідність у розробці і наданні безперервної, комплексної та персоналізованої підтримки дітей з особливими освітніми потребами з ліквідацією фрагментарності, ресурсної обмеженості та нестабільності системи надання безпекових послуг під час повітряної тривоги у закладах освіти.

Розроблено, експериментально верифіковано комплексну діагностично-проєктивну систему стандартизованої оцінки з авторською матрицею «Мапа страхів війни» з урахуванням типу страху (фізичний, соціальний, екзистенційний), рівня його прояву (інтенсивність, частота), соціального фону (стан родини, досвід переселення, наявність підтримки), матрицею «Драбина страхів» зі встановленням критичного дезадаптивного порогу дитячого страху (≥70%) стану тривожності і страхів війни у категоріях дітей (глухі, кохлеарно імплантовані, з розладами аутистичного спектру, з синдромом Дауна, з тяжкими порушеннями мовлення) та їхніх матерів (опікунів). В констатувальному експерименті доведено характер патологічної психоемоційної індукції ефекту емоційного зараження в системі «мати – дитина»: реактивна тривожність матері виступає безпосереднім пусковим тригером гострих психомоторних зривів дитини під час небезпеки ($r = 0,68–0,84$, $p<0,001$), тоді як материнська особистісна тривожність детермінує хронізацію страхів, воєнних обсесій, ритуалів та логофобій ($r = 0,64–0,79$, $p < 0,001$). Виявлено специфічний кореляційний розрив на нижніх щаблях «Драбини страхів» ($r < 0,16$, $p > 0,05$), зокрема, у користувачів КІ (страх темряви), глухих дітей (страх звуків війни за збереження спокійної міміки матері), що підтверджує строгу сенсорну вибірковість дитячого страху.

Обгрунтовано, розроблено та експериментально комплексну програму соціально-психологічної допомоги «Острівець безпеки», що базується на принципі трисуб'єктності та дворівневій архітектурі інтервенцій протоколів безпеки першої психологічної допомоги у інваріантному та варіативному модулях. Змістові блоки програми: пропедевтично-підготовчий (стабілізація за кисневою маскою), діяльнісно-формувальний (диференційовані протоколи

першої психологічної допомоги, ко-терапія), інтегративно-закріплюючий (польова симуляція та стабілізація в реальних умовах) з розмежуванням інструментів для дошкільників та молодших школярів дозволили її реалізувати для 5 категорій особливих потреб у експериментальних закладах спеціальної освіти впродовж 2025-2026 року.

Аналіз результатів контрольного зрізу формувального експерименту підтвердив високу ефективність упровадження комплексної програми. В експериментальній групі зафіксовано вірогідне зниження дезадаптивних проявів страху (з 68,0% до 14,3%), скорочення часу переходу до укриття, купірування афективних зривів і моторного ступору; за психофізіологічною сферою дітей - зникнення тахіпное, падіння частоти мелтдаунів при розладах аутистичного спектру, відсутність моторного ступору при синдромі Дауна, збереження ковтального рефлексу та ін.; за афективно-поведінковою сферою - зниження сумарного балу за провідними нозологічними страхами не менше ніж на 35-50%; редукцією реактивної тривожності матерів на 25-35% з переходом із високого декомпенсованого рівня в адаптивний помірний; встановлено закономірність вікової депатологізації зв'язків у системі діади: зниження кореляцій Пірсона до помірного функціонального рівня ($r = 0,31–0,44$, $p < 0,05$) у дошкільнят та повне розщеплення патологічної кореляційної залежності ($r = 0,21–0,28$, $p > 0,05$) у молодших школярів, що засвідчило відновлення базового відчуття безпеки та формування автономної особистісної резильєнтності дітей.

Наукова новизна і теоретична значущість дослідження полягає в тому, що вперше: розроблено та експериментально апробовано комплексну програму соціально-психологічної допомоги, побудовану на поєднанні інваріантної складової (алгоритм «СТОП» з експрес-технологією вагусної саморегуляції дорослої «Киснева маска») та варіативних нозологічних модулях, протоколах першої психологічної допомоги і тріадичної ко-терапії; закономірність вікової депатологізації зв'язків у системі діади: зниження кореляцій Пірсона до помірного функціонального рівня ($r = 0.31 - 0.44$, $p <$

0.05*) у дошкільнят (трансформація симбіотичної паніки в конструктивну соматичну ко-регуляцію) та повне розщеплення кореляційної залежності (r = 0.21 - 0.28, p > 0.05*) у молодших школярів як показник сформованості автономної резильєнтності; розроблено дворівневу архітектуру кризових протоколів безпеки для п'яти категорій особливих освітніх потреб дітей (глухі, кохлеарно-імплантовані, з розладами аутистичного спектру, із синдромом Дауна, з ТПМ), що поєднує інваріантну основу (загальні вимоги до безбар'єрності, світлового маркування укриттів та саморегуляції дорослої за «принципом кисневої маски»), варіативні вікові модулі, що розмежовують інструменти ко-регуляції для дошкільників (тілесно-ігровий контакт, соматосенсорне капсулювання) та молодших школярів (покрокові візуальні алгоритми, соціально-захисні мікроролі в групі, шкали самооцінки тривоги); обґрунтовано категоріальні відмінності між переживанням тривожності і у «драбинах загрозливих страхів» п'яти категорій дітей (пріоритет «сенсорного блекауту» і страху темряви для глухих дітей проти ризику «акустичного шоку», цифрового дисторшну та страху втрати дороговартісного процесора для користувачів КІ); теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально верифіковано феноменологічну «Мапу страхів війни» і драбин загрозливих страхів як цілісну діагностико-проєктивну систему, що диференціює ієрархію воєнного дистресу відповідно до структури дефекту при п'яти формах дизонтогенезу; встановлено й емпірично доведено критичний поріг дезадаптації дитячого страху (≥70%), за якого відбувається функціональне блокування кори головного мозку та маніфестуються специфічні нозологічні реакції декомпенсації (вітальний «сенсорний блекаут», сенсорно-акустичний шок, автоагресивні мелтдауни, парасимпатичний ступор, гострий психогенний мутизм і логоневротичний спазм); розкрито специфіку та математично доведено характер патологічної психоемоційної індукції в системі «мати – дитина з ООП»: виявлено, що материнська реактивна тривожність виступає прямим біосоматичним тригером гострих рухових і вегетативних зривів дитини під час небезпеки (r

= 0.68 - 0.84, p < 0.001), тоді як особистісна тривожність детермінує хронізацію воєнних обсесій, ритуалів та логофобій у молодшому шкільному віці (r = 0.64 - 0.79, p < 0.001*).

Практичне значення результатів дослідження у створенні, інструментальному застосуванні, впровадженні в інклюзивний освітній простір закладу освіти цілісного прикладного комплексу протидії воєнному дистресу в дітей з ООП: загальна програма, “Мапа страхів війни”, “Драбина страхів” зі шкалами дезадаптивності, варіативні модулі-протоколи алгоритму “СТОП” з експрес-технологією вагусної саморегуляції наставника «Киснева маска», технологічні карти занять, діагностичні бланки, протоколи першої психологічної допомоги, а також структурування простору укриттів і супроводу дітей з особливими освітніми потребами під час повітряних тривог практичними психологами, сурдопедагогами, логопедами закладів спеціальної освіти, фахівцями ІРЦ як стандартизований інструмент швидкої оцінки рівня дезадаптації дитини без ризику вторинної ретравматизації; для батьків дітей з ООП - організації «скриньки безпеки», домашніх стабілізуючих ритуалів та запобігання симбіотичному зараженню панікою. Емпіричні та технологічні матеріали можуть використовуватися і слугувати основою підготовки лекційних і практичних занять із дисциплін «Спеціальна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Основи кризового консультування в спеціальній освіті», «Психологічна допомога дітям з особливими освітніми потребами у кризових ситуаціях», а також у тренінгових програмах підвищення кваліфікації педагогів і психологів закладів дошкільної і початкової освіти, закладів інституційного догляду, ІРЦ.

***Ключові слова**: екстрена освіта, освітнє середовище, заклад спеціальної освіти, дошкільний вік, молодший шкільний вік, особливі потреби, перша психологічна допомога, психічне здоров'я, ко-терапія, глухі, кохлеарно імплантовані, синдром Дауна, порушення мовлення, розлад аутистичного спектру.*

ABSTRACT

Miskov H. V. Overcoming anxiety and fears in children with special educational needs through socio-psychological support. – Qualifying scientific work as a manuscript.

Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in the 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.

The dissertation, for the first time, scientifically substantiates the theoretical and methodological principles of overcoming war anxiety and fears in children with special educational needs (SEN), defining the key concepts. It is proved that under conditions of a chronic military threat, the fear of a child with SEN transforms from a natural adaptive-signaling reaction to an immediate danger into a stable generalized anxiety, which depletes neurodynamic brain resources and leads to the functional disintegration of higher mental functions, blocking conscious activity and cognitive engagement.

The regularities of the superimposition of extreme war factors onto the normative age-related fears of preschoolers and primary school children are substantiated. It is proved that under conditions of dysontogenesis, typical age-related fears hypertrophy and acquire the features of a vital catastrophe. It was revealed that impaired ontogenesis significantly deforms the mechanisms of psychological defense and emotional self-regulation. The presence of a primary defect (sensory, intellectual, motor, or speech) lowers the functional resistance threshold of the nervous system to excessive stimulation, narrows the compensatory reserves of the psyche, and causes the replacement of productive coping behavior with primitive forms of psychomotor defense (stupor, meltdown, stereotypies, regression of hygiene and communication skills).

A systemic analysis was conducted, revealing the essence of the contradictions between declarative international safety frameworks (IASC, UNICEF, WHO) and the challenges of the full-scale war in Ukraine:

infrastructural, temporal, communicative-assistive, and personnel-related. This necessitates the development and provision of continuous, comprehensive, and personalized support for children with SEN, eliminating the fragmentation, resource limitations, and instability of the safety service provision system during air raid alerts in educational institutions.

A comprehensive diagnostic-projective system for standardized assessment was developed and experimentally verified. It features the author's matrix "War Fear Map" (accounting for fear type: physical, social, existential; level of manifestation: intensity, frequency; social background: family state, displacement experience, availability of support) and the "Fear Ladder" matrix, which establishes a critical maladaptive threshold of child fear (≥70%). This system evaluates the state of anxiety and war fears across categories of children (deaf, cochlear implant users, with autism spectrum disorder, Down syndrome, severe speech disorders) and their mothers (caregivers). The ascertaining experiment proved the nature of pathological psycho-emotional induction and the emotional contagion effect within the "mother-child" system: maternal state anxiety acts as a direct trigger for acute psychomotor breakdowns in the child during danger ($r = 0.68–0.84$, $p < 0.001$), while maternal trait anxiety determines the chronification of fears, war obsessions, rituals, and logophobia ($r = 0.64–0.79$, $p < 0.001$). A specific correlation break was identified at the lower rungs of the "Fear Ladder" ($r < 0.16$, $p > 0.05$), particularly among cochlear implant users (fear of darkness) and deaf children (fear of war sounds while the mother maintains a calm facial expression), confirming the strict sensory selectivity of child fear.

The comprehensive socio-psychological support program "Island of Safety" was substantiated, developed, and experimentally implemented. It is based on the tri-subject principle and a two-tier architecture of safety interventions for psychological first aid across invariant and variable modules. The content blocks of the program—propaedeutic-preparatory (stabilization using the "oxygen mask" approach), activity-formative (differentiated psychological first aid protocols, co-therapy), and integrative-consolidating (field simulation and stabilization in real

conditions)—with differentiated tools for preschoolers and primary school children, allowed for its successful implementation across 5 categories of special needs in experimental special education institutions during 2025-2026.

Analysis of the control assessment results of the formative experiment confirmed the high efficacy of the implemented comprehensive program. In the experimental group, a significant decrease in maladaptive fear manifestations was recorded (from 68.0% to 14.3%), along with a reduction in the time required to move to a shelter, and the relief of affective breakdowns and motor stupor; regarding the psychophysiological sphere of the children, there was a disappearance of tachypnea, a drop in the frequency of meltdowns in autism spectrum disorders, the absence of motor stupor in Down syndrome, and preservation of the swallowing reflex; in the affective-behavioral sphere, the total score for the leading nosological fears decreased by at least 35–50%; maternal state anxiety was reduced by 25–35%, transitioning from a high decompensated level to an adaptive moderate one; the regularity of age-related depathologization of links within the dyad system was established: a decrease in Pearson correlations to a moderate functional level ($r = 0.31–0.44$, $p < 0.05$) in preschoolers, and a complete splitting of pathological correlation dependence ($r = 0.21–0.28$, $p > 0.05$) in primary school children, which proved the restoration of a basic sense of safety and the formation of autonomous personal resilience in children.

The scientific novelty and theoretical significance of the research lie in the fact that for the first time: a comprehensive socio-psychological support program was developed and experimentally tested, built on a combination of an invariant component (the "STOP" algorithm featuring the adult's vagal self-regulation express technology "Oxygen Mask") and variable nosological modules, psychological first aid protocols, and triadic co-therapy; the regularity of age-related depathologization of links within the dyad system was discovered: a decrease in Pearson correlations to a moderate functional level ($r = 0.31 - 0.44$, $p < 0.05$) in preschoolers (transforming symbiotic panic into constructive somatic co-regulation) and a complete split of correlation dependence ($r = 0.21 - 0.28$, $p >$

0.05) in primary school children as an indicator of formed autonomous resilience; a two-tier architecture of crisis safety protocols was developed for five categories of children with SEN (deaf, cochlear implant users, ASD, Down syndrome, severe speech disorders), combining an invariant core (general requirements for accessibility, light marking of shelters, and adult self-regulation via the "oxygen mask" principle) with variable age modules that separate co-regulation tools for preschoolers (bodily-play contact, somatosensory encapsulation) and primary school children (step-by-step visual algorithms, social-protective micro-roles in a group, anxiety self-assessment scales); categorical differences in experiencing anxiety within the "ladders of threatening fears" across the five categories of children were substantiated (the priority of "sensory blackout" and fear of darkness for deaf children versus the risk of "acoustic shock," digital distortion, and the fear of losing an expensive processor for cochlear implant users); the phenomenological "War Fear Map" and ladders of threatening fears were theoretically substantiated, developed, and experimentally verified as a holistic diagnostic-projective system that differentiates the hierarchy of war distress according to the structure of the defect in five forms of dysontogenesis; the critical maladaptive threshold of child fear (≥70%) was established and empirically proven, at which functional blocking of the cerebral cortex occurs and specific nosological decompensation reactions manifest (vital "sensory blackout", sensory-acoustic shock, auto-aggressive meltdowns, parasympathetic stupor, acute psychogenic mutism, and logoneurotic spasm); the specificity was revealed and the nature of pathological psychoemotional induction in the "mother - child with SEN" system was mathematically proven: maternal state anxiety acts as a direct biosomatic trigger for acute motor and autonomic breakdowns in the child during danger ($r = 0.68 - 0.84$, $p < 0.001$), while trait anxiety determines the chronification of war obsessions, rituals, and logophobia in primary school age ($r = 0.64 - 0.79$, $p < 0.001$).

The practical significance of the research results lies in the creation, instrumental application, and implementation into the inclusive educational space

of an educational institution of a holistic applied complex for countering war distress in children with SEN: the general program, the "War Fear Map", the "Fear Ladder" with maladaptation scales, variable module-protocols of the "STOP" algorithm featuring the adult's vagal self-regulation express technology "Oxygen Mask", technological lesson maps, diagnostic forms, psychological first aid protocols, as well as the structuring of shelter spaces and the accompaniment of children with SEN during air raid alerts by practical psychologists, deaf educators, and speech therapists in special education institutions, and specialists of inclusive resource centers, serving as a standardized tool for rapid assessment of the child's maladaptation level without the risk of secondary traumatization; for parents of children with SEN, it involves organizing a "safety box," establishing home stabilizing rituals, and preventing symbiotic panic contagion. Empirical and technological materials can be used and serve as a basis for preparing lectures and practical classes in the disciplines "Special Pedagogy", "Special Psychology", "Fundamentals of Crisis Counseling in Special Education", "Psychological Assistance to Children with SEN in Crisis Situations", as well as in training programs for the professional development of teachers and psychologists in preschool and primary education institutions, institutional care facilities, and inclusive resource centers.

Key words: *emergency education, educational environment, special education institution, preschool age, primary school age, special needs, psychological first aid, mental health, co-therapy, deaf, cochlear implanted, Down syndrome, speech disorders, autism spectrum disorder.*

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. **Міськов Г.В.** (2024). Діти і війна: досвід екстреної психологічної допомоги. *Збірник наукових праць. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 2(25), 155-169.* https://doi.org/10.33189/epsn.v2i25.262 https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/262

2. **Міськов Г.В.** (2025). Вимірювання базових емоційних реакцій під час війни: кроки емпіричного дослідження. *Особлива дитина: навчання і виховання, 118(2), 193-213.* https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.239 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/239

3. **Міськов Г.В.** (2026). Деформація антиципаційних механізмів як чинник тривожності дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни та шляхи їх цифрової стабілізації. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 28, 229-243*. https://doi.org/10.33189/epsn.v1i28.325 https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/.

4. **Міськов Г.В.** (2025). Інформаційний супровід практики HADS для дослідження психологічного стану дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану України. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)», 7 (53), 1472-1480.* https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1472-1480 https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/26692

5. **Міськов Г.В.** (2026). PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF THE INTERRELATION BETWEEN ANTICIPATORY CAPACITY AND THE STRUCTURE OF FEARS IN CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS. *Особлива дитина: навчання і виховання, 120(3), 194-206.* https://doi.org/10.33189/ectu.v123i3.371

6. Литовченко, С., Кульбіда, С., Жук, В., Таранченко, О., Вовченко, О., Литвинова, В., Рибак, О., **Міськов, Г**. (2024). Забезпечення безбар’єрності

в освітньому процесі для дітей з порушеннями слуху. *Особлива дитина: навчання і виховання*, *116*(4), 29-44. https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4.194 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/194

Публікації в інших виданнях

Стаття у періодичному науковому виданні України

7. Малинович, Л., Кульбіда С., **Міськов Г.** (2023). Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики. Особлива дитина : навчання і виховання, 112(4), 95-118. https://doi.org/10.33189/ectu.v112i4.158 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/158

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. **Міськов Г.В.** (2023). Освітні потреби глухих здобувачів як соціокультурні детермінанти потреб. Збірка тез матеріалів IX Міжнародного конгресу «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру та війни» 25-26 жовтня 2023 року. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. С.354-356. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738579

9. **Міськов Г.В.** (2024). Соціально-психологічні дослідження тривоги і страхів у дітей. Безбар'єрність в освіті особи з особливими потребами: досвід та інновації. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, С.284-289. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743120/

10. **Міськов, Г.** (2025). Інформаційний супровід дієвих практик забезпечення психологічного благополуччя родин з дітьми в умовах воєнного стану. Утвердження української національної ідентичності в умовах воєнного стану: стратегічні орієнтири та інноваційні практики: збірник наукових праць, 346-349. НАЇР. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745446

11. **Міськов Г.В.** (2025). Тривожність і страхи дітей у діагностичних характеристиках. Сила підтримки: психологічна допомога особам з

особливими потребами у період війни. *Матеріали* Всеукраїнської конференції молодих вчених. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, 51-54. https://ispukr.org.ua/?p=14323

12. **Міськов, Г. В.** (2025). Напрями психосоціальної підтримки дітей у надзвичайних ситуаціях. Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу : *збірник тез доповідей* VI Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Вид-во Хортицької національної академії, м. Запоріжжя, Україна, 529-531. https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/conference-hna-2025?pli=1&authuser=0

13. **Міськов, Г. В.** (2025). Соціально-психологічна допомога родинам з дітьми з особливими освітніми потребами з числа переселенців. Профорієнтація: стан і перспективи розвитку: *збірник матеріалів* ювілейних XV Всеукраїнських психолого-педагогічних читань, присвячених пам'яті доктора педагогічних наук, професора Федоришина Бориса Олексійовича. Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, м. Київ, Україна, 68-70. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746016

14. **Міськов Г.В**. (2026) Соціально-психологічні технології формування життєстійкості та зниження тривожності у дітей з особливими освітніми потребами. Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів. *Матеріали* Всеукраїнської конференції молодих вчених. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, 58-61. https://ispukr.org.ua/?p=15599

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 16
ВСТУП 17
РОЗДІЛ І. СУЧАСНИЙ НАУКОВИЙ ДИСКУРС ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ
1.1. Теоретико-понятійний аналіз основних категорій 32
1.2. Особливості онтогенетичного розвитку афективної сфери 40
1.3. Особливості природи дитячих страхів у війні 43
1.4. Міжнародні стандарти психосоціальної підтримки 50
1.5. Посилення стратегій подолання небезпеки у досвіді створення цільових програм 60
1.6. Вплив війни на психічне здоров'я та стан дітей 71
Висновки до першого розділу 80

РОЗДІЛ ІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ
2.1. Організація і зміст констатувального експерименту 82
2.2. Діагностичний інструментарій, структура і зміст методик 87
2.3. Результати діагностики 93
2.4. Результати та емпіричні профілі матерів 103
2.5. Характеристика фізіологічної, емоційно-поведінкової, когнітивної сфер за категоріями дітей 91
2.6. Концептуальна мапа страхів війни у дітей з ООП 156
Висновки до другого розділу 161

РОЗДІЛ ІІІ. СУЧАСНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ЯК СИСТЕМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДУ
3.1 Організація і зміст формувального експерименту 164
3.2 Концептуальні засади створення програми 169
3.3 Врахування ключових принципів моделі СТОП 174
3.4 Специфіка і зміст програми 182
3.5. Врахування міжнародних безпекових стандартів 188
3.6. Приклади протоколів першої психологічної допомоги 194
3.7 Результати формувального експерименту 213

Висновки до третього розділу 228
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ 231
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 236
ДОДАТКИ 258

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АДК - альтернативна і додаткова комунікація
ВПО - внутрішньо переміщені особи
ДСНС - державна служба надзвичайних ситуацій
ЕГ - експериментальна група
ЕО - екстрена освіта
ЗДО - заклад дошкільної освіти
ЗНМ - загальний недорозвиток мовлення
ЗО - заклад освіти
ЗСО - заклад спеціальної освіти
ІРЦ - інклюзивно-ресурсний центр
КГ - контрольна група
КІ - кохлеарний імплант
МОН - Міністерство освіти і науки
НР - нормотиповий розвиток
НС - надзвичайна ситуація
ООП - особливі освітні потреби
ОКР - обсесивно-компульсивний розлад
ОТ - особистісна тривожність
ППД - перша психологічна допомога
ППО - протиповітряна оборона
ПМ - порушення мовлення
ПС - порушення слуху
РАС - розлад аутичного спектру
РТ - реактивна тривожність
СА - слуховий апарат
СД - синдром Дауна
СК - соціальна компетентність
ТПМ - тяжкі порушення мовлення
УЖМ - українська жестова мова

ВСТУП

Актуальність дослідження. Збройні конфлікти XXI століття характеризуються безпрецедентним руйнівним впливом на цивільну інфраструктуру та мирне населення, де частка дітей серед постраждалих залишається критично високою (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2022). Повномасштабна війна проти України спричинила системну дестабілізацію життєдіяльності суспільства: ракетно-артилерійські удари, постійні повітряні тривоги, вимушена міграція та руйнування звичного життєвого простору генерують хронічний травматичний дистрес, страхи та тривожність у дитячої популяції. Страждання дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку загострюються їхньою фізіологічною та психологічною залежністю від дорослих, страхом сепарації, ризиком утрати батьків (близьких), а також виснаженням ресурсу матерів (опікунів), які несуть основний тягар забезпечення виживання сім'ї. Оскільки перші роки життя є фундаментальним етапом онтогенезу та стартовою фазою неперервної освіти, тривалий вплив надзвичайних ситуацій воєнного стану вибиває дитину з нормативного соціалізаційного контексту, деформуючи когнітивний, емоційно-вольовий та моторний розвиток.

Саме категорія дітей з особливими освітніми потребами є найвразливішою соціальною групою через їхню фізичну незрілість, незахищеність, зумовлену специфікою психофізичного дизонтогенезу: наявністю первинного сенсорного, інтелектуального, моторного порушення, що істотно знижує компенсаторні резерви психіки, та повну або часткову залежність від наставників (батьків, опікунів, фахівців освіти) й різних форм підтримки, допомоги та захисту. Крім того, оскільки діти з ООП зазнають швидкого розвитку своїх психічних, соціальних та фізичних можливостей, їх ризик стає ще більшим через довгострокові наслідки їхньої вразливості.

У вітчизняній спеціальній психології закономірності компенсації та захисні ресурси дитини досліджено в працях О. Бабяк, Н. Баташевої, О. Вовченко, К. Довгополої, А. Душки, В. Кобильченка, Ю. Косенка, Т. Костенко, С. Кульбіди, Л. Руденко, В. Синьова, І. Омельченко, О. Орлова, І.

Поповича, Л. Прохоренко, М. Ярмаченка. Водночас дослідження природи воєнної травми та психосоціальної підтримки в умовах катастроф представлені в роботах І. Беха, Л. Вольнової, О. Гриньової, В. Климчука, С. Литвинової, С. Максименка, К. Островської, Л. Терещенко, В. Панка, Т. Титаренко та ін. Зарубіжний досвід надання екстреної психологічної допомоги, вивчення нейробіології панічних станів та резильєнтності акумульовано в дослідженнях R. Bettelheim, S. E. Hobfoll, C. Creswell, A. S. Masten, C. R. Rogers, D. J. Siegel, Y. Su, B. van der Kolk.

Правове поле захисту прав дітей з ООП в умовах війни регулюється міжнародними актами, насамперед Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (зокрема ст. 11 щодо захисту в ситуаціях ризику та надзвичайних гуманітарних ситуаціях), Конвенцією ООН про права дитини, а також директивами IASC, WHO та UNICEF. На національному рівні нормативно- правовим підґрунтям безпеки та надання комплексної психосоціальної підтримки слугують: Закони України «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», «Про дошкільну освіту»; Закон України «Про правовий режим воєнного стану»; Національна стратегія зі створення безбар’єрного простору в Україні на період до 2030 року, Концепція Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, Накази та інструктивно-методичні рекомендації МОН України щодо організації освітнього процесу та психологічного супроводу дітей з ООП в умовах воєнного стану (зокрема лист МОН України від 29.03.2022 № 1/3737-22, спільні протоколи взаємодії ДСНС та МОН України щодо фонду захисних споруд).

Разом із тим, аналіз реальної практики надання психосоціальної допомоги дітям з ООП в Україні виявляє гострий розрив між декларативними міжнародними стандартами (IASC, UNICEF, WHO) та реаліями повномасштабної війни на виснаження. Міжнародні рамки моделювалися здебільшого для локальних криз або структурованих таборів тимчасового перебування із зовнішнім ресурсом, тоді як українська освітня система

функціонує в режимі перманентної небезпеки застосування надзвукової та балістичної зброї. Це породжує низку системних суперечностей, які стосуються: інфраструктури між вимогами «розумного пристосування», безбар'єрності та сенсорного зонування укриттів і реальними умовами “пристосованих” приміщень подвійного призначення; часової і безпекової суперечності між гуманітарним принципом «повільної, ненасильницької деескалації» та необхідністю миттєвої евакуації дитини протягом лічених хвилин під загрозою артилерійського (ракетного) удару, де настання парасимпатичного ступору («завмирання») загрожує життю; комунікативно-асистивної - між стандартами безперервного цифрового супроводу альтернативною і додатковою комунікацією, жестового супроводу й світлового оповіщення, аварійними блекаутами, відсутністю стробоскопів для глухих і розрядкою мовних процесорів у дітей з кохлеарними імплантами (КІ); інституційно-кадрової - між настановою на мультидисциплінарну команду супроводу та хронічним дефіцитом спеціальних педагогів, психологів і асистентів через вимушену міграцію й перевантаження фахівців ІРЦ; доктринальна - між міжнародною презумпцією «батьків як ресурсного стабілізуючого буфера для дитини» та реальним синдромом вторинної травматизації, хронічного вигорання й декомпенсації самих опікунів.

Дослідження у вивченні міжнародного досвіду надання необхідної психологічної допомоги дітям з ООП в умовах війни (надзвичайних ситуацій) розкриває проблематику психологічних аспектів природи страхів, тривог, переживань, як наслідків травмівного досвіду. Розуміння небезпеки, адаптація до нього є головною необхідністю критичних умов надання освітніх послуг, щоб зменшити вплив на вразливості дітей, вплинути на розвиток індивідуальних адаптивних навичок, можливостей, здібностей в умовах освітнього середовища місцевих закладів. Досвід, з яким зіткнулися багато постраждалих від війни дітей, суперечить їхнім основним базовим потребам.

Усунення цих суперечностей вимагає наукового обґрунтування та створення гібридних, адаптованих до викликів воєнного стану, соціально-психологічних технологій і протоколів допомоги, орієнтованих на тріаду «дитина – батьки – фахівець». Зазначені чинники зумовлюють актуальність **теми дослідження**: «Подолання тривожності і страхів у дітей з особливими освітніми потребами соціально-психологічними засобами».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України та комплексної тематики «Теоретико-методологічні засади функціонування української жестової мови осіб з порушеннями слуху в контексті Євроінтеграції» (0124U000495). Тему дисертації затверджено рішенням вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (протокол № 10 від 11.10.2025 року).

Мета - обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність комплексної програми соціально-психологічної допомоги на основі протоколів першої психологічної допомоги (ППД) та алгоритму «СТОП», спрямованої на подолання дезадаптивних воєнних страхів і зниження рівня тривожності в дітей з особливими освітніми потребами.

Об'єктом нашого дослідження – тривожність і страхи у дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни.

Предметом – особливості подолання тривожності і страхів у дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку з ООП в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Визначити стан розробленості проблеми тривожності і страхів у сучасній психологічній науці.
2. Проаналізувати досвід концепції небезпеки і обґрунтувати мінімальні стандарти надання екстреної психологічної допомоги в умовах воєнного стану.

3. Продіагностувати психологічні витоки воєнних страхів у дітей з ООП і систематизувати поліморфні прояви дитячого дизонтогенезу з причинами соматизації небезпеки.

4. Обґрунтувати, розробити і апробувати комплексну програму соціально-психологічної допомоги, спрямованої на подолання дезадаптивних воєнних страхів і зниження рівня тривожності в дітей з ООП та їхніх матерів в закладах освіти.

5. Експериментально перевірити ефективність розробленої комплексної програми з визначенням психологічних особливостей змін кореляційного взаємозв'язку між материнською тривожністю та воєнними страхами дітей з ООП.

Теоретико-методологічною базою дослідження є: описова феноменологія Edmund Husserl (Dahlberg K., Drew N., Nystrom M., 2008) в обгрунтуванні комплексного застосування підходів (суспільно-науковий, прагматичний, конструктивний, особистісно зорієнтований), нейробіологічна концепції стресу (моделі функціональної дезінтеграції префронтальної кори та гіперактивації лімбічної системи за Дж. Леду, полівагальної теорії С. Порджеса); концепція досвіду небезпеки (ЮНЕСКО); Концепція подвійної діагностики (Бортвік-Даффі, 1994; Matson & Frame, 1986 та ін.), мінімальні стандарти концепції екстреної освіти (Save the Children Alliance, 2001); концепція швидкого освітнього реагування у складних НС (Nixon et al., 1996; Burde, 1999; Vargas Baron, 2005 та ін.).

Теоретичні положення емоційно-особистістної сфери у концепції психологічних розладів особистості І. Астремської, А. Душки, О. Кернберга, Л. Виготського, А. Леонтьєва, А. Запорожця, О. Захарова, В. Гарбузова, М. Панфілової, Т. Сак, А. Співаковської, Л. Терещенко, А. Обухівської, Р. Овчаровської, О. Лідерса, К. Ізарда та ін.

Досвід зарубіжних авторів, а саме теорії фобій та їх вплив на формування особистості дитини З. Фройда, А. Фройд, А. Адлера, Д. Боулбі, К. Хорні, С. Речмена, С. Томкинса, Е. Фромма, Дж. Уотсона, Г.С. Саллівана,

В.Е. Гебзаттеля та вітчизняних авторів І. Астремської, А. Душки, Т. Бушуєвої, І. Кардаш, В. Кобильченка, Ю. Кліманова, Т. Костенко, І. Омельченко, М. Омельченко, О. Орлова, Л. Руденко, Т. Скрипник, Г. Соколової, Д. Супрун, О. Таран, Л. Терещенко, В. Петрунюк, А. Співаковської та інших.

Теорія компенсаторних можливостей дітей дошкільного і шкільного віку (Н. Баташева, Г. Блеч, О. Бурлака, Л. Вавіна, Г. Воробель, С. Глазунова, Е. Данілавічютє, В. Жук, Т. Жук, В. Засенко, Т. Ілляшенко, С. Литовченко, А. Лапін, Н. Лещій, Л. Ніколенко, А. Обухівська, О. Орлов, Л. Прохоренко, Т. Сак, Г. Соколова, М. Супрун, О. Хохліна, О. Чеботарьова, О. Форостян, В. Шевченко та ін.), психолого-педагогічні дослідження дошкільного і молодшого шкільного віку: дітей із синдромом Дауна (І. Гладченко, Р. Ковтун, Ю. Мартинюк, А. Савицький, Г. Соколова, О. Чеботарьова та ін.); дітей з мовленнєвими порушеннями (О. Аркадьєва, К. Бужинецька, Г. Грибань, Е. Данілавічютє, Є.Линдіна, З. Мартинюк, І. Марченко, Н. Пахомової, Ю. Рібцун, В. Тищенко, Л. Трофименко та ін.), глухих, зі зниженим слухом, кохлеарно імплантованих дітей (О. Бурлака, Г. Воробель, В. Жук, В. Засенко, Н. Засенко, Н. Зборовська, С. Глазунова, С. Кульбіда, Н. Обухова, В. Шевченко, М. Ярмаченко та ін.)

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та реалізації визначених завдань було застосовано комплекс взаємопов’язаних наукових методів, що забезпечили теоретичну обґрунтованість і емпіричну верифікацію результатів дослідження:

теоретичні: дедуктивний (аксіоматичний і гіпотико-дедуктивний) – для системного опису явища, що досліджується; індуктивний – для встановлення закономірностей, типології, систематизації на основі результатів емпіричного дослідження; синтез матеріалів міжнародних інституцій, європейських проєктів і документів інституцій ЮНЕСКО, зокрема серії міжнародних доповідей з питань освіти та інших видань Європейського Союзу і Ради Європи для визначення основних тенденцій її розвитку; абстрагування та конкретизація під час вивчення джерел кризової психології, психології

подвійної діагностики, НС, системний аналіз даних; структурно-функціональне моделювання – для побудови системної комплексної моделі програми; експертних оцінок – для інтуїтивно-логічного аналізу досвіду, якісною і кількісною оцінкою суджень щодо сенсорно-перцептивної, емоційно-вольової, особистісної сфер дітей різних категорій особливих освітніх проблем, особливостей психічного здоров'я та ін.;

емпіричні: констатувальний етап експерименту, спостереження, бесіда, аналіз продуктів діяльності, аналіз медико-психологічної-педагогічної діяльності, порівняльно-зіставний метод, який застосовано для виявлення природи кардинально не схожих, різнорідних явищ, об'єктів та процесів; психодіагностичні методики: *опитувальники*: самооцінки тривожності (Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна), оцінки емоційного «Самооцінка емоційних станів» за А. Вессманом та Д. Ріксом (Griniova &Tereshchenko, 2015) - для визначення емоційного стану, реактивної і особистісної тривожності матерів (опікунів); спостереження за поведінкою й фізіологічними реакціями (Velykodna et al., 2023), SCAS1, SCAS2 (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS1, SCAS2; Susan H. Spence, 1998) для оцінки симптомів тривожності і страхів у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, постдіагностичне інтерв'ю - для уточнення обраних тверджень дорослими; Опитувальник ієрархії страхів Вольте де Лента для відокремлення абстрактних показників тривоги (тривожності) до конкретного переліку, ранжування фобічних стимулів; «Ієрархія страхів та тривожних тригерів» (КПТ-протокол) з робочою матрицею "Драбини страхів" стандартизованої суб'єктивної шкали (SUDS - *Subjective Units of Distress Scale),* авторські діагностико-проєктивні матриці Мапа страхів війни", "Термометр страху" - для експлікації суб'єктивного просторового та змістовного профілю дитячих побоювань, формувальний етап експерименту;

- *математично-статистичні*: якісні та кількісний аналіз емпіричних показників з використанням методів математичної статистики - лінійний

кореляційний аналіз r Пірсона, програми статистичної обробки даних Microsoft Excel, пакет статистичного аналізу.

Надійність і вірогідність здобутих результатів забезпечено науково-теоретичним обґрунтуванням концептуальних положень дослідження, застосуванням комплексу взаємодоповнюючих методів, які відповідають меті, предмету та завданням дослідження; поєднанням кількісного і якісного аналізу емпіричного матеріалу.

Експериментальна база дослідження: Березівська спеціальна школа Житомирської ОР, КЗО "Криворізька спеціальна школа "Сузір'я" Дніпропетровської ОР", КЗО "Криворізька спеціальна школа "Надія" Дніпропетровської ОР", Новоушицька спеціальна школа Хмельницької ОР, Сосницький навчально-реабілітаційний центр Чернігівської ОР, Теребовлянський навчально-реабілітаційний центр Тернопільської області, Ужгородська спеціальна школа I-III ступенів Закарпатської ОР, Черкаська загальноосвітня школа I-III ступенів №11 Черкаської міської ради Черкаської області, Громадська організація "Освітня допомога".

Вибірку дослідження склали 119 учасників, з них: 49 дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з ООП, зокрема особи з порушеннями слуху 19 (глухі 11, зі зниженим слухом 4, кохлеарно імплантовані 4, порушеннями мовлення 25, синдромом Дауна - 3, РАС - 2; 49 матерів (опікунів) дітей, 8 психологів, 5 соціальних педагогів, 8 сурдопедагогів, які перебувають в умовах хронічного воєнного стресу на території України.

До формувального етапу експерименту залучено 49 обстежуваних, з них на ЕГ: 28 дошкільників і учнів з ООП молодшого шкільного віку спеціального й інклюзивного навчання, 28 матерів, які виховують дітей з ООП, 8 психологів, 5 соціальних педагогів, 8 сурдопедагогів; КГ: 21 дошкільник (учень) з ООП молодшого шкільного віку спеціального й інклюзивного навчання, 21 матір (опікун), які виховують дітей з ООП, 1 педагог, 1 асистент.

Наукова новизна і теоретична значущість дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- розроблено та експериментально апробовано комплексну програму соціально-психологічної допомоги, побудовану на поєднанні інваріантної складової (алгоритм «СТОП» з експрес-технологією вагусної саморегуляції дорослого «Киснева маска») та варіативних нозологічних модулях, протоколах першої психологічної допомоги (ППД) і тріадичної ко-терапії; закономірність вікової депатологізації зв'язків у системі діади: зниження кореляцій Пірсона до помірного функціонального рівня ($r = 0.31 - 0.44$, $p < 0.05$*) у дошкільнят (трансформація симбіотичної паніки в конструктивну соматичну ко-регуляцію) та повне розщеплення кореляційної залежності ($r = 0.21 - 0.28$, $p > 0.05$*) у молодших школярів як показник сформованості автономної резильєнтності;

- розроблено дворівневу архітектуру кризових протоколів безпеки для п'яти категорій ООП (глухі діти, користувачі КІ, діти з РАС, із синдромом Дауна, з ТПМ), що поєднує інваріантну основу (загальні вимоги до безбар'єрності, світлового маркування укриттів та саморегуляції дорослої за «принципом кисневої маски»), варіативні вікові модулі, що розмежовують інструменти ко-регуляції для дошкільників (тілесно-ігровий контакт, соматосенсорне капсулювання) та молодших школярів (покрокові візуальні алгоритми, соціально-захисні мікроролі в групі, шкали самооцінки тривоги);

- обґрунтовано категоріальні відмінності між переживанням тривожності і страхів «драбині загрозливих страхів» дітей з ООП (пріоритет «сенсорного блекауту» і страху темряви для глухих дітей проти ризику «акустичного шоку», цифрового дисторшну та страху втрати дороговартісного процесора для користувачів КІ);

- теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально верифіковано феноменологічну «Мапу страхів війни» як цілісну діагностико-проєктивну систему, що диференціює ієрархію воєнного

дистресу відповідно до структури дефекту при п'яти формах дизонтогенезу (глухі діти, користувачі КІ, діти з РАС, із синдромом Дауна, з ТПМ);

- встановлено й емпірично доведено критичний поріг дезадаптації дитячого страху (≥70%), за якого відбувається функціональне блокування кори головного мозку та маніфестуються специфічні нозологічні реакції декомпенсації (вітальний «сенсорний блекаут», сенсорно-акустичний шок, автоагресивні мелтдауни, парасимпатичний ступор, гострий психогенний мутизм і логоневротичний спазм);

- розкрито специфіку та математично доведено характер патологічної психоемоційної індукції в системі «мати – дитина з ООП»: виявлено, що материнська реактивна тривожність виступає прямим біосоматичним тригером гострих рухових і вегетативних зривів дитини під час небезпеки ($r = 0.68 - 0.84$, $p < 0.001$), тоді як особистісна тривожність детермінує хронізацію воєнних обсесій, ритуалів та логофобій у молодшому шкільному віці ($r = 0.64 - 0.79$, $p < 0.001$*);

Переосмислено:

- теоретико-методологічну основу з практичним подоланням розриву між декларативними міжнародними стандартами безпеки й польовими реаліями повномасштабної війни в Україні при роботі з ООП різних категорій.

Удосконалено:

- систему психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП в умовах НС воєнного характеру шляхом інтеграції принципів міжнародних протоколів MHPSS / IASC із компенсаторними технологіями спеціальної педагогіки (альтернативна і додаткова комунікація, пропріоцептивна стимуляція, жестова мова УЖМ та ін.);

- наукові уявлення про соматичні та поведінкові еквіваленти страху в дітей із порушеннями слуху, мовлення, ментальної та емоційно-вольової сфер за рахунок розкриття механізмів сенсорного перевантаження в захисних спорудах і підвальних укриттях;технології взаємодії фахівців спеціальної освіти з родинами, що виховують дітей з ООП, через перехід від

індивідуальної роботи з дитиною до ко-терапевтичної стабілізації первинного безпекового середовища сім'ї.

Конкретизовано:

- особливості розвитку теорії і практики організації екстреної психосоціальної допомоги,

- *поглиблено, уточнено, диференційовано*:

- тлумачення психологічних термінів «*тривога*», "*страх*", "*реактивна тривожність*", "*особистісна тривожність*",

- уявлення про особливості емоційної-афективної сфери дітей з ООП;

- організаційна та змістова складові системи соціально-психологічного супроводу дітей в умовах екстреної соціально-психологічної допомоги у інклюзивному середовищі закладу освіти;

- уявлення про феноменологію воєнних страхів і тривожності у дошкільників та молодших школярів із різними нозологіями;

- критерії та часові маркери експрес-оцінки результативності ППД за трифазною шкалою (негайні 0–30 *хв.*, проміжні в укритті до 2 *год.*, відстрочені до 48 *год.*), орієнтовані на збереження базового життєвого функціонування та профілактику вторинного регресу розвитку дитини.

Подальшого розвитку набули:

- положення теорії небезпеки, надзвичайних ситуацій, подвійного діагностування, кризової освіти, першої психологічної допомоги та нейробіології дитячої і батьківської психотравми в контексті спеціальної педагогіки щодо впливу пролонгованого воєнного дистресу на вторинні розлади розвитку;

- методичні засади створення адаптивного, безбар'єрного та психологічно безпечного середовища в захисних спорудах (укриттях) закладів дошкільної, спеціальної та інклюзивної загальної середньої освіти;

- наукові уявлення про соціально-психологічний супровід як системний і безперервний процес, що забезпечує інформаційно-безпекові умови соціального розвитку категорій дітей з ООП.

Практичне значення результатів дослідження у створенні, інструментальному застосуванні, впровадженні в інклюзивний освітній простір ЗО цілісного прикладного комплексу протидії воєнному дистресу в дітей з ООП: загальна програма, “Мапа страхів війни”, “Драбина страхів” зі шкалами дезадаптивності, варіативні нозологічні модулі-протоколи алгоритму СТОП з експрес-технологією вагусної саморегуляції наставника «Киснева маска», технологічні карти занять, діагностичні бланки для практичного використання, протоколів першої психологічної допомоги, а також структурування простору укриттів і супроводу дітей з ООП під час повітряних тривог практичними психологам, сурдопедагогами, логопедами ЗСО, фахівцями ІРЦ як стандартизований інструмент швидкої оцінки рівня дезадаптації дитини без ризику вторинної ретравматизації; *для батьків дітей з ООП* - організації «скриньки безпеки», техніки “Термометр страху”, домашніх стабілізуючих ритуалів та запобігання симбіотичному зараженню панікою.

Емпіричні та технологічні матеріали можуть використовуватися і слугувати основою підготовки лекційних і практичних занять із дисциплін «Спеціальна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Основи кризового консультування в спеціальній освіті», «Психологічна допомога дітям з ООП у кризових ситуаціях», а також у тренінгових програмах підвищення кваліфікації педагогів і психологів закладів дошкільної і початкової освіти, закладів інституційного догляду, ІРЦ.

Особистий внесок здобувача. Основні концептуальні ідеї, узагальнення, положення і висновки, які викладено в дисертації та опубліковано в наукових виданнях, належать особисто авторові. У статті періодичного видання “Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики” за співавторства Л.Малинович, С.Кульбіди (2023) автору належить конструктивізація ідей проведення експерименту, добір респондентів, організація і проведення констатувального

етапу, добір психологічних опитувальників, тестів, обробка результатів експерименту).

Автором розкрито концептуальні засади дослідження, здійснено системний аналіз суперечностей між міжнародними настановами безпеки (IASC, WHO, UNICEF) та польовою практикою надання психосоціальної допомоги дітям з ООП в умовах повномасштабної війни в Україні; розроблено “Мапу страхів”, “Термометр страху”, комплексну програму, дворівневу модель кризових протоколів (інваріантна основа та вікові модулі) і диференційовані «драбини страхів» для дітей раннього, дошкільного й молодшого шкільного віку з різними категоріями порушень розвитку; розкрито психофізіологічну природу воєнного стресу як стану сенсорного колапсу (мелтдауну) при РАС, парасимпатичного моторного ступору при синдромі Дауна та афективно-соматичного блокування (логоневротичного спазму й мутизму) при тяжких порушеннях мовлення; обґрунтовано принцип трисуб’єктності (тріади супроводу) «дитина - батьки - фахівець», згідно з яким психоемоційний стан дитини з ООП розглядається не ізольовано, а як похідне від рівня вторинної травматизації батьків та професійної стійкості педагога/асистента, що долає ілюзію апріорної «ресурсності» опікунів під час війни. Проведено статистичну обробку результатів дослідження. Разом із науковим керівником здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформульовано наукові висновки.

Результати дослідження впроваджено у практичну діяльність: Березівської спеціальної школи Житомирської ОР (довідка №258 від 5 жовтня 2026 року, КЗ “Криворізької спеціальної школи “Сузір'я” Дніпропетровської ОР” (01-04/381 від 5 жовтня 2026 року), КЗО “Криворізької спеціальної школи “Надія” Дніпропетровської ОР” (довідка №47 від 29 вересня 2026 року), Новоушицької спеціальної школи Хмельницької ОР (01-40/176 від 6 жовтня 2026 року), Сосницького навчально-реабілітаційного центру Чернігівської ОР (01-20/424 від 13 жовтня 2026 року); Теребовлянського навчально-реабілітаційного центру Тернопільської області (довідка №146 від

5 жовтня 2026 року), Ужгородської спеціальної школи І-ІІІ ступенів Закарпатської ОР (01-329 від 12 жовтня 2026 року), Черкаської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №11 Черкаської міської ради Черкаської області (довідка 01-15/458 від 6 жовтня 2026 року), Громадської організації "Освітня допомога" (довідка 01-23/01-26 від 30 вересня 2026 року), Інституту проблем виховання НАПН України (довідка №01-11/267 від 12 жовтня 2026 року).

Публікації. Основний зміст та результати дослідження відображено в 14 публікаціях: 6 статтях у наукових фахових виданнях України, 1 статті у науковому періодичному виданні, 7 тезах на міжнародних і всеукраїнських наукових заходах **(ДОДАТОК А).**

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки дослідження доповідалися та обговорювалися на науково-практичних заходах різних рівнів, а саме:

- *конгресів* (IX Міжнародний конгрес «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру та війни» 2023 року; X Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології, 2024 року; XI Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології, 2025 року; XI Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології, 2026 року);

- *конференцій* (молодих вчених «Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни», Київ, 2025 року; VI Міжнародна науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу», Запоріжжя, 2025; молодих вчених ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України "Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів", Київ, 2026 року);

- *семінарів* (практикум «Створення безбар'єрного освітнього середовища: виклики на сучасному етапі», Київ, 2024 року; науково-методичний семінар «Від знань до підтримки: ключові аспекти

освіти осіб з особливими освітніми потребами» у рамках виставки «Освіта та кар'єра – День студента 2024», Київ, 2024 року; практикум "Організація освітнього процесу для дітей з особливими освітніми потребами у закладах загальної середньої освіти в умовах воєнного стану", Київ, 2026 року) (**ДОДАТОК Б**).

Структура і обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (114 найменувань, з них 70 – іноземною мовою), 10 додатків, містить 48 таблиць, 15 рисунків. Загальний обсяг роботи становить 281 сторінок, основний текст викладено на 235 сторінках.

Декларація щодо використання інструментів штучного інтелекту. У процесі підготовки кваліфікаційної наукової праці генеративні технології штучного інтелекту (зокрема мовні моделі Google Gemini та OpenAI) залучалися виключно як допоміжний аналітичний та лінгвістичний інструментарій. За допомогою інструментів ШІ здійснювалося мовно-стилістичне редагування окремих фрагментів тексту, синтаксична оптимізація наукових дефініцій, а також первинне графічне моделювання структурних компонентів комплексної програми «Острівець безпеки» («Мапа страхів війни», алгоритм «СТОП»).

Наукова концепція, теоретико-методологічна основа, дизайн емпіричного дослідження, психологічна інтерпретація статистичних залежностей (кореляційний аналіз за Пірсоном) та прикладні протоколи першої психологічної допомоги розроблені особисто здобувачем. Усі згенеровані штучним інтелектом варіанти формулювань і графічні рішення піддавалися суворому критичному аналізу, змістовній верифікації та суттєвому авторському доопрацюванню. Повну відповідальність за наукову новизну, методологічну валідність, емпіричну достовірність та академічну доброчесність викладених матеріалів несе автор дисертації.

РОЗДІЛ І.
СУЧАСНИЙ НАУКОВИЙ ДИСКУРС ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Теоретико-понятійний аналіз основних категорій

Найвразливіше населення у всьому світі – це діти, особливо коли існує реальна загроза повітряних тривог, небезпек під час війни. Серед базових емоційних реакцій на такі жахливі події в українському сьогоденні тривожність і страхи характеризуються захисною природою і особливостями.

Вивчення специфіки тривожності і страхів у дітей з особливими освітніми потребами здійснюються з урахуванням теорій соціальної психології воєнного часу, балансу сил, психології стресу, травм війни, реалістичності, раціонального вибору та ін., з включенням їхнього впливу на розвиток особистості, реакції на фрустраційні ситуації, вплив на мотивацію поведінки у призмі концепції екологічного емоційного благополуччя.

Тривога - одне з небагатьох психологічних явищ, значення якого водночас оцінюється як надзвичайно у функціональному контексті. З одного боку, це «стрижнева проблема сучасності цивілізації» (May 1950; Еріксон, 1996), як найважливіші характеристики нашої епохи: «XXI століття є вік порушення». Його оцінюють як основне «життєве відчуття сучасності» (Gottwald & Howland, 1992).

У сучасній англомовній психологічній літературі фундаментальним є розмежування між поняттями “*тривога*” як короткочасний емоційний стан (state anxiety) та “*тривожність*” як стійка індивідуальна диспозиційна властивість особистості (trait anxiety).

Наведемо визначення цих конструктів із провідних фахових словників та клінічних класифікаторів (APA, DSM-5-TR, Oxford, Cambridge, Merriam-Webster).

Американська психологічна асоціація визначає термін “тривога”, як “емоція, що характеризується передчуттям небезпеки (*apprehension*) та соматичними симптомами напруження, за яких індивід очікує наближення

небезпеки, катастрофи чи нещастя» (American Psychological Association [APA], n.d.-a). Словник APA окремо підкреслює диференціацію зі страхом: тривога є генералізованою реакцією, орієнтованою на майбутнє (*future-oriented*) і спрямованою на розмиту чи гіпотетичну загрозу, тоді як страх (*fear*) є короткочасною реакцією теперішнього часу на чітко верифіковану небезпеку (APA, n.d.-a).

У діагностичному посібнику Клінічного класифікатора DSM-5-TR американських психіатрів *тривога* кваліфікується як «афективний стан, орієнтований на майбутнє (*future-oriented mood state*), що супроводжується м'язовим напруженням, підвищеною пильністю (*vigilance*) у підготовці до майбутньої загрози та обережною або уникаючою поведінкою» (American Psychiatric Association [APA], 2022, p. 215).

В Оксфордському словнику психології *тривога* — «стан неспокою (uneasiness), що супроводжується дисфорією та соматичними ознаками й симптомами напруження, зосереджений на побоюванні можливої невдачі, нещастя чи небезпеки» (Colman, 2015, p. 43).

У медичному словнику Merriam-Webster, *тривога* - це “нервове передчуття або неспокій через майбутнє чи очікуване лихо; аномальне, переважаюче почуття побоювання та страху, що супроводжується фізичними ознаками (напруження, пітливість, тахікардія), сумнівами щодо реальності загрози та невірою у власну здатність подолати її» (Merriam-Webster, n.d.-a).

Визначення терміна «*тривожність*» (Trait Anxiety/Anxiousness) має також уточненні значення. Зокрема, у Американській психологічній асоціації є визначення “особистісна тривожність” (Trait Anxiety):

а) «відносно стабільна індивідуальна схильність реагувати на ситуації, що сприймаються як загрозливі, підвищенням ситуативної тривоги» (American Psychological Association [APA], n.d.-b);

б) “це конституційна або набута риса темпераменту й характеру, яка визначає індивідуальний поріг чутливості до стресорів середовища” (APA, n.d.-b).

Кембриджський словник психології визначає “тривожність” як конструкт схильності до тривоги і розглядає як «диспозиційну характеристику особистості, що визначає індивідуальні відмінності у схильності до інтерпретації широкого кола об'єктивно безпечних або невизначених ситуацій як загрозливих, з наступним розвитком суб'єктивного дистресу різного ступеня вираженості» (Matsumoto, 2009, p. 556).

Оксордський словник з нейропсихології та клінічної психології (Oxford Reference (Neuropsychology & Clinical Psychology) визначає “тривожність” як хронічну тенденцію до когнітивної гіперпильності та катастрофізації майбутніх сценаріїв, за якої активація симпатичної нервової системи відбувається навіть за повної відсутності зовнішнього тригера (VandenBos, 2015; Colman, 2015, p. 44).

Звертаємо увагу на концептуальну різницю у термінологічній матриці цих двох термінів (Таблиця 1)

Таблиця 1

Концептуальна різниця у термінологічній матриці термінів “тривога” і “тривожність”

№	Параметр	Тривога	Тривожність
1	онтологічний статус	тимчасовий психофізіологічний стан (APA, n.d.-a)	стабільна риса/властивість індивіда (APA, n.d.-b)
2	тривалість	епізодична, виникає у відповідь на подію (Colman, 2015)	хронічна, зберігається протягом життя (Malsumoto, 2009)
3	функціональне значення	мобілізація організму перед загрозою (APA, 2022)	знижений поріг активації страху (VandenBos, 2015)
4	клінічне значення	нормальна адаптивна емоція (APA, 2022)	фактор вразливості до ПТСР і депресії (Colman, 2015)

Створено автором

В українській психологічній та медичній традиції, подібно до англомовної клінічної термінології, розведення понять «*тривога*» та «*тривожність*» має суворе методологічне значення, що спирається на диференціацію функціонального стану (*state*) та стабільної індивідуально-типологічної диспозиції (*trait*).

Видається за методологічно необхідне розглянути ці два терміни в сучасних українських словниках і фахових джерелах. Таке порівняння вирішує кілька ключових теоретичних і практичних завдань стосовно:

- теоретико-методологічних причин з огляду на лексичну й граматичну розрізненість в українській науковій мові. Якщо в англійській мові терміни “state anxiety” і “trait anxiety” часто скорочуються до одного слова “anxiety”, що іноді створює плутанину в перекладах. В українській мовознавчій і психологічній традиції закріпилося чітке словотвірне розмежування:

- “*тривога*” — іменник, що позначає актуальний емоційно-соматичний процес або стан тут і тепер;

- “*тривожність*” — іменник із суфіксом -ість, що граматично позначає властивість, стійку якість або рису особистості;

- подолання радянського редукціонізму, адже в українських джерелах останніх років (зокрема виданнях Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, словниках за редакцією С. Максименка, В. Москальця) спостерігається перехід від трактування *тривожності* як суто «слабкості нервової системи» до сучасного розуміння її як біопсихосоціального феномену та маркера порушення адаптації.

В українських фахових словниках *тривога* розглядається як недиференційований, генералізований емоційний процес астенічного або стенічного характеру.

Для прикладу,

а) Психологічний енциклопедичний словник (за ред. С. Д. Максименка)

“*тривога* - емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і виявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій» (Максименко, 2018, с. 412).

Словник наголошує на мобілізаційній функції тривоги: на фізіологічному рівні вона активує адаптивні захисні ресурси організму, проте за умов надмірної сили чи хронізації набуває деструктивного,

дезорганізуючого характеру для пізнавальної та ігрової діяльності дитини (Максименко, 2018, с. 413);

б) Енциклопедія освіти (НАПН України, за ред. В. Г. Кременя)

тривога - «негативне емоційне переживання, пов'язане з відчуттям невизначеності, очікуванням загрози чи внутрішнього дискомфорту, джерело якого суб'єктом зазвичай чітко не усвідомлюється» (Кремень, 2021, с. 984). Підкреслюється фундаментальна відмінність *тривоги* від *страху*: страх виступає прямою реакцією на предметну, верифіковану загрозу, тоді як тривога спрямована у віртуальне або ймовірне майбутнє (Кремень, 2021, с. 985);

в) медичний та клінічний контекст (Клінічні настанови МОЗ України) у медичних настановах із надання допомоги при реакціях на важкий стрес *тривога* трактується як синдромокомплекс, де «афективне переживання небезпеки супроводжується поліморфними вегетативними порушеннями (тахікардія, респіраторні дисфункції, соматовегетативне напруження, порушення сну)» (Міністерство охорони здоров'я України [МОЗ], 2023, с. 14);

г) медичний та клінічний вимір (протоколи МОЗ України) та адаптовані версії МКХ-10 / МКХ-11 розглядають *тривогу* не лише як феномен переживання, а як діагностичний критерій патології (синдром генералізованої тривоги, панічні розлади, соматоформні дисфункції), як синдромокомплекс, де «афективне переживання небезпеки супроводжується поліморфними вегетативними порушеннями (тахікардія, респіраторні дисфункції, соматовегетативне напруження, порушення сну)» (Міністерство охорони здоров'я України [МОЗ], 2023, с. 14).

На відміну від короткочасного стану тривоги, *тривожність* в українському академічному просторі інтерпретується як фундаментальна характеристика індивіда. Це підтверджує Психологічний енциклопедичний словник (за ред. С. Д. Максименка):

тривожність фіксується як «індивідуально-психологічна особливість особистості, що полягає в підвищеній схильності людини відчувати тривогу

за обставин, які об'єктивно не містять реальної загрози» (Максименко, 2018, с. 414). Ця якість розглядається як конституційно зумовлена або набута властивість temperamentum/характеру, що зумовлює низький поріг суб'єктивного сприйняття стресогенних факторів (Максименко, 2018, с. 414).

Енциклопедія сучасної України (Інститут енциклопедичних досліджень НАН України) визначає *тривожність* як «стійку рису індивіда, що проявляється у схильності сприймати широке коло об'єктивно безпечних ситуацій як загрозливі й реагувати на них вираженим станом напруження та вегетативними збудженнями» (Швалб, 2020, с. 312). Вказується, що тривожність слугує преморбідною основою для формування невротичних розладів та соматизацій, особливо в дитячому віці.

Психологічні словники навчально-методичного спрямування (В. П. Москалець) трактують *тривожність* як стійку диспозицію, що «блокує розвиток цілісного Я-образу дитини, звужує її пізнавальну активність і формує вторинну охоронну поведінку, уникнення контактів та соціальну дезадаптацію» (Москалець, 2019, с. 278), що зумовлює створення термінологічної матриці (Таблиця 2) в українському науковому дискурсі

Таблиця 2

Термінологічна матриця в українському науковому дискурсі

№	діагностичний критерій	тривога стан	тривожність властивість
1	**Психологічна природа**	процес / емоційний стан (*state*) (Максименко, 2018)	стабільна риса особистості (*trait*) (Швалб, 2020)
2	**Ситуативність**	виникає у відповідь на кризовий стимул (Кремень, 2021)	присутня фоново, генералізовано (Москалець, 2019)
3	**Адаптивне значення**	мобілізує ресурси для виживання (МОЗ, 2023)	дезорганізує діяльність, виснажує нервову систему (Максименко, 2018)
4	**Специфіка для дітей з ООП**	реакція на воєнні звуки, вібрацію, темряву	сформований острах нового, логофобія, ригідність

Створено автором

У сучасній психологічній і медичній науці термін «страх» (fear) розглядається як фундаментальна, еволюційно первинна емоція з потужним нейробіологічним субстратом (насамперед мигдалеподібним тілом), покликана мобілізувати ресурси організму для негайного захисту чи втечі. На відміну від *тривоги*, яка орієнтована на майбутнє та має невизначений характер, *страх* завжди пов'язаний із безпосередньою, конкретною та верифікованою загрозою існуванню суб'єкта.

У зарубіжних джерелах маємо такі визначення та концептуалізації. Американська психологічна асоціація (APA) *страх* визначає як базову, еволюційно зумовлену емоційну відповідь на безпосередню реальну або сприйману загрозу, що супроводжується значною симпатичною активацією, мобілізацією організму для боротьби чи втечі (fight or flight) та суб'єктивним переживанням жаху чи паніки (American Psychological Association [APA], n.d.). На відміну від хронічної тривоги, *страх* є гострою, сфокусованою на теперішньому моменті реакцією на специфічний стимул (APA, n.d.).

Клінічний класифікатор DSM-5-TR у контексті діагностичних критеріїв тривожних і фобічних розладів *страх* трактує як емоційну реакцію на реальну або сприйняту неминучу небезпеку (imminent threat), яка має характерний фізіологічний патерн: миттєвий сплеск автономної нервової системи, необхідний для виживання, та імпульсивне прагнення до уникнення або дистанціювання від загрози (American Psychiatric Association, 2022, p. 215).

Оксфордський словник психології (Oxford Reference) конструкт *страху* описує як первинний афективний стан високої інтенсивності, викликаний розпізнаванням безпосереднього джерела шкоди чи болю, що запускає автоматичні захисні рефлекторні програми, звужує фокус когнітивної уваги на об'єкті небезпеки та блокує непов'язані з виживанням види активності (Colman, 2015, p. 286).

Сучасні нейропсихологічні підходи (Joseph LeDoux) наголошують на розрізненні несвідомих «схем виживання» (survival circuits), які запускають

фізіологічні реакції втечі/завмирання за мілісекунди без участі свідомості, та суб'єктивного відчуття страху, що є когнітивною інтерпретацією загрози корою головного мозку (LeDoux, 2015, pp. 45–48).

Українські словникові та енциклопедичні дефініції знаходимо у Психологічному енциклопедичному словнику (за ред. С. Д. Максименка):

“*Страх* позначається як первинна емоція, що виникає в ситуаціях явної загрози біологічному або соціальному існуванню особистості і спрямована на джерело дійсної чи уявної небезпеки (Максименко, 2018, с. 385). Підкреслюється, що *страх* має амбівалентну природу: він виконує життєво необхідну сигнально-захисну функцію, проте за надмірної сили викликає дезорганізацію свідомості, рухове заціпеніння (афективний ступор) або безладну панічну активність (Максименко, 2018, с. 386).

Енциклопедія освіти (НАПН України, за ред. В. Г. Кременя) *страх* трактується як емоційний стан високої напруги, зумовлений усвідомленням конкретної небезпеки для життя, здоров'я чи благополуччя індивіда (Кремень, 2021, с. 912). В енциклопедії окремо висвітлюється віковий аспект: у дітей дошкільного віку страх тісно пов'язаний із незахищеністю просторових меж, дефіцитом інформаційного досвіду, образним мисленням, що в кризових умовах (зокрема воєнних) робить його легко генералізованим (Кремень, 2021, с. 913).

А от Енциклопедія сучасної України (НАН України) розглядає *страх* як психофізіологічний стан, спричинений безпосередньою дією загрозливих стимулів зовнішнього середовища, який супроводжується соматичними зрушеннями (зміна серцевого ритму, судинного тонусу, секреції гормонів надниркових залоз) і мотивує захисну поведінку (Тищенко, 2021). Варто порівняти ці поняття (Таблиця 3) з визначенням критеріїв.

Таблиця 3

Порівняльно-диференційна матриця понять “страх”, “тривога”

№	критерій	страх	тривога

1	**Предметність**	Конкретний, чітко локалізований об'єкт/стимул (вибух, сирена, темрява) (Colman, 2015).	Розмита, безпредметна, генералізована небезпека (APA, 2022).
2	**Часова перспектива**	Теперішній час: реагування на небезпеку «тут і зараз» (American Psychiatric Association, 2022).	Майбутній час: очікування катастрофи, «що буде, якщо...» (Кремень, 2021).
3	**Фізіологічна картина**	Різкий симпатичний викид: тахікардія, падіння/стрибок тиску, ступор або втеча (LeDoux, 2015).	Тривале фонове м'язове напруження, стискання щелеп, хронічна втома (Максименко, 2018).
4	**Адаптивна функція**	Негайний порятунок від прямої загрози (Максименко, 2018).	Попереджувальна пильність, підготовка до можливої загрози (APA, n.d.).

Створено автором

1.2. Особливості онтогенетичного розвитку афективної сфери

У сучасній віковій, клінічній та спеціальній психології тріада конструктів «тривога – тривожність – страх» розглядається крізь призму онтогенетичного розвитку афективної сфери, дозрівання нейробіологічних структур мозку (амигдалярного комплексу та префронтальної кори) і трансформації когнітивних репрезентацій загрози.

У дошкільному та молодшому шкільному віці ці феномени мають виражену якісну динаміку, переходячи від безпосередніх сенсорно-образних реакцій до складних соціально опосередкованих страхів і генералізованої тривожності.

Ми спираємося на систематизовані провідні позиції сучасних зарубіжних та українських дослідників, які досліджували страхи у дошкільному та молодшому шкільному віці.

Сучасні автори диференціюють нормативні (вікові) та травматичні (патологічні) страхи, акцентуючи увагу на когнітивній опосередкованості сприймання стимулів.

Еволюційно-когнітивна модель дитячих страхів (P. Muris, H. Spence). Пітер Муріс і Сьюзен Спенс доводять, що структура страхів суворо корелює з когнітивним розвитком дитини за Піаже (Muris et al., 2020, pp. 245-248). У

дошкільному віці (3-5 років) домінують первинні та магічні страхи (темряви, голосних звуків, казкових чудовиськ, розділення з матір'ю), оскільки образне мислення превалює над логічним контролем (Muris et al., 2020, pp. 249-251). У молодшому шкільному віці (6-10 років) із дозріванням логічного мислення вектор страхів зміщується на реалістичні та соціальні небезпеки: фізичні ушкодження, хвороби, смерть близьких, шкільне оцінювання та відторгнення однолітками (Spence et al., 2021, pp. 112-115).

Специфіка впливу екстремального (воєнного) стресу (Р. О. Сергієнко, О. В. Запорожець) досліджується й українськими науковцями, які наголошують, що в умовах збройного конфлікту природна динаміка вікових страхів зазнає деструктивної фіксації (Сергієнко, 2022, с. 67-69). У дошкільників нормативний страх темряви чи гуркоту перетворюється на стійку акустичну фобію звуків сирени, вибухів або авіації, спричиняючи дезорганізацію поведінки та соматизацію (Запорожець, 2023, с. 142-144).

2. Ситуативна тривога як реакція на невизначеність і загрозу безпеці у дітей трактується сучасними авторами як недиференційований афективно-вегетативний стан передчуття загрози за відсутності прямого фізичного контакту з нею. Завдяки моделі сімейної ко-регуляції та поведінкової індукції (R. Rapee, C. Creswell) Рональд Рапі та Кеті Кресвелл підкреслюється, що у дошкільному віці *ситуативна тривога* є майже дзеркальним відображенням тривоги батьків (Rapee et al., 2020, pp. 13–16). Через феномен соціального орієнтування (social referencing) дошкільник зчитує невербальні сигнали дорослого (дихання, міміку, тремор голосу) і формує *тривожну реакцію* готовності навіть тоді, коли сам не розуміє природи небезпеки (Creswell et al., 2021, pp. 488-491).

Проблема вербалізації *тривоги* в онтогенезі вивчалася Т. М. Титаренко, В. В. Рибалка. Тетяна Титаренко зазначає, що в ранньому та дошкільному дитинстві *тривога* рідко виражається словами через обмеженість рефлексивних можливостей (Титаренко, 2021, с. 34-36). Вона трансформується у соматичні еквіваленти: енурез, енкопрез, розлади сну,

регресивне смоктання пальців, або поведінковий негативізм. Молодші школярі мають ширший словниковий запас, уже здатні описати відчуття внутрішнього неспокою («ватні ноги», «клубок у горлі», «страшно в животі»), проте їхня тривога часто блокує операційні компоненти навчальної діяльності (Рибалка, 2022, с. 118–120).

3. Особистісна тривожність як стійка диспозиція дитини у сучасних концепціях розглядається не просто як риса темпераменту, а як стабільна внутрішня вразливість (vulnerability trait), що формується під впливом поєднання біологічних факторів і психотравмівного середовища. Для прикладу, нейророзвиткова концепція поведінкового гальмування (J. Kagan, K. Perez-Edgar) чітко дослідила темпераментальний конструкт «поведінкове гальмування» (behavioral inhibition), який засвідчив, що гіперзбудливість мигдалеподібного тіла у ранньому віці безпосередньо трансформується у стійку *тривожність* до моменту вступу до школи (Perez-Edgar et al., 2021, pp. 310–314). Такі діти уникають нового досвіду, мають підвищений поріг настороженості та схильні інтерпретувати нейтральні стимули як загрозу (Kagan, 2018, pp. 78-82).

Когнітивні спотворення та гіперпильність (A. Field, H. Cartwright-Hatton) досліджувалася Енді Філд, і доведено, що *тривожні діти* молодшого шкільного віку мають стійке спотворення обробки інформації (threat interpretation bias): вони переоцінюють вірогідність катастрофи і недооцінюють власну здатність впоратися із викликом (Field et al., 2020, pp. 415–418). У поєднанні з воєнною травматизацією це призводить до формування хронічного синдрому очікування нападу чи втрати домівки (Cartwright-Hatton et al., 2022, pp. 95-98).

Українські вчені вивчали психолого-педагогічний аспект тривожності (І. С. Булах, С. О. Ладивір). На основі чого в українській школі вікової психології досліджено *трансформацію тривожності* під час кризи 6–7 років, пов'язаної зі зміною провідного типу діяльності від сюжетно-рольової гри до систематичного навчання (Булах, 2020, с. 88-91). *Висока тривожність*

розглядається як бар'єр шкільної зрілості, що веде до зниження пізнавальної мотивації, ізоляції та формування шкільного неврозу (Ладивір, 2021, с. 52–54).

Онтогенетична матриця диференціації у дошкільному та молодшому шкільному віці продемонстрована у Таблиці 4.

Таблиця 4

Онтогенетична матриця диференціації

№	Параметр аналізу	Дошкільний вік (3-5 років)	Молодший шкільний вік (6-10 років)
1	Провідний тригер страху	Сенсорні подразники (темрява, сирени, вибухи, тварини), розлука з матір'ю (Muris et al., 2020; Запорожець, 2023).	Соціальні ситуації (шкільна неуспішність, булінг), загроза здоров'ю, смерть батьків (Spence et al., 2021).
2	Експресія ситуативної тривоги	Соматизація, порушення сну, розрив навичок гігієни, рухове заціпеніння (freeze) або істерики (Титаренко, 2021).	Вербальні скарги на тілесний дискомфорт, навчальна прокрастинація, деструктивні сумніви (Рибалка, 2022).
3	Природа тривожності	Поведінкове гальмування, надмірна симбіотична прив'язаність до опікуна (Rapee et al., 2020; Perez-Edgar et al., 2021).	Когнітивні спотворення, перфекціонізм, генералізована гіперпильність до небезпек (Field et al., 2020; Булах, 2020).
4	Специфіка для дітей з ООП	Сенсорні дефіцити, втрата набутих навичок мовлення, ехолалії, стереотипний стимінг.	Вторинна логофобія, страх оцінки дефекту однолітками, соціальна аутизація.

Створено автором

1.3. Особливості природи дитячих страхів у війні

Дослідження природи воєнних страхів у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами та інвалідністю перебувають на стику спеціальної психології, дитячої психіатрії, корекційної педагогіки та нейробіології травми. Науковці констатують, що збройний конфлікт діє на психіку дитини з порушеннями розвитку кумулятивно: базові фактори загрози життю накладаються на первинний дефект (сенсорний, когнітивний, моторний чи мовленнєвий), спричиняючи феномен «подвійної травматизації» та якісно іншу структуру переживання

страху, ніж у нормотипових однолітків (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2022, pp. 8-11; Островська, 2023, с. 42-45).

Проаналізуємо провідні концептуальні лінії дослідження природи страхів війни в цієї категорії дітей за ключовими вимірами:

а) сенсорної дезінтеграції,

б) когнітивно-смислового дефіциту з порушеннями причинно-наслідкових зв'язків,

в) блокуванням комунікації та вербалізації як каталізатору соматизації,

г) онтогенетичної динаміки: від сенсорного шоку до соціальної депривації.

А. Сенсорна дезінтеграція та акустично-вібраційні травми. Первинним джерелом воєнного страху для дошкільників і молодших школярів є надпотужні сенсорні подразники (звуки вибухів, виття сирен, низькочастотний гул авіації, світлові спалахи, вібрація перекриттів будівель). Для дітей із порушеннями сенсорної обробки ці стимули стають джерелом не просто тривоги, а вісцерального фізичного болю та вегетативного колапсу.

Діти з порушеннями слуху та кохлеарними імплантами.

Дослідження вказують, що глухі діти компенсують відсутність слуху гіперчутливістю до вібрацій підлоги та стін під час артилерійських ударів, що провокує раптовий панічний страх руйнування опори без розуміння джерела загрози (Кульбіда, 2022, с. 58–61). Натомість діти з КІ зазнають феномену «акустичного шоку», коли мікрофони процесорів підсилюють різкі високочастотні детонаційні звуки, перетворюючи їх на нестерпний звуковий дисторшн, який закріплює стійку фобію користування апаратом і прагнення зірвати його з голови в момент небезпеки (Жук, 2025, с. 112–115).

Діти з розладами аутистичного спектра (РАС).

Дослідники сенсорної дезінтеграції наголошують, що в умовах війни слухова гіперчутливість аутичних дітей запускає стан гострого сенсорного перевантаження (Bettelheim et al., 2022, pp. 215–218). Неможливість фільтрувати звуковий хаос укриттів призводить до захисних реакцій у вигляді

самоагресії (биття головою, роздряпування) або стрімкої ескалації мелтдаунів, що є наслідком неспроможності нервової системи адаптувати інтенсивність зовнішнього сигналу (Островська, 2023, с. 46-48).

Б. Когнітивно-смисловий дефіцит і порушення причинно-наслідкових зв'язків

На відміну від нормотипових дітей, які з віком опановують логічне пояснення причин воєнних подій, діти з інтелектуальними порушеннями та розладами когнітивного розвитку мають звужений або фрагментарний образ загрозливої ситуації.

Діти із синдромом Дауна та затримкою психічного розвитку.

Дослідження дитячого стресу свідчать, що за умов порушення формування абстрактного мислення дитина не здатна осмислити глобальний конструкт «війна» чи «ракетна небезпека» (Литовченко, 2022, с. 34–37). Страх конкретизується на розриві мікросоціальної дії: раптова вимога кинути іграшку, спуск у вологий темний підвал, зміна звичного розпорядку дня. Нерозуміння причин переміщення провокує вторинний страх покарання або відчуття власної провини за те, що навколо відбувається хаос (Su et al., 2023, pp. 88-91).

Ступор як провідний захисний механізм у дослідженнях фіксується як переважання парасимпатичної реакції «завмирання» (freeze response) над активною втечею. Зіткнувшись із незрозумілою загрозою, дитина із синдромом Дауна чи інтелектуальними розладами часто сідає на підлогу, повністю відмовляється рухатися та блокує будь-яку комунікацію, що в критичних умовах евакуації створює безпосередню загрозу її життю (Литовченко, 2022, с. 38-40).

В. Блокування комунікації та вербалізації як каталізатор соматизації

У працях фахівців із логопатології та спеціальної психології окремо підкреслюється деструктивна роль комунікативної депривації у формуванні дитячих страхів (Синьов та ін., 2023, с. 74-77).

Тяжкі порушення мовлення (ТПМ) та мутизм

Якщо нормотипова дитина молодшого шкільного віку здатна знизити рівень тривоги, розповівши про свої переживання дорослим чи сформулювавши питання («Чи прилетить сюди ракета?»), то діти з моторною алалією, дизартрією чи заїканням позбавлені цього каналу відреагування (Данілавічютє, 2022, с. 91-94). Неможливість висловити власний жах породжує «логофобічну капсулу»: тривога консервується всередині тіла, маніфестуючи у вигляді психогенних закрепів, енурезу, нічних жахіть і посилення судомного запинання мовлення (заїкання воєнного генезу) (Кобильченко, Омельченко, 2020; Синьов та ін., 2023, с. 78-81).

Емоційна індукція від опікуна фіксується у дослідженнях через обмеженість вербального контакту. Діти з інвалідністю демонструють майже абсолютну емоційну залежність від тілесних і вегетативних реакцій матері чи асистента (Creswell et al., 2021, pp. 489-492). Дослідження підтверджують, якщо доросла людина відчуває неконтрольовану паніку, дитина з ООП переймає її миттєво, проявляючи недиференційований жах навіть у безпечному середовищі евакуації (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2019, pp. 97-99).

Г. Онтогенетична динаміка: від сенсорного шоку до соціальної депривації

Дослідження структури страхів показують чітку вікову диференціацію всередині самої когорти дітей з ООП (Таблиця 5).

Таблиця 5

Структура страхів у віковій диференціації дітей з ООП

№	Віковий період	Природа та зміст воєнного страху	Провідні психологічні прояви	Дослідницькі акценти
1	Дошкільний вік (3-5 років)	Сенсорно-соматичний жах: Страх сирен, спалахів світла, темноти в укритті, вібрації; первинний страх розлуки з матір'ю (separation anxiety).	Рухове заціпеніння, неконтрольований плач, втрата охайних навичок, відмова від їжі, посилений стимінг.	Переважання безумовно-рефлекторного реагування підкіркових структур мозку (UNICEF, 2022; Bettelheim et al., 2022).

2	Молодший шкільний вік (6-10 років)	Соціально-просторовий дистрес: страх руйнування власного дому, втрати асистивних пристроїв (імпланта, візка), страх смерті близьких та повної ізоляції.	Вторинний мутизм, регрес навчальних навичок, агресивне відторгнення чужих людей, страх виходу на відкритий простір.	Фіксація хронічної тривожності, формування стійких патологічних фобічних систем (Островська, Вовченко та ін., 2023; Su et al., 2023).

Створено автором

Зіставлення зарубіжних та українських словникових дефініцій дає змогу вибудувати наскрізну діагностичну логіку:

1. *Тривога* (стан) у дітей з ООП виникає як пряма відповідь на воєнні сенсорні тригери (гул літака, миготіння ліхтарів, вібрація стін, зняття кохлеарного імпланта в темряві).

2. *Тривожність* (властивість) у них часто формується значно швидше, ніж у нормотипових однолітків, через:

* дефіцит інформаційного контролю за середовищем (глухота, РАС);

* хронічну комунікативну безпорадність (тяжкі порушення мовлення);

* підвищену емоційну індукцію від матері (синдром Дауна).

В адаптованому для вашого дослідження контексті (діти дошкільного віку з ООП під час війни) *тривога* фіксується як реакція на конкретний тригер (сирена, темрява в укритті, відлуння вибуху), тоді як *тривожність* постає як фонова схильність дитини до декомпенсації, ступору або сенсорних мелтдаунів (з англ. *meltdown* — розплавлення, аварійне вимкнення — це гостра реакція нервової системи на надмірне сенсорне, емоційне чи психологічне перевантаження, коли організм повністю виснажує свої ресурси й втрачає контроль над поведінкою навіть за відсутності безпосередньої небезпеки.

За таких умов *тривожність* визначаємо як схильність до переживання емоційного хвилювання в ситуаціях невизначеної загрози.

Страх – інтенсивна негативна емоція у зв’язку з небезпекою (уявною чи реальною).

Такі стани у вразливої дитячої когорти - діте - набуваються і мають свою специфіку і особливості (категорійну, вікову, гендерну та ін.). Важливо, щоб в умовах війни ці стани не набули патологічних ознак, особливо у дітей з особливими потребами.

Сучасний світовий науковий дискурс розглядає страх не як статичний афект, а як динамічний продукт функціонування «предиктивного мозку» (predictive brain), що безперервно генерує моделі навколишнього світу задля мінімізації невизначеності (Clark, 2016). Раціональне оцінювання ризиків та гальмування імпульсивних реакцій страху в мигдалеподібному тілі безпосередньо залежать від онтогенетичного дозрівання префронтальної кори (Sapolsky, 2017). У нормотиповому онтогенезі динаміка дитячих страхів відображає ускладнення когнітивної сфери: якщо в ранньому віці домінують реакції на безпосередні сенсорні подразники (гучні звуки, темряву, ізоляцію), то в міру розвитку уяви виникають абстрактні, антиципаційні страхи предметів і явищ, відсутніх у полі прямого сприйняття (Gullone, 2000).

Зворотним боком цього процесу є формування когнітивного «воррінгу» (worry) — стійкої схильності до тривожного прогнозування негативного майбутнього (Muris et al., 2000), що за умов воєнного стресу призводить до когнітивної катастрофізації. У дітей з особливими освітніми потребами (ООП) ці процеси набувають специфічних деформацій через обмеженість перцептивного або аналітико-синтетичного опрацювання інформації.

Фундаментальною основою дослідження випереджального відображення в українській психологічній школі є концепція темпоральної організації психічного І. Г. Батраченка, де антиципація визначається як базовий механізм проектування та опредметнення майбутнього особистості (Batrachenko, 1996; Batrachenko et al., 2011; Miskov, 2025c). Руйнування базового відчуття безпеки та дестабілізація системи надійної прив’язаності (Bowlby, 1973; Miskov, 2025b) в умовах війни блокують формування адекватних прогностичних моделей. Особливості того, як когнітивне оцінювання ситуації трансформується у стійкі емоційні стани та поведінкові

реакції, розкрито в працях О. Чебикіна: його концепція стадійного функціонування мотиваційно-емоційних компонентів регуляції (Chebykin, 2017) пояснює механізм збою, за якого нездатність дитячої психіки адаптуватися до емоціогенної ситуації руйнує пошукову та пізнавальну активність.

Питання психологічної безпеки, емоційної стійкості дітей у кризових умовах війни, а також технологічні інструменти ігровізації та цифрової стабілізації середовища для осіб з ООП становлять окремий потужний кластер сучасного українського наукового дискурсу. Як продемонстровано у нашому системному бібліографічному огляді дієвих практик за останнє десятиліття (Miskov, 2025b), провідні тенденції в цій сфері пов’язані з розробкою травмочутливих технологій (ігротерапія, казкотерапія, арттерапія), спрямованих на відновлення передбачуваності та безпеки мікросоціального простору дитини. Водночас у процесах стабілізації критично важливо враховувати соціокультурні та комунікативні чинники адаптації, зокрема розвиток жестомовного середовища та безбар»єрної політики для дітей із порушеннями слуху, що всебічно обґрунтовано у фундаментальних працях С. Кульбіди (Кульбіда, 2021, Kulbida, 2023). Це доводить потребу диференціації психокорекційного впливу залежно від перцептивних і когнітивних можливостей дитини прогнозувати безпеку.

Попри значну кількість досліджень, поза увагою науковців залишається конкретний психологічний механізм: як саме нозологічно зумовлена дефіцитарність антиципації (сенсорна чи інтелектуальна) якісно трансформує змістовну структуру та форми соматизації дитячих страхів в умовах війни. Більшість наявних інструментів діагностики (зокрема HADS) фіксують лише статичний рівень реактивної і особистісної тривожності, ігноруючи динаміку прогностичних процесів (Miskov, 2025a). Це зумовлює необхідність нашого подальшого дослідження.

Таким чином, різноаспектний огляд літературних джерел свідчить про важливість вивчення тривоги і страхів у соціальному, емоційному розвитку

особистості дитини з ОП, дає змогу зрозуміти, як науковці ставляться до цієї проблематики, подають інформацію за напрямами теорій зі встановленням закономірностей і особливостей процесу при народженні з продовженням у розвитку. Унікальна закономірність соціального та емоційного розвитку дітей з ОП може спричинити як серйозні соціальні виклики, так і посилення психологічних негараздів, пов'язана з низкою інших негативних соціально-емоційних результатів.

1.4. Міжнародні стандарти психосоціальної підтримки

Розгорнутий аналіз проблеми вказує на значний обсяг емпіричної літератури щодо міжнародних форумів-заходів (Дакар, 2000 та ін.) з пом’якшення впливу надзвичайних ситуацій на психосоціальний, когнітивний розвиток дітей від 0-8 років (Dybdahl, 2001, Paardekooper, 2002; Lloyd et al, 2005 та ін.), посилення стратегій подолання небезпеки через програми надання соціально-психологічної підтримки.

Війна є найважливішою з усіх травматичних подій, що призводить до втрати, розлуки у сім’ях, криз, фізичних, психічних, соціальних змін.

У галузі міжнародного розвитку існує велика кількість знань щодо дітей у країнах, що розвиваються, але є дуже мало досліджень, які включають детальний аналіз безпекових потреб дітей з ООП, як контекстуальні умови освітнього середовища впливають на їхній досвід. Успішне, систематичне включення проблематики дітей з ООП у заходи НС також було обмежене, незважаючи на прогрес у практиці. Тому необхідні більш контекстуально обґрунтовані дослідницькі дослідження та емпіричні знання, щоб краще зрозуміти, як НС впливають на дітей дошкільного віку з ООП, щоб максимально зменшити негативні наслідки.

Всесвітній освітній форум (Дакар, 2000) прийняв Рамкову програму дій «Освіта для всіх» з урахуванням задоволення потреб систем освіти, які постраждали від НС* _____

*складні гуманітарні кризи з початку 1990 років: стихійні лиха, конфлікти, нестабільність, війни, повені, що спричиняють складні гуманітарні кризи» у «Швидке освітнє реагування в складних НС» та «Освіта як гуманітарна відповідь»

ЮНІСЕФ прийняв ще ширше визначення «надзвичайна ситуація» (НС): тихі НС (ВІЛ/СНІД, крайня бідність та дітей, які живуть на вулиці) та гучні НС, (стихійні лиха (н-д, повені, землетруси), техногенні катастрофи (наприклад, громадянські конфлікти та війни), які спричиняють гуманітарні кризи.

Коли виникають складні гуманітарні кризи, гуманітарні організації є основними постачальниками надзвичайних ситуацій освіти. Ключові агентства ООН, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, УВКБ ООН та ін., сповідуючи багатовимірну концепцію досвіду небезпеки, розробили Мінімальні стандарти для навчання в умовах НС, цілями яких є: сприяння доступу до освіти постраждалих від НС.

Багатовимірна *концепція досвіду небезпеки*: розуміє й визнає будь-яку небезпеку, як живий досвід, від якого є цінні уроки, які можуть бути ефективними у майбутній взаємодії з навколишнім середовищем або при зустрічі з майбутніми небезпеками; визначає екологічні, економічні, соціальні та психологічні аспекти. Зокрема, останні можуть бути джерелом багатьох реальних людських переживань і можуть мати численні наслідки, що можуть вбудовуватися у негативні прояви страхів, тривоги, смутку, самотності, втрат тощо. Розуміння досвіду небезпеки, адаптація до нього є головною необхідністю критичних умов надання цінного досвіду, щоб зменшити вплив на вразливості людей, вплинути на розвиток індивідуальних навичок, можливостей, здібностей, стійкість та можливості для майбутніх небезпек та їх реакції на них.

Мінімальні стандарти пов’язані з визначенням:

- *екстреної освіти* («освіта, яка захищає благополуччя, сприяє навчанню та плекає загальний розвиток (соціальний, емоційний, когнітивний і фізичний) дітей, які постраждали від конфліктів і катастроф» (Освітня група Save the Children Alliance, 2001);

- *надзвичайний стан освіти* як кризову ситуацію, спричинену конфліктами або катастрофи, які дестабілізували, дезорганізували або

зруйнували систему освіти, яка потребує комплексного процесу кризової та післякризової підтримки (ЮНЕСКО, 1999);

- *швидке освітнє реагування у складних НС* – застосування моделей, підходів, гуманітарних програм раннього дитинства (розвитку), щоб реагувати, мімізувати психосоціальні проблеми та особливі освітні потреби дітей, їхніх родин у часи кризи (нестабільності, переміщення….) (Nixon et al., 1996; Burde, 1999; Vargas Baron, 2005).

Розробка положень програми «Освіта для всіх» ЮНЕСКО (Bensalah та ін., 2001, ЮНЕСКО, 2002 та ін.) стосується бачення освіти, яка:

- інструментом захисту дітей у надзвичайних ситуаціях;

- допомагає задовольнити психосоціальні потреби дітей, які постраждали від НС, які порушили їхнє життя та соціальні зв'язки;

- забезпечує канал для передачі повідомлень про здоров'я та виживання, а також для навчання нових цінних практично орієнтованих навичок безпеки;

- інструментом соціальної згуртованості та ресурсної підтримки;

- життєво необхідна для відновлення економічної основи сімейного, місцевого, національного розвитку і життя.

У воєнних ситуаціях необхідна терапевтична креативність і гнучкість, можливість розробки та впровадження вільних від ідеології втручань, які відповідають конкретній ситуації. Оскільки діти та підлітки зовсім по-різному реагують на воєнні події, їхні знання, реакції залежать від віку, а отже, від фази розвитку емоційності та когнітивних здібностей, стресори з усіма видами поведінкових особливостей, розладів і психологічних проблем (Milgram, 1982; Jensen & Shaw, 1993; Boardman, 1994 та ін.), то комплексний підхід з урахуванням психотерапевтичного, психосоціального, особистісно зорієнтованого аспектів, неспецифічних групових та індивідуальних програм є необхідними і доречними у підтримці, консультуванні, допомозі фахівців з метою стабілізації відновлення психічного здоров'я, підтримки процесів розвитку дітей та їхніх батьків.

Міжнародні та національні стандарти MHPSS (*Mental Health and Psychosocial Support* — охорона психічного здоров'я та психосоціальна підтримка), що базуються на керівництвах IASC (Міжвідомчого постійного комітету ООН) та практичних рекомендаціях UNICEF/WHO, визначають дітей з особливими освітніми потребами та інвалідністю як пріоритетну групу підвищеної вразливості в умовах війни.

Керівні принципи Міжвідомчого постійного комітету ООН (IASC, 2007, 2019) закладають фундаментальний людиноцентричний та правозахисний підхід до сектору MHPSS. У цих документах діти з інвалідністю та особливими потребами розглядаються не крізь медичну модель «патології», а через призму усунення середовищних, комунікативних та інституційних бар’єрів, які в умовах війни багаторазово підсилюють психологічну травматизацію.

Наведемо детальний контекст підтримки цієї категорії на кожному з рівнів багатошарової піраміди IASC із ключовими настановами з оригінальних документів.

1. Фундаментальні настанови IASC (2007) стосуються вразливих груп та захисту гідності. Зокрема у базовому керівництві «IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings» (2007) *особи та діти з функціональними порушеннями* виокремлюються як категорія підвищеного ризику маргіналізації, насильства та зневаження базовими потребами під час евакуації.

Контекст підтримки за таких умов передбачає, як недопущення дискримінації при порятунку (під час масового переміщення та атак діти з порушеннями зору, слуху, інтелекту чи опорно-рухового апарату ризикують бути залишеними без допомоги або розлученими з опікунами), так і дотримання принципу нероздільності сім'ї (розлука дитини з особливими потребами з батьками визнається одним із найтяжчих психосоціальних стресорів).

Така позиція підтверджується двома зауваженнями:

а) цитатою з IASC (2007, с. 4)

«*У надзвичайних ситуаціях не всі люди страждають однаково. Деякі групи стикаються з набагато більшим ризиком виникнення психосоціальних та психічних проблем через специфічні фактори вразливості, зокрема соціальну ізоляцію, відсутність доступу до базових послуг або попередні розлади… До таких груп належать особи з фізичними, сенсорними та інтелектуальними порушеннями, діти, розлучені з родинами, та ті, хто перебуває в спеціалізованих закладах догляду*».

б) цитатою з IASC (2007, дія 3.1, с. 46)

«*Переконайтеся, що діти з особливими потребами, включно з дітьми з інвалідністю, не зазнають дискримінації та мають рівний доступ до загальних програм підтримки, безпечних просторів і ресурсів базового виживання*».

2. Спеціалізоване керівництво IASC (2019) про інклюзію та модель бар'єрів звертає увагу у документі «Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action» (IASC, 2019). Тут деталізується застосування Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю у кризових умовах, а сектор психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (розділ 14) прямо інтегрується з дитячим захистом і освітою. Контекст підтримки за таких умов передбачає відмову від стигматизації, забезпечення сенсорної та комунікативної доступності. Психосоціальні програми повинні надаватися доступними форматами (жестова мова, легке читання - Easy Read, піктограми, аудіо- та тактильні формати). Дитяча суб'єктність передбачає визнання дитини з інвалідністю у здатності висловлювати свої страхи та брати участь у прийнятті рішень щодо власної безпеки, якщо дорослі адаптують канали спілкування.

Цитата з IASC (2019, с. 96)

«*Діти з інвалідністю під час збройних конфліктів стикаються з потрійним тягарем: ризиком насильства, втратою доступу до реабілітації чи асистивних технологій та відсутністю доступної психосоціальної підтримки. Гуманітарні суб'єкти MHPSS зобов'язані адаптувати інструменти так, щоб комунікативні бар'єри не позбавляли дітей можливості висловити свій дистрес*».

Цитата з IASC (2019, с. 99)

«*Психосоціальна підтримка для дітей з інвалідністю має будуватися навколо відновлення їхнього звичного середовища: залучення до ігрових*

просторів разом з однолітками, надання підтримки їхнім сім'ям для запобігання виснаженню опікунів та усунення страху невідомості через структуровану, передбачувану щоденну діяльність».

Реалізація піраміди MHPSS (IASC) (Рис. 1) для дітей з інвалідністю та ООП передбачає дотримання базових настанов з наголосом, що підтримка дітей з особливими потребами не може обмежуватися лише верхівкою піраміди (спеціалізованою психіатрією чи медициною), а має бути наскрізною:



Рис. 1 Піраміда MHPSS (IASC) для дітей з інвалідністю та ООП

Базові послуги та безпека вимагає облаштування гуманітарних локацій (пункти обігріву, укриття, розподільчі центри). Вони повинні бути фізично доступними. Для дітей з ООП відсутність доступного укриття — це джерело первинного, вітального страху і жаху. Тому першочерговими діями є безперервне забезпечення асистивними пристроями (батарейки до кохлеарних імплантів, крісла колісні, захисні навушники). Безпека розглядається як наявність індивідуальних засобів сенсорного захисту.

Підтримка сім'ї та громади апелює до збереження цілісності сім'ї та соціальної тканини громади. Оскільки батьки дітей з інвалідністю перебувають під загрозою хронічного стресового виснаження, програми

підтримки батьків (батьківські клуби, перепочинок) визнаються безпосереднім фактором захисту дитини: «Стабільний опікун — головний буфер проти розвитку дитячих страхів, тривожності та ін.» (IASC, 2019).

Фокусована неспеціалізована підтримка вимагає обов'язкового навчання фахівців базових послуг (вихователів, вчителів, асистентів) адаптованій *першій психологічній допомозі*. В першу чергу, це стосується застосування прямої (ЖМ), альтернативної та додаткової комунікації (АДК) у кризових інтервенціях. Замість вербального розпитування — підтримка через тілесне заземлення, піктограми, зонування «тихих куточків» для зниження сенсорного перевантаження при аутизмі, глухоті чи синдромі Дауна.

Спеціалізовані послуги в обов'язковому форматі - це доступ до фахівців вузького профілю без стигматизації та насильницької сегрегації із запровадженням у щоденному використанні спеціалізованих психотерапевтичних протоколів (TF-CBT, арт-терапія травми, нейропсихологічна реабілітація), які мають враховувати когнітивний і мовленнєвий рівень дитини, інтеграцію комунікативних, мовно-мовленнєвих та дефектологічних методик у подоланні страхів, тривог, фобій, повязаних з воєнними діями.

На подолання комунікативних та сенсорних бар'єрів у психосоціальній підтримці звертають увагу і спеціалізовані настанови ЮНІСЕФ, які наголошують, що ефективність психосоціальних інтервенцій для дітей з інвалідністю безпосередньо залежить від усунення сенсорних і комунікативних перешкод у кризовому просторі. Традиційні вербальні методики заспокоєння та психоедукації виявляються неефективними або посилюють стрес, якщо дитина має порушення слуху, мовлення чи аутизм. Фахівці гуманітарного сектору зобов'язані впроваджувати доступні канали альтернативної та додаткової комунікації, жестову мову, візуальні розклади, спрощені формати («Easy-to-Read») та сенсорно адаптовані матеріали, що дає змогу дитині усвідомити ситуацію небезпеки, зменшити відчуття

безпорадності та висловити свій внутрішній стан без слів (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2022, pp. 14-17).

Крім адаптації інформаційних потоків, настанови регламентують проєктування фізичного середовища надання допомоги (шелтерів, укриттів, просторів раннього розвитку). Для запобігання сенсорному перевантаженню, вразливим психічним станам і вегетативним кризам в укриттях необхідно облаштовувати спеціальні «тихі зони» зі зниженим рівнем освітлення, дезінтеграцією шуму та наявністю матеріалів пропріоцептивного заземлення (обтяжених ковдр, тактильних іграшок). Забезпечення таких середовищних умов розглядається не як додаткова пільга, а як первинний протокольний захід захисту дитини з ООП від вторинної акустичної та емоційної травматизації під час обстрілів чи евакуації (UNICEF, 2022, pp. 22-25).

У структурі багаторівневої піраміди настанови ЮНІСЕФ визначають збереження психоемоційної стабільності батьків та опікунів як головний захисний буфер для дитини з функціональними порушеннями. Опікуни дітей з інвалідністю в зоні бойових дій зазнають подвійного навантаження, пов'язаного з руйнуванням систем догляду, відсутністю доступних укриттів і страхом втратити асистивні засоби дитини (процесори імплантів, крісла колісні). Програми психосоціальної допомоги повинні включати спеціалізовані батьківські групи підтримки, послуги тимчасового перепочинку, навчання навичкам тілесної саморегуляції, оскільки стабілізація нервової системи дорослого безпосередньо знижує рівень тривожності та запобігає соматизації страху в дитини (UNICEF, 2021, pp. 38-41).

На рівні індивідуалізованих інтервенцій настанови вимагають неперервності корекційного та соціального супроводу навіть у фазі гострої кризи. Переривання психологічної терапії веде до стрімкого регресу базових навичок самообслуговування, посилення деструктивної поведінки та автоагресії в дітей з аутизмом і ментальними порушеннями. ЮНІСЕФ підкреслює необхідність швидкого інтегрування фахівців спеціальної освіти (дефектологів, логопедів, сурдопедагогів) у мобільні мультидисциплінарні

команди MHPSS, що забезпечує не лише кризове реагування на травму, а й підтримку збережених компенсаторних механізмів дитини в нових умовах життя (UNICEF, 2021, pp. 56–59).

Надзвичайно важливими для висвітлення нашої проблематики мають *Стандарти першої психологічної допомоги* (ППД, PFA — *Psychological First Aid*), розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я у співпраці з фондом воєнної травми (War Trauma Foundation та World Vision International). Вони визначають гуманну, підтримуючу та практичну відповідь на страждання людей, які пережили важкі кризові події (World Health Organization [WHO] et al., 2011, pp. 1-3). У межах цього підходу діти з функціональними порушеннями, інвалідністю та ООП віднесені до пріоритетної категорії осіб, які потребують негайної уваги, оскільки вони стикаються з підвищеним ризиком насильства, втрати опікунів, фізичної безпорадності та сенсорного шоку під час лиха (WHO et al., 2011, pp. 6-7). Надання ППД цій групі дітей базується на трьох базових принципах дій «дивись – слухай – зв'язуй». Кожен з цих принципів потребує критичної адаптації під сенсорні та когнітивні можливості дитини.

Принцип “Дивись” передбачає раннє виявлення прихованого дистресу та серсорної небезпеки. Фаза первинної оцінки вимагає від надавача допомоги ретельної перевірки фізичної безпеки середовища, наявності невідкладних базових потреб та ідентифікації дітей із серйозними реакціями дистресу (WHO et al., 2011, pp. 16–18). У контексті дітей з інвалідністю та ООП фахівець повинен негайно оцінити наявність і справність асистивних пристроїв - кохлеарних імплантів, слухових апаратів, окулярів чи крісел колісних, оскільки їхня втрата під час евакуації перетворює стрес на гострий панічний колапс. Крім того, огляд має виявляти специфічні невербальні прояви декомпенсації: феномен моторного заціпеніння у дітей із синдромом Дауна, спастичні артикуляційні тики та логоневротичний тремор у дітей з розладами мовлення, а також наростаючий аутоагресивний стимінг чи

перевантаження сенсорних каналів у дітей з аутизмом (WHO et al., 2011, pp. 17-19).

Принцип “Слухай” стосується адаптації комунікативного контакту та легалізація почуттів і передбачає встановлення психологічного контакту, виявлення індивідуальних потреб дитини та надання допомоги у відновленні спокою без примусу до розповіді про пережите (WHO et al., 2011, pp. 20-22). При роботі з дітьми з ООП поняття «слухання» виходить за межі акустичного сприйняття мовлення для дітей з:

- порушеннями слуху встановлення зв'язку здійснюється виключно через збережений зоровий контакт на рівні очей дитини, відкриту доброзичливу міміку та прості жестові знаки безпеки.
- ТПМ або елективним мутизмом надавач допомоги відмовляється від вербальних вимог і застосовує засоби альтернативної комунікації (картки емоцій, піктограми, малюнки).
- РАС фахівець уникає директивного зорового контакту та нав'язливих дотиків, використовуючи м'який, низький тембр голосу, знайомі предмети для тактильного заземлення та зменшення сенсорного подразнення навколо (WHO et al., 2011, pp. 23-25).

Завершальний принцип “Зв'язуй” стосується відновлення соціального захисту та доступу до асистивних ресурсів і скерований на возз'єднання дитини з сім'єю, забезпечення базовими практичними потребами, доступ до необхідних медикаментів і підтримку зв'язку зі службами спеціалізованої допомоги (WHO et al., 2011, pp. 26–29). Для дітей з інвалідністю першочерговим завданням виступає якнайшвидша передача дитини під опіку батьків або звичних доглядачів, оскільки розлука руйнує базовий адаптивний каркас дитини. Фахівець ППД зобов'язаний скоординувати зусилля з гуманітарними штабами для екстреного відновлення доступу до специфічного медичного лікування (протисудомні засоби, спеціальне харчування), заміни елементів живлення для слухових процесорів та підключення мультидисциплінарних команд - логопедів, дефектологів,

фахівців інклюзивно-ресурсних центрів для довготривалої стабілізації (WHO et al., 2011, pp. 28-31).

Таким чином, інтеграція керівних настанов IASC, спеціалізованих рекомендацій UNICEF та стандартів першої психологічної допомоги WHO доводить, що ефективна психосоціальна підтримка дітей з ООП та інвалідністю в умовах воєнного стану вимагає трансформації загальних гуманітарних протоколів у сенсорно безпечну, мультимодальну систему дій. Ця синергія міжнародних підходів стверджує перехід від суто медикалізованого до бар'єро-орієнтованого захисту: через наскрізне зонування фізичного простору укриттів, безумовне збереження асистивних пристроїв, адаптацію комунікації засобами АДК і жестової мови за принципом «дивись – слухай – зв'язуй», а також обов'язкове психологічне зміцнення батьків, чий емоційний стан є головним компенсаторним фактором виживання та запобігання глибинній травматизації дитини з ООП.

1.5. Посилення стратегій подолання небезпеки у досвіді створення цільових програм

І хоч історично досить мало свідчень із наданням або визначенням пріоритетів освітньої допомоги, тим більше з наданням програм раннього дитинства в громаді, щоб реагувати на психосоціальні проблеми та освітні потреби малих дітей та їхніх сімей у часи кризи та переміщення (Nixon et al., 1996; Burde, 1999; Vargas Baron, 2005), все таки можемо почерпнути деякий позитивний досвід (Éarko Trebjeöanin: реакції дітей та їхніх батьків під час воєнного середовища у Югославії, 1999; Світлана Тейнович: війна очима дітей, 2000; Вільям Юл, Патрік Сміт: програма громадського здоров’я для втручання у дошкільну і початкову освітню систему як вектор для доставки, 2003, Великобританія; Медіха Імамович: програма психосоціальної підтримки зменшення посттравматичних симптомів у дітей дошкільного віку та їх матерів (кейс роботи з травмованою дитиною), …; Мірсада Топалович, Еміль Влаїч: психологічні майстерні як спосіб допомоги дітям в екстрених ситуаціях, 1999; Suleyman Hrnitsa: програми психосоціальної допомоги дітям

з особливими потребами та їхнім батькам після війни, 2000, Сербія та Чорногорія.

Коротко охарактеризуємо деякі з них.

Програма психосоціальної підтримки (Éarko Trebjeöanin, 1999), розроблена на факультеті спеціальної освіти Белградського університету (Сербія, Чорногорія) визначала реакцію батьків та їхніх дітей на стрес у загальних страхах і емоційних реакціях, викликаними умовами війни, з одного боку, і способах подолання страхів та емоційних реакцій на стресори, з іншого. На основі інтерв'ю, анкет, аналізу дитячих малюнків вивчено особливості безпекових станів 132 дітей від 5 років, їхніх матерів (батьків). Безпека дітей - це присутність батьків і стабільне оточення. Неушкоджене тіло - є важливим чинником самосвідомості дітей. Втім, можливі тілесні ушкодження можуть порушити захист дитини, викликаючи загрозливий страх руйнування тіла.

«*Війна – це щось погане, тому що багато людей можуть загинути, включно з дітьми та немовлятами, які щойно народилися, а вони не очікували, що помруть*», — каже шестирічна Дарія.

У екзистенційно загрозливому стані війни дослідником зафіксовано глибоко вкорінені й інші страхи: розлуки, руйнування, темряви, безпорадності. У деяких відповідях виявлено відчуття безпорадності, що характерне для розвитку тривоги. На запитання, що він робить, коли йому страшно, семирічний Александар відповідає:

«*Я тікаю, але оскільки мені ніде сховатися, я йду до свого притулку (під ковдрою) а я просто спостерігаю. Одного разу я навіть сховався під шафою*". А коли запитав: з огляду на все, що ти пережив на війні, що найголовніше те, чого ти дізнався про життя, одинадцятирічний Стефан відповів: «*Я дізнався, що я не можна надто розслаблятися, інакше може статися щось погане…*".

Шестирічний Огнєн: «*Я навчився боятися і мені страшно…*».

Страхи дітей ближче до поверхні, ніж страхи дорослих. Дорослі більше бояться власних страхів, а свою безпорадність сприймають як виявлення слабкості та неповноцінного становища по відношенню до інших. З цієї

причини дослідження дитячих страхів більше підходить для вивчення коріння людської тривоги.

Аналіз відповідей дітей на запитання анкети показав, що страхи дітей можна розділити на дві групи: страхи, пов’язані з війною, тобто страх за батьків, страх бути пораненим, страх бути вбитим, руйнування дому, страх голоду, страх того, що може статися щось жахливе; страхи, не пов'язані з війною, тобто страх темряви, висот, диких тварин і демонів.

На запитання, чого вони найбільше бояться, дітей пояснили, що вони, перш за все, бояться бомб, ракет і літаків; по-друге, вони боялися знищення їхніх домівок, по-третє боїться вбивства членів своєї родини.

Діти шкільного віку майже так само боялися бомб, літаків і руйнування своїх домівок - 40%; боялися за життя своїх рідних і за своє життя - 35%, тоді як діти дошкільного віку висловлювали величезну різницю між страхами бомб, літаків і руйнування будинків - 42,5% і страх за своє життя та життя своїх члени сім'ї - лише 5%.

У дітей дошкільного віку ще немає конспекту ідеї смерті. Діти цього віку ще вірять у всемогутність своїх батьків а тому пов'язують усі прояви руйнування та загрози своєму життю, до бомб, літаків і руйнування їхніх будинків.

В анкеті, спеціально створеній для цього дослідження, та в інтерв’ю, яке ми проаналізували, перевірено, наскільки батьки піддані негативним почуттям та фізіологічним розладам, які часто супроводжують кризовий стан, як батьки справлялися зі своїми власними емоційними дискомфортними станами, особливо з власними страхами, яким чином вони справлялися зі страхами своїх дітей.

Нарешті, нас цікавило, чи змогли батьки позитивно переосмислити свій досвід, тобто чи розуміли вони пережиту кризу як тип виклику та чи могли вони використати стресовий досвід як стимул до розвитку особистості. Програма передбачала пропрацювання страхів у батьків засобами контролю,

навіювання та мислення. Цей підхід до боротьби зі страхами вміщував самомотивацію, дотримання дистанції та мінімізація небезпеки.

Наступною за частотою формою протистояння страхам є соціальні контакти (спілкування з родичами, сусідами, друзями та колегами по роботі) та спільні види активної діяльності (домашня робота, читання, відвідування театрів, тощо), допомагаючи позбутися думок про жахіття війни та встановити самоконтроль над повсякденним життям). Подібним механізмом є турбота про дітей. Батьки вважали відповідальність за дітей дуже важливим завданням, що допомогло їм цього не зробити дати вихід негативним почуттям, страхам і безжиттєвості.

Втеча за допомогою транквілізаторів і пересипання є менш частим способом подолання проблем тривожності і страхів.

Найменш поширеним способом подолання страхів є релігія та віра в Бога. Як батьки допомагають дітям справлятися? Ми запитали респондентів, як вони допомагають своїм дітям впоратися зі страхами.

Найпоширенішим методом (57,6% відповідей) було жити якомога норма життям, переконавшись, що діти грають у багато ігор, спілкуються зі своїми однолітків і батьків.

Наступною за частотою способом (23,7% відповідей) була спроба впоратися зі страхами дітей шляхом зменшення небезпеки, переконання дітей у тому, що нічого поганого немає. станеться, якщо поводити себе як зразок для наслідування: бути сміливим.

Також батьки, як правило, зменшували страхи своїх дітей фізичними дотиками – обнімали, обіймали, брали на коліна, спали з ними (15,3 %).

Цікавим результатом є те, що діти, батьки яких використовували стратегію мінімізації небезпека та стратегія зразка для наслідування, здавалося, відчували менше страху, ніж ті діти, чиї батьки переважно використовували фізичний дотик і намагалися жити як зазвичай життя, наскільки це можливо.

Можливо, виконуючи регулярні обов’язки (це дуже хороший спосіб допомога дітям) батьки не дали дитині можливості займатися своїм страхи. З іншого боку, ймовірно, що ті діти, які мали більш інтенсивний страхи спонукали батьків втішати своїх дітей, використовуючи стратегію фізичного дотик.

Прикладами позитивних наслідків є те, що більшість батьків (91,2%) знайшли щось хороше і корисний на війні. Найчастіше це було пробуджене почуття близькості, солідарності та співпраці. Також люди на війні змінили свої погляди на життєві цінності, і деякі з них стали, за їхніми власними словами, більш зрілими. Дозрівання стосується досвіду суб’єктів, наприклад, того, що вони стають більш серйозними та стриманими, мають витривалість і сміливість справлятися з найскладнішими ситуаціями, і пізнання себе та своїх сильних сторін.

Досвід тих суб'єктів, які досліджували їх власні системи цінностей під час війни, були дуже схожими всередині групи і загалом їх можна було визначити як розгляд справжніх цінностей життя, здоров’я, сімейного та соціального життя. Цінності, яким загрожувала війна, спонукали людей визнавати недооцінені раніше цінності найдорожчими. Гроші та матеріальні блага втратили своє значення в системі цінностей цих суб'єктів.

Реакція опитаних батьків свідчить на користь того, що кожну подію, навіть негативну, можна вважати можливістю для розвитку особистості. Реакція батьків і дітей показала необхідність застосування такої програми психологічної допомоги у підтримці вразливої групи (батьки-діти). Відразу після припинення бомбардування, організовано психологічну підтримку у вигляді консультацій та дитячих майстер-класів по роботі з основними групами страхів.

Світлана Тейнович, 2000, вивчила досвід дитячих спогадів на основі запам’ятованих почуттів під час війни у письмових творах 120 дітей початкової школи. Війна очима дітей через рік після НАТО бомбардування. Світлана Тейнович Початкова школа Йована Й. Змая, Панчево, Сербія та

Чорногорія. Спогади дітей, виявлені в їхніх письмових роботах, були класифіковані як симптоматичні *реакції-страхи*: втрати батьків, переважно про батька (65%), горя, засмучення інших (55%), неспокій і тривога в підвалі (35%), безпорадність і почуття провини через пасивність (25%), відчуття звуків сирен (23%) та реакції проявів на рівнях: *фізіологічному* - соматичні труднощі - тілесні прояви (80%), порушення сну (40%), порушення часу (21%), *когнітивному особистісному* – рання зрілість і відчуття нових життєвих цінностей (44%), власних почуттів (30%), плутанина в самопонятті (20%), Нове відчуття цінностей у сімейних стосунках (18%), пізнання світовідчуття гуманізму (13%), звикання до бомбардування (5%), пробудження національно-патріотичних почуттів (17%) *емоційному* - бажання помсти, тобто фантазії про втручання (62%), смуток і злість через перервану важливу подію (15%), переживання війни та бомбардування як цікаві та смішні (8%), усвідомлення перетворення агресії в іншу форму агресії (18%).

Дослідження засвідчило, що діти відчували потребу написати про свій досвід сучасної війни, яка раптово спалахнула в Югославії. Найчастішим спогадом про війну був страх, що супроводжувався фізичними такими симптоми, як зміна серцевого ритму. Після цього з'явився страх за членів сім'ї, особливо страх, пов'язаний з батьками, які виконують свої робочі обов'язки. Ці результати підтверджують початкову гіпотезу про те, що діти у травмуючих НС спочатку згадують свої почуття. Окрім страху, у переважної більшості дітей бомбардування викликало почуття безпорадності, пасивності та люті. Вони боролися з цими почуттями уявними діями і мріями про помсту. Цікавим результатом стало й те, що діти більшою мірою згадували бомбардування як цікаву, красиву та смішну подію, ніж свої незавершені справи, перервані війною.

Вільям Юл і Патрік Сміт у проєкті ЮНІСЕФ охорони здоров’я фонду «Діти та війна» розробили програму громадського здоров’я для втручання, використовуючи освітні заклади як вектор для доставки (Yule, W., Stuvland, R., Baingana, F. K., & Smith, P., 2003).

У програмі когнітивно-поведінкової терапії проєкту охорони психічного здоров'я ЮНІСЕФ, розробленої Вільямом Юл (W. Yule) з командою колег (Великобританія) 2003, на *першому етапі* вивчався досвід широкого діапазону стресових реакцій серед дітей дошкільних і початкових закладів освіти, включаючи труднощі в навчанні та емоційно-поведінкові проблеми дітей.

Другий етап характеризувався розробленням ієрархічної моделі надання послуг (батарея заходів для самостійного завершення, які діти могли б використовувати для позначення природи і ступеню страхів, страждань) вчителями, вихователями дошкільних і початкових класів, які певним чином розуміють потреби дітей, які постраждали від війни.

Професійно підготовлена команда пройшла навчання з місцевим педагогічним персоналом з тем: особливі освітні потреби, втрата у дітей, страхи у дітей, керування гнівом, проблеми з висловленні, техніки когнітивно-поведінкової терапії, що стало основою *третього етапу*. Зокрема, серія з чотирьох семінарів (навчання першого рівня) для наставників включала:

• роль школи в складних умовах,

• робота з батьками,

• профілактика вигорання,

• виявлення та допомога дітям з ООП, які найбільше потребують.

Застосування розробленої програми когнітивно-поведінкової терапії для 3000 дітей з ООП, їхніх матерів командами місцевих педагогів за десять сеансів засвідчило суттєві зміни рівнів дистресу зі зменшенням симптомів емоційної, поведінкової сфери. З одного боку, усе це вимагало багато часу, терпіння та дипломатії, уважної і злагодженої співпраці. З іншого боку, механізми і процедури застосування програми стали власністю місцевих закладів освіти з навченим ресурсним забезпеченням вчителів, а фонду «Діти та війна» збагатився і продовжував удосконалювати акумулятор досвіду, який широко використовується у дослідницьких проєктах у всьому світі.

Таким чином, програми когнітивно-поведінкової терапії для дітей з ООП, навіть після війни його можна використовувати прості, стандартні заходи для оцінки втручання та сприяння знанням ефективність лікування дітей. Сподіваюся, це буде орієнтиром для майбутніх постачальників психологічних послуг на основі вибору науково обґрунтованих втручань, спрямованих на допомогу постраждалим від війни дітям.

Участь у програмі психосоціальної підтримки зменшення посттравматичних симптомів у дітей дошкільного віку та їх матерів, розробленої у Центрі психічного здоров'я (Боснія і Герцеговина) Медіхою Імамович (Vuletic, V., & Demarin, V., 2003), забезпечила навчальні заклади інструментами роботи з дітьми, які отримали травми війни. Програма включала: попереднє тестування (анкета про травму та симптоми травми – адаптована для дошкільного віку діти віком 3-4 р.; шкалу симптомів посттравматичного стресу матері (PTSS-10, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), розробку заключного тестування, правил психосоціального втручання (навчання батьків і дітей технік (вирішення проблем, самоінструкції, модель навчання, самоконтроль, модифікована методика систематичного впливу приємного жесту/слова).

З метою досягнення позитивного результату під час застосування технік необхідно дотримуватися таких правил:

• дитині необхідно поговорити про свою проблему з батьками або старшою людиною, щоб разом знайти рішення.

• батько повинен бути зацікавлений у допомозі своїй дитині, повинен слухати фахівця і виконувати його інструкції. Батьки повинні нагороджувати дитину і вчити її творити добрі речі.

• батьки повинні усвідомлювати, що вони є прикладом для наслідування для своєї дитини, тому вони повинні контролювати свою поведінку. Мама - джерело радості, миру та підтримки своїм дітям.

• естетичне середовище, приємні жести/слова, тексти також зменшують страхи, неприємні спогади, травматичний досвід, спонукатимуть до позитивних думок, приємних емоцій і врівноваженої поведінки.

Таким чином, застосована програма для дошкільників засвідчила позитивні зрушення у розмінні батьками проблем своїх дітей з ООП, їхню участь у їхньому вирішенні застосовуваними техніками-втручаннями. Така робота вплинула на стійкість і гнучкість дітей, подолання частини їхніх страхів, дозволила подивитися на проблему дітей з огляду на ресурси середовища найближчого шкільного оточення, застосовуючи відповідні і доцільні стратегії підтримки.

Програма діяльності психологічних майстерень, як ресурсів психологічної практики (Мірсада Топалович і Еміль Влаїч, 1999, Сербія та Чорногорія), включала: систематичне спостереження, вивчення симптоматики емоційних, поведінкових, психосоматичних проявів страхів у дітей з ООП дошкільного віку; проведення системи семінарів для фахівців, діяльність фахівців в ігрових кімнатах з відповідними техніками релаксації; проведення творчих майстерень для візуалізації тем психологічних практикумів за групами уподобань (малювання, акторська майстерність, виставки робіт та ін.)

Роль психологічних майстерень полягала в тому, щоб ініціювати обговорення питань, які необхідно було винести на відкритий, і які потім виражалися у творчих майстернях, прийнятний результат – зниження початкових симптомів страху (смерті, розлуки, особливо страху, що батька не повернеться додому, закритих кімнат, виходу з дому, голодної смерті, повітряної тривоги та ін.; психосоматичних симптомів (гіпертонії, біль у шлунку при звуках сирен, блювота, головний біль та ін.); суттєвих змін у поведінці (брутальність, злість, штовхання інших дітей, погрози, гіперактивність, замкнутість, відстороненість, заїкання, труднощі у спілкуванні та ін.).

Результати: ефективність щоденних зустрічей та безперервних семінарів помітно зменшили виражені страхи і симптоми. Цей семінар із трьох частин виявився дуже ефективною моделлю, яка зменшує наявні симптоми та запобігає появі нових симптомів у дітей в екстремальних ситуаціях.

Програми психосоціальної допомоги дітям з особливими потребами та їхні батьки після війни. Сулейман Хрніца Філософський факультет Белградського університету, Сербія та Чорногорія.

Запропонована Сулейманом Хрніцем, 1999, програма психосоціальної допомоги дітям з особливими потребами після війни та їхніх батьків (Danopoulos, C. P., Kapor-Stanulovic, N., & Skandalis, K. S., 2012) розрахована на вісім місяців базується на концепції реабілітації громади (Community-based Rehabilitation (CBR). В основі цієї моделі - заохочення впливу психосоціальних чинників захисту в місцевій громаді. Мета – розвивати здатність дітей вирішувати проблеми та здатність сім'ї справлятися з життєвими труднощами, проблеми розвитку їхніх дітей у зв'язку з набутими страхами, дезорієнтацією, дисфункційністю, що викликано бомбардуваннями під час війни.

Програма у спеціальних дошкільних і спеціальних початкових закладах освіти за участю фахівців намагалася розвивати місцеві, інституційні та неінституційні заходи для надання допомоги дітям з ООП та їхнім родинами на основі стабільних, довгострокових ефектів програми.

Зміст програми: семінари з обміну досвідом та ідеями, майстер-класи для дітей були ігровими заходами для заохочення різних аспектів розвиток дітей на основі правил групи, які були відомі кожному учаснику, застосування стратегій підтримки та ін. Інструментами стали шкали поведінки для спостереження відповідної та дисфункціональної діяльності дітей та батьків під час майстер-класів; оцінювальні анкети для модераторів семінару, де вони змогли оцінювати різні частини програм і записувати реакції дітей та батьків за програмою; анкети для батьків, у яких вони повинні були описати реакцію дітей на програму та їхні враження від програм, у яких вони брали участь.

Результатами діяльності стало визнання, що:

- більшість дітей з ООП були високомотивовані для участі в цій програмі, їх активність була високою, супроводжувалася позитивними емоційними реакціями;

- в майбутньому потрібно буде краще адаптувати програму для типу і рівня особливостей у розвитку, віку дитини, комунікативного середовища;

- необхідно переглянути індивідуальні вимоги до дітей, які орієнтуючись загалом, були занадто високі. Те ж саме стосується і лише усних інструкцій для багатьох заходів, які були насиченими і занадто довгими.

Поряд із зауваженнями цілі програми були досягнуті, адже практичні психологічні практикуми приділяли більше часу музиці, руху та заняттям, які «спалюють» енергію, заохочували соціальну взаємодію, розвивали соціальні навички, налагоджували емоційну стабільність, розвивали мовлення (експресивне та рецептивне), сприяли засвоєнню нових знань про проблеми страху і способи боротися з ним, підтримували самооцінку, позитивні сторони дітей, забезпечували додаткову мотивацію для батьків дітей з ООП. Результати оцінювання семінарів батьками були подібними до оцінка модераторів дитячої програми.

Міжнародні звіти та гуманітарні кампанії Дитячого фонду ООН (UNICEF Ukraine) розглядають дитячу творчість не лише як естетичний продукт, а насамперед як первинний документ психоемоційного стану дитини під час збройного нападу. У фокусі публікацій ЮНІСЕФ - візуальне свідчення внутрішнього світу дітей-біженців та внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які зіткнулися з раптовим руйнуванням звичного життєвого простору. Через художні виставки, публічні звіти та цифрові платформи організація транслює голос дітей міжнародній спільноті, наголошуючи, що за кожною статистичною одиницею стоїть особиста драма втрати базової безпеки.

У звітах ЮНІСЕФ, присвячених переживанню тривог в укриттях, малюнки дітей документують специфічний сенсорний та просторовий досвід

життя під землею. Фахівці фонду звертають увагу на повторювані візуальні патерни: тісні, замкнені контури підвалів і станцій метро, намальовані поруч матраци на підлозі, тьмяні джерела світла та деталізовані зображення бетонних перекриттів, що захищають від ударів згори. На цих малюнках діти часто зображують себе нерухомими, тісно притиснутими до матерів або улюблених іграшок, що відображає відчуття втрати контролю, страх перед гучними вібраціями та захисну реакцію заціпеніння в умовах тривалого перебування в небезпеці.

1.6. Вплив війни на психічне здоров'я та стан дітей

Аналітичні звіти ЮНІСЕФ констатують глибоку кризу ментального здоров'я та розрив базової безпеки українських дітей внаслідок бойових дій, вимушеного переміщення та регулярних атак. Діти зіштовхуються з хронічним дистресом, панічними атаками, регресом у розвитку, порушеннями сну та тривожністю через перебування в бомбосховищах, розлуку з батьками й втрату домівок (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2023b, pp. 6-9). Особлива увага у документах звертається на психосоматичні ускладнення, почуття ізоляції та ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що створює довгострокові загрози для когнітивного та емоційного розвитку цілого покоління (UNICEF, 2024, pp. 11–14).

Окремим фокусом аналітики постає криза доступу до безпечного освітнього простору та соціалізації, що значно поглиблює травму ізоляції дітей-біженців і дітей із числа внутрішньо переміщених осіб (UNICEF, 2022, pp. 2–3). Вимушений перехід на дистанційне навчання та тривале перебування в укриттях позбавляють дітей можливості живої міжособистісної взаємодії з однолітками, провокуючи стійке переживання самотності й втрату відчуття приналежності до спільноти (UNICEF, 2024, pp. 17–19). У звітах підкреслюється, що найвищий тягар дезадаптації несуть діти з інвалідністю та ООП, чий доступ до корекційно-розвиткових занять,

реабілітації та спеціальних соціальних сервісів виявився практично зруйнованим або фрагментованим (UNICEF, 2023b, pp. 21-23).

У документах ЮНІСЕФ наголошується, що діти з інвалідністю та ООП зазнають найглибшої дезадаптації внаслідок бойових дій, оскільки збройний конфлікт руйнує звичну інфраструктуру корекційного та медичного супроводу. Через вимушену евакуацію, пошкодження спеціалізованих закладів і кадровий дефіцит такі діти опиняються в умовах подвійної ізоляції, позбавлені регулярних занять із логопедами, сурдопедагогами та реабілітологами (United Nations Children’s Fund [UNICEF], 2023b, pp. 21-23). Особливу тривогу фахівців викликає недоступність базових укриттів: більшість підвальних приміщень не пристосовані для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними розладами чи ментальною інвалідністю, що перетворює процес евакуації на важку травматичну подію для всієї родини (UNICEF, 2024, pp. 19-20).

Крім фізичних бар'єрів, у звітах аналізується критичне переривання індивідуальних програм розвитку та загроза незворотного когнітивного й мовленнєвого регресу в дітей з ООП. В умовах дистанційного навчання та хронічного стресу діти з РАС, сенсорними дефіцитами чи інтелектуальними порушеннями втрачають раніше сформовані навички самообслуговування та соціальної взаємодії, демонструючи вторинний мутизм, розпад комунікації та загострення самоагресії (UNICEF, 2023a, pp. 13-14). У відповідь на це гуманітарні ініціативи ЮНІСЕФ передбачають цільове постачання спеціалізованих інклюзивних наборів (Early Childhood Development & Disability Kits), адаптацію просторів «Спільно» для потреб маломобільних дітей і запровадження протоколів індивідуального супроводу родин, які виховують дітей з інвалідністю (UNICEF Ukraine, 2023, pp. 11-12).

Стратегія системного реагування ЮНІСЕФ базується на масштабуванні багаторівневих інтервенцій у межах програм психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (MHPSS), а також створенні сенсорно безпечних середовищ (UNICEF, 2023a, pp. 8-12). Провідним практичним механізмом

реалізації цієї стратегії стала розгалужена мережа дитячих просторів «Спільно», розгорнутих на залізничних вокзалах, вузлових станціях метрополітену, у бомбосховищах та шелтерах для ВПО (UNICEF Ukraine, 2023, pp. 4–5). У цих локаціях фахівці застосовують стандартизовані арт-терапевтичні методики, техніки соматичного заземлення, ігрові корекційні практики, експрес-скринінги психічного статусу, повертають дітям адаптивні механізми саморегуляції (UNICEF Ukraine, 2023, pp. 7-9).

Паралельно програми фонду спрямовані на посилення резильєнтності родин, фахівців першої лінії та освітніх інституцій у цілому. ЮНІСЕФ забезпечує діяльність мобільних мультидисциплінарних команд у деокупованих і прифронтових районах, проводить сертифіковані тренінги з ППД для вихователів та вчителів, а також навчає батьків навичкам подолання власного емоційного вигорання (UNICEF, 2023a, pp. 15-18). Вагомим складником інституційного захисту виступає інфраструктурна модернізація: облаштування, зонування укриттів у закладах дошкільної та ЗСО, постачання інклюзивних розвивальних боксів із сенсорними матеріалами та інтеграція протоколів травма-інформованого супроводу в державні освітні стандарти (UNICEF, 2024, pp. 24-27).

Програмні документи ЮНІСЕФ розглядають *дитячу тривожність* і специфічні *воєнні страхи* (акустичні фобії сирен, страх темряви, замкненого простору укриттів та вітальної загрози) як природну реакцію на ненормальні обставини, що потребує негайної деескалації задля запобігання розвитку ПТСР (UNICEF, 2023b, pp. 7-9). Основним вектором подолання таких станів визначено протоколи ментального здоров'я та психосоціальної підтримки, які фокусуються на відновленні відчуття передбачуваності й контролю через роботу з тілесними симптомами тривоги: дихальні практики, техніки соматичного заземлення, прогресивне м'язове розслаблення та відновлення безпечного контакту з дорослим (UNICEF, 2023a, pp. 8-10).

Практична реалізація інтервенцій для зниження тривожності зосереджена в дитячих точках «Спільно» та спеціально облаштованих

шкільних укриттях, де фахівці використовують арт-терапію та проєктивне малювання як спосіб безпечного відреагування травматичного досвіду. Програми ЮНІСЕФ навчають дітей зовнішнім способам регуляції емоційного афекту - трансформації образів страху через творчість, поверненню до сюжетно-рольової гри та груповим ритуалам єдності, які знижують рівень гострого дистресу (UNICEF Ukraine, 2023, pp. 6-8). Водночас системна робота передбачає навчання батьків і педагогів методам першої психологічної допомоги (PFA), оскільки стабілізація емоційного стану дорослих є ключовим чинником подолання тривоги та панічних реакцій у самої дитини (UNICEF, 2024, pp. 24-26).

Окремий пласт аналітичних публікацій ЮНІСЕФ присвячено травмі вимушеного переміщення, розлуці з рідним домом та втраті соціальних зв'язків. У роботах дітей-біженців і дітей ВПО центральне місце посідає сюжет покинутого житла: детально відтворені дитячі кімнати, залишені домашні улюбленці, сусіди та однокласники, з якими обірвався контакт. Психологи фонду підкреслюють, що на малюнках переміщених дітей часто фіксується розпад соціального мікрокосмосу - порожні парти, перекреслені ігрові майданчики або символічні дороги й потяги, що розділяють родини. Малювання стає для таких дітей інструментом вираження невербалізованого горя, подолання самотності та спробою зберегти ідентичність у новому, чужому середовищі.

Арт-терапевтичні ініціативи та виставки малюнків під егідою ЮНІСЕФ виконують подвійну функцію: діагностично-відновлювальну та адвокаційну. У межах мережі дитячих просторів «Спільно» (Spilno Child Spots), розгорнутих фондом в укриттях, на вокзалах і в хабах для ВПО, малювання використовується кваліфікованими спеціалістами як стандартизований засіб психосоціальної підтримки першої лінії. Інтеграція цих робіт у глобальні аналітичні звіти ЮНІСЕФ дає змогу верифікувати масштаб психологічної травматизації дитячого населення України, обґрунтовуючи необхідність довготривалих програм реабілітації ментального здоров'я (MHPSS).

Проєкт «Мама, я бачу війну» – проєкт підтримки дітей України, це колекція-колаж робіт дітей з України та всього світу! За допомогою технології блокчейн висвітлено досвід та збережено в історії ті різноманітні почуття та емоції, що відчували українські діти у цей страшний час, – від страху і розпачу до надії та віри в перемогу. Ініціатори - представників креативного та цифрового сектору України, сфери інтелектуальної власності - на сайті https://momiseewar.com/ створюють найбільший і найцінніший у світі маніфест-колаж із дитячих малюнків про війну в Україні, який залишиться назавжди в мережі Інтернет за допомогою технології NFT. Фотоколаж буде виставлений на міжнародний благодійний цифровий NFT-аукціон. Кошти від нього будуть перераховані у фонд гуманітарної допомоги дітям, які постраждали від війни!

Аналіз реальної практики надання психосоціальної допомоги дітям з ООП в Україні під час повномасштабної війни виявляє суттєвий розрив між декларативними міжнародними стандартами (IASC, UNICEF, WHO) та вимушеними реаліями. Міжнародні рамки розроблялися переважно в умовах короткочасних криз або таборів біженців із зовнішньою гуманітарною інфраструктурою, тоді як українська система стикається з тотальною, щоденною війною на виснаження із загрозою ракетних ударів по всій глибині країни.

Варто систематизувати ключові *концептуальні та практичні суперечності* між міжнародними вимогами безпеки і реальним українським контекстом.

1. Інфраструктурна суперечність у “розумному пристосуванні» проти реалій фонду захисних споруд. Міжнародний стандарт (IASC, 2019; UNICEF, 2022) вимагає універсального дизайну, безбар'єрності, наявності окремих просторів сенсорної декомпресії («тихих зон»), адекватного мікроклімату, вентиляції та освітлення в кожному пункті укриття. Українська реальність свідчить, що більшість шкільних та дошкільних укриттів - це радянські підвальні приміщення, шахти або пристосовані

цоколі подвійного призначення. Суть розриву полягає у спуску до укриття, який часто містить круті сходи без підйомників, що унеможливлює швидку евакуацію маломобільних дітей під час сигналу балістичної загрози (час підльоту - 2-5 *хв*.). Відсутність шумоізоляції та висока скупченість сотень дітей в одному підвалі провокують гострі сенсорні перевантаження й панічні стани в дітей з РАС та користувачів КІ замість очікуваної стабілізації.

2. Часова та безпекова суперечність у повільній деескалації деескалації проти фактора екстреного підльоту. Міжнародний стандарт (WHO et al., 2011; PFA Guidelines) наполягає на ненасильницькій взаємодії, забороні примусу, повільному формуванні контакту, повазі до реакції дитини на стрес (наприклад, дозволі побути на самоті чи поступовому виході зі ступору). Українська реальність свідчить про появу надзвукових і балістичних загроз, що диктують норматив евакуації за лічені хвилини або навіть секунди. Суть розриву на прикладі дитини із синдромом Дауна чи когнітивними порушеннями входить у парасимпатичний ступор або демонструє негативізм під час сирени, педагог постає перед етичною дилемою: діяти за протоколом ППД (терпляче чекати й заспокоювати) чи порушити автономію дитини і фізично тягнути її в підвал заради збереження фізичного життя.

3. Комунікативно-асистивна суперечність щодо доступності інформації проти блекаутів і дефіциту ресурсів. Міжнародний стандарт (CRPD Art. 9, 21; IASC, 2019) вимагає повної доступності оповіщення та психосоціальних послуг через мультимодальні формати: безперервний доступ до жестової мови, тактильні орієнтири, цифрові планшети з ПЗ АДК, постійне автономне живлення для слухових апаратів. Українська реальність засвідчує масові комбіновані удари по енергетичній інфраструктурі, блекаути, відсутність інтернету та сирени, орієнтовані виключно на акустичний звук.

Суть розриву - системи оповіщення в закладах освіти часто не дублюються стробоскопами (світловими сигналами), залишаючи глухих дітей у стані повної інформаційної дезорієнтації. Планшети для АДК розряджаються під час тривалих відключень світла, повертаючи дітей з ТПМ та немовних дітей з аутизмом у стан комунікативної ізоляції в темному підвалі.

4. Інституційна та кадрова суперечність. Мультидисциплінарна допомога проти кадрового виснаження. Міжнародний стандарт (IASC Pyramid Level 3-4; UNICEF, 2021) передбачає злагоджену роботу розгалужених мультидисциплінарних команд: корекційного педагога, логопеда, ерготерапевта, психолога, соціального працівника та асистента дитини. Маємо в гострий кадровий дефіцит через вимушену міграцію фахівців, мобілізацію та хронічне перевантаження системи ІРЦ. Асистент вихователя або вчителя часто залишається один на один із групою, де є кілька дітей із різними, взаємовиключними потребами (наприклад, дитина з РАС потребує абсолютної тиші, а дитина з гіперкінетичним синдромом або порушенням зору - активного руху й голосового контакту). Комплексна модель MHPSS заміщується стихійним наглядом.

5. Доктринальна суперечність «Стабілізуючого батьківства/ опікунства» проти вторинної травматизації батьків/опікунів. Міжнародний стандарт (IASC, 2007; UNICEF, 2023a) базується на аксіомі «Батьки - головний стабілізатор і захисний буфер для дитини». Програми фокусуються на партнерстві з родиною та залученні батьків до ко-регуляції. Українська реальність (Таблиця 6) засвідчує, що батьки дітей з інвалідністю в Україні перебувають у стані хронічного виснаження (відсутність інфраструктури, постійні повітряні тривоги, розлука родин через військову службу батька, інфляція та брак спеціальних медикаментів та ін.). Замість того щоб бути ресурсом стабілізації, сім'я нерідко стає джерелом емоційної індукції та передачі тривоги дитині. В умовах

дефіциту служб тимчасового перепочинку система освіти змушена компенсувати психологічний колапс не лише дитини, а й усієї родини.

Ці суперечності доводять необхідність адаптації міжнародних стандартів до українського контексту: створення гібридних безпекових

Таблиця 6

Зведена матриця суперечностей в українських реаліях

Вимір протиріччя	Вимога міжнародних стандартів (IASC/UNICEF)	Реалії українського воєнного досвіду	Наслідок для практики
Фізичний простір	Безбар'єрні укриття, регульоване світло, «сенсорні кімнати».	Холодні, вологі підвали, висока щільність людей, шум.	Ризик соматизації та зривів адаптації замість безпеки.
Фактор часу	Поступова адаптація, заборона примусових дій.	.Лічені хвилини на переміщення (загроза балістики).	Необхідність жорстких директивних протоколів евакуації.
Комунікація	Повний цифровий супровід АДК, світлові маячки.	Блекаути, розряджені гаджети, відсутність стробоскопів.	Втрата керованості дитиною під час кризового моменту.
Кадри	Мультидисциплінар на команда супроводу.	1 педагог / асистент на кількох дітей із різними ООП.	Фрагментарність психосоціальних інтервенцій.
Родинна	Опора на ресурсних, стабільних батьків.	Глибоке виснаження та вторинна травматизація опікунів.	Необхідність перенаправлення ресурсів на психоедукацію батьків.

Створена автором

алгоритмів, де на перше місце ставиться збереження життя в умовах дефіциту часу та енергії, а психосоціальна стабілізація забезпечується низько технологічними, сенсорно компактними інструментами (тактильні маркери, паперові картки АДК, протоколи фізичної безпеки).

На наш погляд, надзвичайно важливо додати прогнозовані страхи та тривожність усіх трьох суб'єктів (дитина – батьки – фахівець), які є невід'ємними учасниками освітнього інклюзивного простору (середовища перебування і діяльності) у комплексну програму психосоціальної

допомоги з розробленням протоколів, які ми представимо у третьому розділі формувального етапу експерименту.

Таким чином, розгорнутий аналіз вивчених зарубіжних джерел про досвід дітей у НС розкриває багатовимірну концепцію безпеки, мінімальні стандарти навчання в умовах НС у сприянні доступу до навчання з метою зменшення впливу негативних проявів страхів, тривоги, самотності, травматичного досвіду постраждалих, зокрема дітей з ООП.

Положення програми «Освіта для всіх» вмотивовує суспільно-науковий, прагматичний, конструктивний, особистісно зорієнтований підходи щодо особливостей, інструментів для виявлення небезпек для дітей, так і соціально-психологічних шляхів гуманітарних програм раннього дитинства (майстерень, технік, стратегій, прийомів та ін.).

Аналіз досвіду застосування програм для дошкільників і молодших школярів з ООП є важливим інформаційним ресурсним джерелом неурядових організацій та фондів «Діти та війна» з тим, щоб максимальним чином і найкоротші терміни звернути погляди фахівців ЗО, можливостей місцевих громад на виявлення проблем психічного здоров'я, діагностування та покращення якості надання необхідних психологічних, освітніх послуг у задоволенні базових безпекових потреб.

Найважливішим орієнтиром-досвідом у застосуванні програм психосоціальної допомоги під час НС набуває ідея про необхідність розроблення, впровадження подібних програм психологічного спрямування в українських реаліях, можливостей місцевих громад та ресурсів спеціальних закладів освіти з тим, щоб не лише визначити проблеми тривожної симптоматики, а й не втрачати час на їхнє вирішення. Об'єднання фахівців психологічного профілю, педагогів, вихователів, батьків та їхніх дітей з ООП є запорукою розуміння і спільного вирішення проблем зі страхами, мімізації травматичних тривог і переживань, психосоматичних, емоційних, поведінкових проблем.

Висновки до першого розділу

На основі вивчення зарубіжної і вітчизняної літератури *вивчено* і розмежовано понятійні категорії «страх», “тривога”, «тривожність», «надзвичайний стан» в контексті спеціальної психології.

Досліджено, що порушений онтогенез суттєво деформує механізми психологічного захисту та емоційної саморегуляції. Наявність первинного дефекту (сенсорного, інтелектуального, моторного чи мовленнєвого) знижує функціональний поріг стійкості нервової системи до надмірної стимуляції, звужує компенсаторні резерви психіки та обумовлює заміну продуктивної копінг-поведінки примітивними формами психомоторного захисту (ступор, мелтдаун, стереотипії, регрес гігієнічних і комунікативних навичок).

Виявлено комплексну трансформацію нормативних вікових страхів у воєнні з обгрунтуванням закономірностей нашарування екстремальних факторів війни (вибухи, сирени, блекаути, перебування в укриттях) на нормативні вікові страхи дошкільників та молодших школярів.

Доведено, що за умов дизонтогенезу типові вікові страхи (темряви, самотності, шуму) гіпертрофуються й набувають рис вітальної катастрофи: страх темряви у глухих трансформується у стан «сенсорного блекауту», страх раптових звуків у користувачів кохлеарних імплантів - в акустичний шок і фізичний біль, а шкільна тривожність у дітей з ТПМ - у глибоку логофобію та психогенний мутизм.

Визначено якісну неоднорідність феноменології воєнних страхів у розрізі окремих нозологій, що вимагає специфікації «драбини загрозливих страхів» для різних категорій дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з урахуванням специфіки розвитку: для дітей із порушеннями слуху домінують візуальна депривація та втрата зорового контролю за дорослим; для дітей з КІ - цифровий акустичний ступор, реверберація підвалів та ризик втрати вартісного обладнання; для дітей із РАС - колапс сенсорної інтеграції внаслідок натовпу й зміни просторових стереотипів; для дітей із синдромом Дауна - парасимпатичний ступор та втрата м'язового тонусу; для дітей із

порушеннями мовлення - соматовегетативне блокування мовленнєвої ланки й неможливість сигналізувати про небезпеку.

На основі критичного аналізу міжнародних рамок психосоціальної підтримки (IASC, WHO, UNICEF, Sphere Project) *виявлено* системні розриви між декларативними гуманітарними настановами та реаліями повномасштабної війни в Україні. *Встановлено*, що міжнародні моделі, розроблені для умов таборів біженців із зовнішнім ресурсом або локальних катастроф, потребують глибокої адаптації з огляду на: інфраструктурну непідготовленість сховищ («розумне пристосування» бетонні підвали), фактор мінімального підльоту ракет (відсутність часу на повільну вербальну деескалацію), блекаути (відмова високотехнологічних засобів АДК), феномен масової вторинної травматизації батьків.

Доведено необхідність комплексного емпіричного вивчення тривожності та страхів у різних категорій дітей з ООП у нерозривному взаємозв'язку з психоемоційним станом їхніх матерів, що зумовлено феноменом дизонтогенетичної ко-регуляції незрілості вищих психічних функцій, дефіцитарності, соматизації материнської тривоги та ін.

Відтак, лише порівняльний кількісно-якісний зріз специфіки сенсорно-афективного реагування кожної нозологічної групи та рівня вторинної травматизації матерів дасть змогу виявити диференційовані мішені інтервенції, верифікувати реальний ступінь їхньої психологічної вразливості замість суто теоретичних припущень і розробити доказові, адресні алгоритми стабілізації системи «мати – дитина» як єдиного захисного суб'єкта в умовах війни.

РОЗДІЛ ІІ.
ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ І СТРАХІВ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Основні положення констатувального етапу експерименту

Впродовж багатьох років фахівці не звертали увагу на різноманітні психологічні дітей (осіб) з сенсорними, інтелектуальними, фізичними особливостями, затримкою розвитку. Ймовірно, ця недостатня увага була наслідком "діагностичного затьмарення" процесу, в якому дефіцит, пов'язаний насамперед з конкретними обмеженнями, домінував у клінічних проблемах медичних моделей, а симптоми, що відповідають критеріям психологічних розладів, часто вважалися функціями інтелектуального дефіциту, а не вказівки на інший діагноз (Borthwick-Duffy, 1994). Концепція подвійної діагностики, на наше глибоке переконання, дозволяє уникнути позначення або інвалідності розвитку, або психологічного розладу як основного, і відображає позицію, що діагнози є чіткими і не менш важливими для визнання для діагностування, профілактики, реабілітування, комплесного психолого-педагогічного супроводу (Pfeiffer & Baker, 1994).

Автор припускає, що діти з ООП можуть проявляти підвищений ризик виникнення проблемної поведінки у ранньому, дошкільному і молодшому шкільному віці у зв'язку з переживаннями страхів війни, пов'язаними з постійними тривогами, переживаннями і негативним досвідом.

Сучасні концептуалізації подвійної діагностики починають визнавати складну інтерактивну роль, яку, ймовірно, відіграють як екзогенні, так і ендогенні чинники у розумінні природи дитячих страхів під час війни.

Дослідження є частиною констатувального етапу експерименту і складається з трьох етапів: підготовчий, дослідницький та обробний.

Процедура дослідження включала організаційні, емпіричні та методи обробки даних, а також інтерпретаційний метод виявлення структурних елементів.

Здійснюється аналіз й оцінка характеристик страху з урахуванням рівня загальної тривожності від віку, гендеру, соціального контексту та стану

безпечного середовища. Загальними прогностичними факторами емоційного стану дітей з ОП були їхній інтерес, здивування, горе та страх. Діти часто боялися власних емоційних проявів, легко виснажувалися психічно та швидко втомлювалися.

Серед когорти діагностичних критеріїв загальної тривожності і страхів визначено:

а) фізіологічні реакції (судоми, порушення сну, соматичні скарги);

б) емоційно-поведінкові (плаксивість, страх темряви, агресія, регресивні дії та ін.);

в) когнітивні (розгубленість, труднощі концентрації, уникнення відповідальності та ін.).

Фізіологічні реакції. Фізіологічний компонент тривожності та страхів у дітей є прямим наслідком гіперактивації автономної нервової системи та викиду стресових гормонів (адреналіну й кортизолу). Батьки найчастіше фіксують порушення сну, що проявляються труднощами під час засинання, поверхневим тривожним сном, частими нічними пробудженнями, кошмарами або скреготінням зубами (бруксизмом). У моменти гострого переляку чи хронічного напруження можуть виникати тілесні судоми, дрібний м'язовий тремор кінцівок, нервові тики, заїкання або відчуття нестачі повітря, коли дитина не може зробити повний вдих через спазм дихальної мускулатури.

Соматичні скарги у дошкільнят і молодших школярів мають виражений психосоматичний характер і виступають тілесним еквівалентом тривоги. Дитина починає систематично скаржитися на гострий біль у животі, нудоту, запаморочення чи головний біль перед виходом із дому, розлукою з батьками або під час гучних звуків. Часто спостерігаються розлади видільної системи - різкі почастішання позивів до сечовипускання (полакіурія) або повернення нічного енурезу за повної відсутності урологічних чи гастроентерологічних захворювань, підтверджених лікарем.

Емоційно-поведінкові реакції. Емоційна сфера дитини під впливом тривоги зазнає дестабілізації, що виражається у різких змінах настрою,

підвищеній плаксивості, вразливості та дратівливості без очевидних зовнішніх причин. Загострюються специфічні вітальні страхи: панічний страх темряви, відмова спати наодинці, страх гучних звуків, замкненого простору (укриттів, підвалів) чи вигаданих небезпек. Емоційне напруження може трансформуватися у спалахи немотивованої вербальної чи фізичної агресії, істерики, деструктивні дії з іграшками або опір авторитету дорослих, що є захисною спробою відновити суб'єктивний контроль над ситуацією.

Поведінковий рівень також характеризується вираженим феноменом регресивних дій — дитина психологічно повертається до більш ранніх, безпечних етапів онтогенезу. Вона може почати смоктати палець, чіплятися за одяг дорослих («хвостикова поведінка»), проситися на руки, розмовляти «дитячою мовою» або вимагати годування з ложечки, втрачаючи вже засвоєні навички самообслуговування. До цього блоку належать нав'язливі ритуали безпеки, безперервна потреба тримати біля себе конкретну домашню іграшку та категоричне уникнення будь-яких нових контактів чи незнайомих ситуацій.

Когнітивні реакції. Когнітивні прояви охоплюють порушення процесів переробки інформації, концентрації уваги та прийняття рішень через перевантаження робочої пам'яті фоновим переживанням загрози. Батьки помічають загальну розгубленість, сповільненість реакцій і забудькуватість: дитина не здатна зосередитися на повсякденній інструкції, постійно перепитує, кидає розпочату гру чи навчальне завдання, легко відволікається на будь-які зовнішні стимули. Її думки виявляються заблокованими очікуванням небезпеки, що часто призводить до відчуття «порожнечі в голові» або когнітивного ступору під час спроби дати просту відповідь.

Мисленнєва діяльність спотворюється появою катастрафізуючих установок і нав'язливих запитань («А що, якщо ми не встигнемо?», «А раптом з тобою щось трапиться?»). Це породжує стійке уникнення відповідальності, нерішучість та страх зробити найменшу помилку, через що дитина взагалі відмовляється від самостійних дій і перекладає будь-який

побутовий вибір на дорослих. Очікування власної неспроможності або критики блокує пізнавальну активність, гальмує креативність у грі та веде до зневіри у власних силах («Я все одно не зможу», «Зроби це замість мене»).

Респонденти. У добровільному, за формою інформованої згоди, дослідженні (Діаграма 1) взяли участь 49 дітей віком від 3 до 10 років, 49 (100%) матерів (опікунів) віком від 28 до 42 років. За категоріями розподіл представлений в Таблиці 7.

Таблиця 7

Діти дошкільного і молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами

Вікові категорії	Глухі		ЗС		КІ		МП		РАС		СД	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Діти дошкільного віку та молодшого шкільного віку	6	5	2	2	2	2	10	15	1	1	0	3
Загалом за категорією	11		4		4		25		2		3	
Загалом	**49**											

Створено автором

ВПО та зони підвищеного ризику — 21 (42,9%) особа, з умовно безпечних / тилових територій — 28 (57,1%) осіб. За категоріями нозологій у таблиці 8: глухі діти 22,45% (дошкільнята - 23,53%, початківці - 21,8%), зі

Таблиця 8

Нозологічна та вікова структура вибірки дослідження ($N = 49$)

Категорія дітей з ООП	Дошкільний вік (n1=17)	Молодший шкільний вік (n2=32)	Загалом (N=49)	Частка у вибірці (%)
Глухі діти	4 (23,53%)	7 (21,8%)	11	22,45%
Зі зниженим слухом (ЗС)	2 (11,76%)	2 (6,25%)	4	8,16%
З мовленнєвими порушеннями (МП)	5 (29,41%)	20 (62,5%)	25	51,02%

Кохлеарно імплантовані (КІ)	2 (11,76%)	2 (6,25%)	4	8,16%
З розладами аутистичного спектра (РАС)	2 (11,76%)	0 (0,0%)	2	4,08%
Із синдромом Дауна (СД)	2 (11,76%)	1 (3,12%)	3	6,12%
Усього	**17 (100,0%)**	**32 (100,0%)**	**49**	**100,00%**

Створено автором

зниженим слухом 8,16% (дошкільнята - 11,76%, початківці - 6,25%), з мовленнєвими порушеннями 51,02% (дошкільнята - 29,41%, початківці - 62,5%), кохлеарно імплантовані 8,16% (дошкільнята - 11,76%, початківці - 6,25%), з РАС 4,08% (дошкільнята - 11,76%), з СД 6,12% (дошкільнята - 11,76%, початківці - 3,12%).

На Рисунку 2 представлено порівняльно-кількісні показники вибірки.

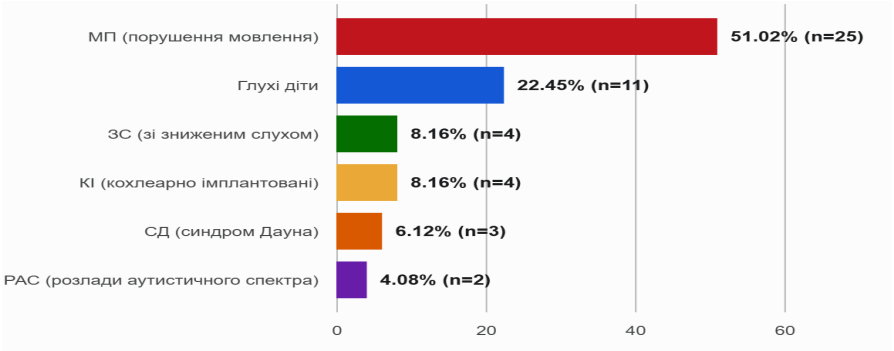


Рис. 2 Розподіл дітей з ООП за нозологічними категоріями ($N = 49$, переважаюча категорія — порушення мовлення, 51,02%).

На Рисунку 3 вікове зіставлення дошкільного і шкільного віку за кількісними показниками.

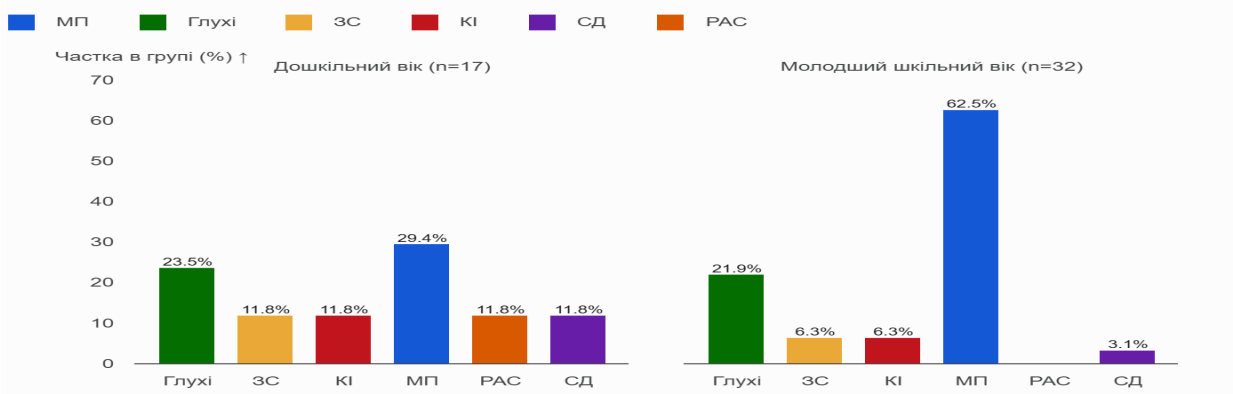


Рис. 3. Нозологічна структура вибірки у віковому зіставленні: дошкільний вік (n_1 = 17) та молодший шкільний вік (n_2 = 32).

2.2. Діагностичний інструментарій, структура

У дослідженні використовувалися валідні психодіагностичні інструменти методик State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), спостереження за поведінкою й фізіологічними реакціями (Velykodna et al., 2023), Шкала тривожності дітей (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Susan H. Spence, 1998) для оцінки симптомів тривожності у дітей віком від 3 до 6, від 7 до 10 років.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) — це один із найпоширеніших у світі психодіагностичних інструментів для вимірювання тривожності. Методику створили Чарльз Д. Спілбергер, Річард Л. Горсух та Роберт Е. Лушене (1970, модифікована у 1983 році як Form Y; у вітчизняній практиці широко відома адаптація Ю. Л. Ханіна), найпоширенішим скринінговим експрес-методом завдяки високій валідності, швидкості заповнення (5–8 хвилин) і можливості повторного вимірювання динаміки стану (до стресової події, під час та після неї) - Опитувальник самооцінки тривожності (Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна) (**ДОДАТОК В)**. Активно і масово застосовується в Україні в умовах повномасштабного воєнного стану, зокрема для дослідження психоемоційного стану дорослих — батьків дітей різного віку. Вона стала одним із базових експрес-інструментів у роботі психологічних служб, благодійних фондів (наприклад, «Голоси дітей», проєкти ЮНІСЕФ) та академічних дослідників (Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, університетські кафедри практичної психології).

Нами обрана ця методика для діагностики батьків під час війни з урахуванням чотирьох причин:

- *чіткості диференціації* двох концептуально відмінних проявах тривоги:

ситуативна (реактивна) тривожність (State Anxiety, A-State / S-Anxiety) -тимчасовий емоційний стан, що характеризується суб'єктивним відчуттям напруги, стурбованості, нервозності та активацією автономної нервової системи в конкретний момент часу.

особистісна тривожність (Trait Anxiety, A-Trait / T-Anxiety) - відносно стійка індивідуальна характеристика, схильність сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищенням ситуативної тривоги;

- *диференціації реальної загрози та внутрішньої вразливості*, оскільки в умовах війни високий рівень реактивної тривожності є нормативною адаптивною реакцією психіки на небезпеку (обстріли, повітряні тривоги, блекаути та ін.), з одного боку, а з іншого, методика дозволяє відрізнити гостру реакцію на зовнішні події від патологічної особистісної тривожності (ОТ), яка вказує на внутрішнє виснаження, дезадаптацію та хронічний дистрес;

- *швидкості і простоти (скринінг*), коли заповнення займає 5–7 *хв*., що критично важливо під час роботи у шелтерах, центрах для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) або бомбосховищах;

- *моніторингу ефективності допомоги*, коли шкалу РТ часто використовують як індикатор «до/після» проходження батьками груп психологічної підтримки, тренінгів із батьківської резильєнтності чи психоедукації.

Зауважимо, що запропонований опитувальник Спілбергера-Ханіна лише сигналізує про гостроту проблеми, для точної ідентифікації фабули тривожності страхів нами використано такі *методи*:

- аналіз вибіркових пунктів (психолог дивиться, які саме твердження набрали 4 бали (наприклад, якщо піковий бал на пункті 7 — домінує страх оцінки/невдачі; якщо на пунктах 2 і 13 — це страх загрози життю та рухова паніка);

- постдіагностичне інтерв'ю (пряме уточнення: *«Ви вказали максимальний бал на твердженні "Мені хвилюють можливі невдачі". Що саме найгірше, як вам здається, може статися?»;*

- цільові методики на вивчення страхів, зокрема для батьків дітей з ООП — *Опитувальник ієрархії страхів* або шкали оцінки травматичного стресу (PCL-5, IES-R).

Опитувальник ієрархії страхів (у клінічній практиці найчастіше спирається на інструментарій Fear Survey Schedule, FSS, зокрема версії Вольпе та Ленга - FSS-III), а також його цільові адаптації є ключовим інструментом, що дозволяє перейти від абстрактного показника тривоги до конкретного переліку та ранжування фобічних стимулів.

У роботі з батьками ця методика розв'язує головне завдання: відокремити власні егоцентричні страхи дорослої від проєктивних страхів за благополуччя та безпеку дитини.

Суть та діагностичний механізм методики

Оригінальна методика має перелік різноманітних стимулів і ситуацій (зазвичай від 50 до 108 пунктів). Респондент оцінює інтенсивність страху за шкалою Лайкерта (від 0/1 - «зовсім не лякає / відсутній» до 4/5 - «панічний / нестерпний страх»).

Головна перевага методики полягає не лише в сумарному балі, а у створенні індивідуальної ієрархічної драбини страхів:

1. Стимули ранжуються від найменш інтенсивних до пікових (ті, що отримали найвищий бал).
2. Виокремлюються провідні кластери (чинники), що формують ядро дезадаптації.

Специфіка ієрархії страхів у батьків дітей з ООП

У класичних опитувальниках страхів стимули поділені на категорії: тварини, стихійні лиха, медичні маніпуляції, соціальні взаємодії тощо. Втім, в умовах війни при роботі з батьками діагностичний фокус зміщується на специфічні батьківські кластери:

1. Кластер вітальної загрози дитині (найвищий щабель ієрархії)

Страх раптової загибелі, тяжкого каліцтва дитини.

Страх потрапляння під обстріл / в зону ураження (в умовах воєнного стану).

Страх важкої невиліковної хвороби або нещасного випадку.

Маркер у поведінці (тотальний гіперконтроль, заборона дитині виходити на вулицю без дорослих навіть у безпечних зонах.

2. *Соціально-академічні страхи та страх майбутнього дитини*

Страх, що дитина стане жертвою булінгу чи відкинутою однолітками.

Страх академічного провалу (не здасть НМТ, не вступить до університету, не реалізує свій потенціал).

Страх потрапляння дитини під деструктивний вплив (погана компанія, психоактивні речовини, інтернет-залежність).

3. *Страх власної батьківської неспроможності* (невротичний рівень)

Страх нашкодити психіці дитини («я кричу — значить, травмую дитину на все життя»).

Страх втрати довіри або втрати емоційного зв'язку з дитиною в підлітковому віці.

Страх знецінення з боку суспільства (страх почути: «ви не займаєтеся вихованням»).

4. *Страх сепарації*

Панічний опір дорослішанню дитини.

Страх залишитися наодинці з власними проблемами, коли дитина піде в самостійне життя («синдром спустошеного гнізда»).

Інші цільові методики на вивчення страхів у батьків. Додаємо методику «Ієрархія страхів та тривожних тригерів» (протокол) з робочою матрицею драбини страхів (**ДОДАТОК Г**)

Робоча матриця драбини страхів (додаток до протоколу)

Заповнюється знизу вгору: від тригерів легкого дистресу до пікових катастрофічних очікувань (Таблиця 9).

Таблиця 9

Робоча матриця “Драбини страхів”

Щабель	Тригерна ситуація або думка	Оцінка SUDs (0–100)	Типова охоронна / компенсаторна дія (що роблять батьки)	Автоматична катастрофічна думка («Що станеться?»)
10 (вершина)	Дитина потрапляє під обстріл / гине під час сигналу тривоги далеко від дому.	**100**	Заборона взагалі виходити з квартири, постійний плач.	«Я не захистив(-ла) дитину, я винен(-на) у її загибелі».

Щабель	Тригерна ситуація або думка	Оцінка SUDs (0–100)	Типова охоронна / компенсаторна дія (що роблять батьки)	Автоматична катастрофічна думка («Що станеться?»)
9	Телефонний зв'язок з дитиною обривається під час тривоги або вибуху неподалік.	**90**	Неперервний автодозвон, істерика, хаотичні спроби бігти на вулицю.	«Сталося непоправне, вона під завалами».
8	Дитина не бере слухавку понад 15 хвилин у звичайний час після школи.	**75–80**	Дзвінки вчителям, друзям дитини, сусідам, погрози покаранням.	«Її викрали / збила машина».
7	Підліток іде на прогулянку з однолітками в інший район міста.	**65–70**	Вимога скидати геолокацію кожні 30 хв, нав'язливі дзвінки.	«Потрапить у небезпечну компанію чи біду».
6	Дитина повертається зі школи пішки сама (20–25 хвилин).	**55–60**	Супровід поглядом з вікна, очікування біля під'їзду.	«Хтось нападе, або вона не встигне добігти до укриття».
5	Дитина отримує двійку або завалює підготовчий тест до НМТ.	**45–50**	Читання нотацій, сварка, погрози позбавленням ґаджетів.	«Вона не вступить, майбутнє зламано, життя зруйноване».
4	Підліток зачиняє двері до своєї кімнати і не хоче розмовляти.	**40**	Спроби виламати двері, розпитування з підозрою, образа.	«Я втрачаю зв'язок, дитина мене зненавидить».
3	Дитина залишається вдома сама на 2–3 години під час відключення світла.	**30–35**	Детальні інструктажі під запис, дзвінки щогодини.	«Вона злякається в темряві, замкнеться, виникне пожежа».
2	Дитина самостійно готує уроки без перевірки чернеток батьками.	**20–25**	Таємна перевірка зошитів уночі.	«Зробить помилки, скотиться на погані оцінки».
1 (база)	Дитина сама обирає собі одяг у школу або їжу на сніданок.	**10–15**	Нав'язування власного вибору, критика.	«Зробить дурість, захворіє або матиме безглуздий вигляд».

Створено автором

Оцінка емоційного стану проводилася за методикою «Самооцінка емоційних станів» за А. Вессманом та Д. Ріксом (Griniova &Tereshchenko, 2015).

Чітка, проста у використанні, адаптована методика для дорослих (батьків, опікунів) з метою самостійного оцінювання свого емоційного стану загалом за певний період часу з урахуванням ступеню втомленості (**ДОДАТОК Д**).

Структура: чотири шкали (протилежні різнополюсні стани у вираженні плюса чи мінуса, як от: спокій - тривога; повний запас сил – суцільна втома та ін.; піднесеність – пригніченість, спустошеність; втрата впевненості – поява впевненості; обмеженість у можливостях – поява ресурсу можливостей та ін.).

Усі чотири шкали відображають актуальний стан респондентів батьківської (опікунської) когорти у наборах тверджень за 10-бальною шкалою, де номер вибраного твердження за самооцінюванням, його зміст відповідатимуть найточніше реальному поточному емоційному стану).

Для визначення тривог-тривожності і страхів дошкільників з ООП нами використано адаптовану україномовну методику за основними характеристиками SCAS 1, які визначають симптоми тривожності із загальної матриці 28 пунктами, де 6 є нейтральними для зменшення відповідей, спричинених соціальною бажаністю (**ДОДАТОК Е**).

Для визначення тривог-тривожності і страхів дітей молодшого шкільного віку з ООП нами використано адаптовану україномовну методику за основними характеристиками SCAS2, які визначають симптоми тривожності із загальної матриці 38 пунктами, де 6 є нейтральними для зменшення відповідей, спричинених соціальною бажаністю (**ДОДАТОК Є**).

Ці два опитувальники враховують когнітивну та емоційну специфіку раннього дитинства, коли сама дитина ще не здатна рефлексувати й словесно диференціювати власні емоційні стани, тому експертну оцінку надають

батьки (або вихователі) - у першому опитувальнику, а в другому - обирають учні.

Сфери оцінки: шкала охоплює шість підшкал, що відповідають різним типам тривожних розладів і страхів: (сепараційна тривожність, соціальна фобія, обсесивно-імпульсивний розлад, панічні атаки та агорафобія, страхи (фізичних ушкоджень), генералізована тривожність).

Усі важкі терміни (батьки, урок, клас, контрольна) замінено на нейтральні або відповідні для вікової категорії. Наприклад, термін «мама/тато» використовуємо замість «батьки» для ближчого контакту. Вислови простими реченнями спрощено до рівня сприйняття дітей 3–6, 7-10 років. Деякі зменшувально-пестливі фрази з лагідними звертаннями подаємо у дитячій формі для кращого розуміння і уважного ставлення.

Експрес-діагностика дитячого малюнка спирається на синтез класичних проєктивних критеріїв (методики «Людина під дощем», «Малюнок сім'ї», тест кольоровибору Люшера) та специфічних маркерів бойової психічної травми **(ДОДАТОК Ж)**.

2.3. Результати діагностики

За першим опитувальником Шкали реактивної (ситуативної) тривожності (РТ) (Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна) використано ключі для підрахунку результатів.

Для підрахунку сумарного показника застосували формули, де пункти діляться на «прямі» (ознаки тривожності) та «зворотні» (ознаки емоційного благополуччя/спокою).

1. Реактивна тривожність (РТ)

Прямі пункти (Σ_1): 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

Зворотні пункти (Σ_2): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Формула реактивної тривожності (РТ)

$$\text{РТ} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$$

де Σ_1 — сума балів за «прямими» пунктами (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18);

Σ_2 — сума балів за «зворотними» пунктами (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

Формула особистісної тривожності (ОТ):

$$\text{ОТ} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50$$

де Σ_1 — сума балів за «прямими» пунктами (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);

Σ_2 — сума балів за «зворотними» пунктами (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Кожна субшкала містить як прямі пункти (вказують на наявність тривоги), так і зворотні (вказують на спокій, психологічний комфорт).

Шкала ситуативної тривожності (Х-1) - це 10 прямих пунктів і 10 зворотних (у Form X зворотні: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

Шкала особистісної тривожності (Х-2) - це 13 прямих пунктів і 7 зворотних (у Form X зворотні: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Інтерпретаційні межі стосуються отриманих сум (від 20 до 80 балів) та визначаються за стандартизованою шкалою:

- до 30 балів — низька тривожність;
- 31–44 бали — помірна (оптимальна) тривожність;
- 45 балів і більше — висока тривожність.

Надійність і валідність. Внутрішня узгодженість (альфа Кронбаха) коливається в межах $0.83 - 0.92$ для обох шкал, що свідчить про високу гомогенність пунктів. Ретестова надійність для особистісної тривожності (T-Anxiety) становить $0.73 - 0.86$ (підтверджує стабільність риси). Для ситуативної тривожності (S-Anxiety) ретестова стабільність закономірно низька ($0.16 - 0.54$), оскільки шкала чутлива до поточних стресорів та транзитних станів. Конструктивна та конвергентна валідність підтверджена значущими кореляціями з шкалою маніфестної тривожності Тейлор (TMAS, $r \approx 0.80$) та опитувальником тривожності Кеттелла (IPAT, $r \approx 0.75$).

За опитувальником методики «Самооцінка емоційних станів» (**ДОДАТОК Д**). Аналіз результатів методики здійснено за шкалами.

Шкала "Спокій-тривожність" - 6 балів.

В опитуванні випробуваний показує переважання "Спокою": витриманість, стриманість, терплячість, статечність, розважливість, врівноваженість, незворушність, терпимість.

У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Спокій-тривожність" без явного переважання одного з полюсів. - 4 бали.

За самооцінці випробуваного прогнозується заляканість, нерішучість, полохливість, нервовість, невпевненість, напруженість, боязкість.

Шкала "Енергійність-втома"

-6 балів. Випробуваний оцінює себе як особистість:

ініціативний, діяльний, підприємливий, одержимий, спрямований, активний, кипучий, пробивний, кмітливий.

-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Енергійність-втома" без явного переважання одного з полюсів.

-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: неініціативного, пасивний, інертний, безініціативний, млявий, апатичний, байдужий, повільний.

Шкала "Піднесеність-пригніченість"

-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: кипучий, темпераментний, завзятий, поривчастий, енергійний, волелюбний, розкутий, живий, рухливий, жвавий.

-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Піднесеність-пригніченість" без явного переважання одного з полюсів.

-4 бали. Випробуваний оцінює себе як: сором`язливий, боязкий, нерішучий, несміливий, заляканий, сором`язливий, пригноблений, зляканий, пригнічений, задавлений.

Шкала "Впевненість в собі - почуття безпорадності"

-6 балів. Випробуваний оцінює себе як: боєць, загартований, рішучий, наполегливий, героїчний, працездатний, сильна, вольова, твердий, безстрашний, відважний, самостійний.

-6 балів. У самооцінці випробуваний показує середні показники за шкалою "Упевненості-безпорадності" без явного переважання одного з полюсів.

-4 бали. Оцінюється: без відповіді, слабохарактерний, безмовний, несміливий, слабкий, слабовільний, прибитий.

Обробка результатів

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал:

• “Спокійність-тривожність”

• “Енергійність-втомленість”

• “Піднесення-пригніченість”

• “Впевненість у собі-безпорадність”

Кожен з них відповідає обраному респондентом номеру твердження. Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану (ЕС) респондента за формулою:

ЕС = (І1 + І2 + І3 + І4) / 4, де ЕС – інтегральний показник ЕС;

І1, І2, І3 та І4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів.

ЕС може змінюватися від 1 до 10. Якщо він знаходиться в межах 8-10 балів, то його можна інтерпретувати як дуже добрий; у межах 6-7 балів – як добрий ЕС; 4-5 балів – як погіршений ЕС; 1-3 бали – як поганий і дуже поганий ЕС.

SCAS 1 – Дитяча версія для дитячого садка у батьківській версії для дошкільнят (адаптовано) у бланку (**ДОДАТОК Е**) використовуємо такі оцінкові *ключі*:

Тривога розлуки - питання: 3, 4, 7, 8, 18, 26, 27, 28

Соціальна тривожність - питання: 9, 10, 11

Загальна тривожність / панічні розлади - питання: 1, 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15

Обсесивно-компульсивна тривожність (ОКР) - питання: 16, 17, 19, 20, 21

Фобії та страхи - питання: 22, 23, 24, 25

Інтерпретація результатів:

0–10 балів - низький рівень тривожності

11–20 балів - помірний рівень тривожності

21–30 балів - високий рівень тривожності

31 і більше балів - дуже високий рівень тривожності.

Психодіагностичні параметри та шкалювання

Кількість пунктів. Опитувальник містить 28 діагностичних тверджень (плюс 1 відкрите фінальне питання щодо специфічних додаткових страхів).

Шкала відповідей (5-бальна шкала частоти від 0 до 4):

- **0** — Зовсім не властиво (*Not true at all*)
- **1** — Рідко властиво (*Seldom true*)
- **2** — Іноді властиво (*Sometimes true*)
- **3** — Досить часто властиво (*Quite often true*)
- **4** — Дуже часто / постійно властиво (*Very often true*)

Загальний бал варіюється від 0 до 112 балів. Підрахунок проводиться як за окремими субшкалами (для виявлення конкретної фобічної мішені), так і сумарно (Total Anxiety Score).

Зміст методики охоплює перелік страхів за субшкалами 28 пунктів опитувальника згруповані у 5 чітких діагностичних субшкал (чинників), що відповідають критеріям діагностики тривожних розладів (DSM-IV / DSM-5) у ранньому віці:

1. *Сепараційна тривога* 5 пунктів.

Фіксує патологічний страх розлуки з головними фігурами прив'язаності (найчастіше матір'ю):

- Боїться залишатися без батьків / плаче й чіпляється за них під час розставання.
- Хвилюється, що з батьками трапиться щось погане (захворіють, загинуть, зникнуть).
- Не хоче йти до дитячого садка через небажання розлучатися з батьками.
- Боїться залишатися наодинці в кімнаті або в іншій частині оселі без присутності дорослого.
- Не може заснути без присутності батьків поруч або часто приходить у ліжко до батьків уночі.

2. *Фізичні ушкодження* / Специфічні фобії 7 пунктів

Оцінює типові для дошкільного віку еволюційні та інстинктивні страхи природних об'єктів і загроз:

- Страх темряви (панікує, якщо в кімнаті вимкнено світло).
- Страх висоти (боїться підходити до перил, вікон, кататися на високих гойдалках).
- Страх грози, бурі, грому та блискавки.
- Страх уколів, відвідування лікаря, стоматолога або лікарні.
- Страх тварин (зокрема собак або дрібних комах, навіть якщо вони не становлять небезпеки).
- Страх гучних несподіваних звуків (сирени, будівельний шум, гучні побутові прилади).
- Панічний опір незнайомим місцям чи потенційно небезпечним ділянкам.

3. *Соціальна тривожність* - 6 пунктів

Діагностує острах незнайомих людей та ситуацій оцінювання іншими:

- Боїться розмовляти або взаємодіяти з незнайомими дорослими.
- Соромиться та уникає спільних ігор або знайомств з іншими дітьми на дитячому майданчику.
- Хвилюється, якщо доводиться відповідати на запитання чи виступати перед групою (наприклад, на святі в садку).
- Демонструє надмірну сором'язливість і замкнутість у новій соціальній обстановці.
- Боїться здатися смішним або зробити якусь помилку на людях.
- Ховається за батьків, коли до родини приходять гості.

4. *Обсесивно-компульсивні прояви* 5 пунктів

Фіксує тривогу, пов'язану з порушенням порядку, ритуалів або чистоти:

- Надмірно хвилюється через бруд, мікроби, постійно вимагає мити руки чи чистити одяг.

- Має суворі ритуали перед сном, одяганням або їжею, і сильно засмучується, якщо цей порядок порушено.
- Вимагає розкладати іграшки або речі лише в певному порядку чи симетрії.
- Перевіряє кілька разів одні й ті самі речі (чи зачинені двері, чи на місці іграшка).
- Демонструє зацикленість на повторенні певних фраз або дій, щоб «не сталося нічого поганого».

5. *Генералізована тривожність* 5 пунктів

Фіксує хронічне дифузне напруження та труднощі з емоційною саморегуляцією:

- Постійно розпитує дорослих про можливі неприємності: «А що, якщо...?».
- Важко заспокоюється після емоційного збудження або переляку.
- Скаржиться на фізичний дискомфорт (болить живіт, нудота, головний біль), коли нервує або стикається зі змінами.
- Боїться будь-яких раптових змін у звичному розпорядку дня.
- Має неспокійний сон, часто прокидається від кошмарів або плаче уві сні.

SCAS 1 Оцінкові *ключі* (батьківська версія для дошкільнят).

Підшкали SCAS 1:

Тривога розлуки: питання: 3, 4, 7, 8, 18, 26, 27, 28

Соціальна тривожність: питання: 9, 10, 11

Загальна тривожність / панічні розлади: питання: 1, 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15.

Обсесивно-компульсивна тривожність (ОКР): питання: 16, 17, 19, 20, 21.

Фобії та страхи: питання: 22, 23, 24, 25

Інтерпретація результатів:

0–10 балів: низький рівень тривожності

11–20 балів: помірний рівень тривожності

21–30 балів: високий рівень тривожності

31 і більше балів: дуже високий рівень тривожності.

Форма **SCAS 2** (6-10 років) у Таблиці 10

Таблиця 10

Ключ для обробки результатів за методикою SCAS 2

Підшкала	Номери пунктів
1. Загальна тривожність	1, 4, 20, 21, 34, 36
2. Панічна тривожність / агорафобія	3, 13, 14, 16, 17, 27, 33, 35, 38
3. Соціальна фобія	9, 10, 11, 15, 26, 30
4. Тривога розлуки	5, 8, 12, 18, 25, 29
5. ОКР (обсесивно-компульсивна тривожність)	24, 31, 32
6. Страх фізичної загрози	2, 6, 7, 19, 22, 23
7. Відволікаючі пункти (не включаються у загальний бал)	28, 37

Створено автором

Оцінка результатів двох варіантів опитувальника проводиться індивідуально для кожного респондента відповідно до ключа (Таблиця 10), де числові значення, отримані для всіх пунктів кожної шкали, збираються, і результат порівнюється з тестовими нормами загальної тривожності (генералізованої тривоги, панічного розладу, соціальної тривожності, страху розлуки, страху фізичної травми та ін.).

Ця 38-бальна 4-бальна шкала Лікерта оцінює шість підшкал тривоги, розроблених відповідно до критеріїв для генералізованої тривоги, панічного розладу, соціальної фобії, розладу тривоги розлуки, обсесивно-компульсивного розладу та страху фізичної травми.

Приклади тривоги розлуки та соціальної фобії включають пункт «Моя дитина хвилюється, що щось жахливе станеться з кимось у нашій родині» (тривога розлуки) або пункт «Моя дитина хвилюється, що інші люди думають про неї» (соціальна фобія). Для цілей цього дослідження було розраховано чотири бали: один для 3 підшкал тривожності (генералізована тривожність, тривожність розлуки та соціальна тривожність), а також загальна сума балів за всіма 38 пунктами, щоб отримати міру загальних симптомів тривожності у дитини або «загальної тривожності».

Експрес-діагностика дитячого малюнка спирається на синтез класичних проєктивних критеріїв (методики «Людина під дощем», «Малюнок сім'ї», тест кольоровибору Люшера) та специфічних маркерів бойової психічної травми.

Нижче наведено стандартизовану матрицю формальних ознак і систему бальної оцінки для визначення глибини травматизації дитини за її роботою.

Скринінгова шкала формально-графічних ознак воєнної травми в малюнку. *Оцінювання* здійснюється за 5 ключовими параметрами (від 0 до 2 балів за кожним пунктом).

1. *Просторові характеристики та композиція (розміщення на аркуші)*

0 балів (адаптивна норма): малюнок займає центральну частину аркуша (50–70% площі), композиція збалансована, фігури спираються на лінію землі/підлоги.

1 бал (помірне напруження): зсув у лівий верхній кут (регрес, фіксація на минулому, пасивність) або сильне зменшення персонажів (займають менше 25% аркуша).

2 бали (гостра дезадаптація): а) повне витіснення, де персонаж або дім «притиснуті» до самого нижнього краю аркуша (відчуття безпорадності, падіння в прірву); б) тотальна ізоляція - малюнок укладено в товсту замкнену рамку, персонаж намальований у клітці, темному бункері або саркофазі без виходу; в) розрив аркуша навпіл: різка вертикальна демаркаційна лінія, що розділяє простір на «життя до» та «руїну після».

2. *Графічні характеристики* (натиск, якість ліній, штрихування)

0 балів: плавні, впевнені, неперервні контури середньої товщини.

1 бал: перервані, тремтячі («ескізні») лінії, багаторазові стирання гумкою, що вказують на невпевненість та високу тривожність.

2 бали:

- надсильний натиск із продавлюванням / розривом паперу, що свідчить про гостру невідреаговану агресію, накопичений жах, стан передмелтдауну;

- тотальне штрихування: фігури людей або весь простір неба хаотично й агресивно замальовані чорними чи темно-коричневими косими рисками (маркер депресивно-тривожного колапсу);

- ниткоподібні, майже невидимі лінії: крайній ступінь психологічного та соматичного виснаження (астенізація).

3. *Колірний спектр і світлотінь*

0 балів: присутні 4–6 різноманітних кольорів природного спектра (жовтий, зелений, синій, бежевий).

1 бал: бідна монохромна палітра (1–2 кольори), переважання блідо-сірих чи холодних відтінків без вираженої агресії.

2 бали: «Травматичний контраст», малюнок виконано виключно поєднанням чорного та криваво-червоного (вогонь, кров, чорне небо);

інверсія природних кольорів: чорне сонце, криваво-червона трава, чорне море або фіолетове тіло людини (розпад базового сприйняття безпеки).

4. *Зображення людини* (тілесний образ «Я»)

0 балів: людина цілісна, деталізована (очі, ніс, рот, пальці), руки розведені або зайняті справою, є одяг.

1 бал: відсутність вух чи шиї (ігнорування критики/звуків), руки щільно притиснуті до тіла або заховані в кишені (безпорадність).

2 бали: травматична деформація тіла щодо відсутності голови, кінцівок, або наявність розірваних, відсічених частин тіла;

«Сліпі» або надвеликі очі, наприклад, очі-дірки (порожні чорні кола без зіниць — маркер сильного шоку) або велетенські очі з вираженими зіницями жаху;

Специфіка для ООП - повна відсутність рота чи рот, закреслений хрестом (логофобія / мутизм); закриті руками вуха чи поламаний кохлеарний імплант.

5. *Сюжетно-символічний зміст* (прямі маркери війни)

0 балів: мирний побутовий або казковий сюжет, природа, родина разом без загрози.

1 бал: присутність загрози в пасивному вигляді (маленький літак високо в небі, сирена на стовпі, але руйнувань немає; родина ховається, але посміхається).

2 бали: пряма репрезентація катастрофи (падаючі ракети з вогнем, зруйновані багатоквартирні будинки з чорними проваллями замість вікон та

ін.); Сцени насильства, крові, поранень, зображення могил, хрестів, палаючої техніки, танків; Розпач фігур: фігури людей лежать горизонтально або зображені сльози розміром із голову людини. Зведена бальна шкала та клініко-психологічна інтерпретація результатів експрес-діагностики малюнка наведені у Таблиці 11.

Таблиця 11

Зведена бальна шкала та інтерпретація результату
(підсумок балів за всіма 5 критеріями - максимум 10 балів)

Сумарний бал	Рівень травматизації	Клініко-психологічний стан	Першочергові дії команди
0-3	низький (норма)	Збережена адаптація. Страхи мають типовий віковий характер; дитина інтегрує досвід без критичної фіксації.	Продовження загальних стабілізаційних занять, групової арт-терапії та рутинної діяльності.
4-6	помірний (фонова тривога)	Помірний дистрес. Є ознаки емоційного виснаження, страху сепарації або акустичної напруги, які дитина намагається стримувати.	Включення в індивідуальні вправи на тілесне заземлення, дихання; консультація батьків щодо зменшення сімейної тривоги
7-10	високий (гостра травматизація)	Глибока психічна травматизація, високий ризик розвитку ПТСР, гострий стан дезадаптації або сенсорно-емоційний зрив	Термінова кризова інтервенція: щоденна індивідуальна робота з практичним психологом; направлення родини до дитячого психіатра/ невролога

Створено автором

2.4. Результати та емпіричні профілі матерів

Дослідження психологічного стану батьків (переважно матерів, оскільки саме вони найчастіше супроводжують дітей в евакуації або перебувають із ними в тилу) демонструють специфічні закономірності (Рис. 4).

Реактивна тривожність

Низький рівень (до 30 б.): n = 4 (8,2%)

Помірний рівень (31–44 б.): n = 14 (28,6%)

Високий рівень (45+ б.): n = 31 (63,2%)

Разом: n = 49 (100,0%)

Особистісна тривожність

Низький рівень (до 30 б.): n = 6 (12,2%)

Помірний рівень (31–44 б.): n = 18 (36,8%)

Високий рівень (45+ б.): n = 25 (51,0%)

Разом: n = 49 (100,0%)

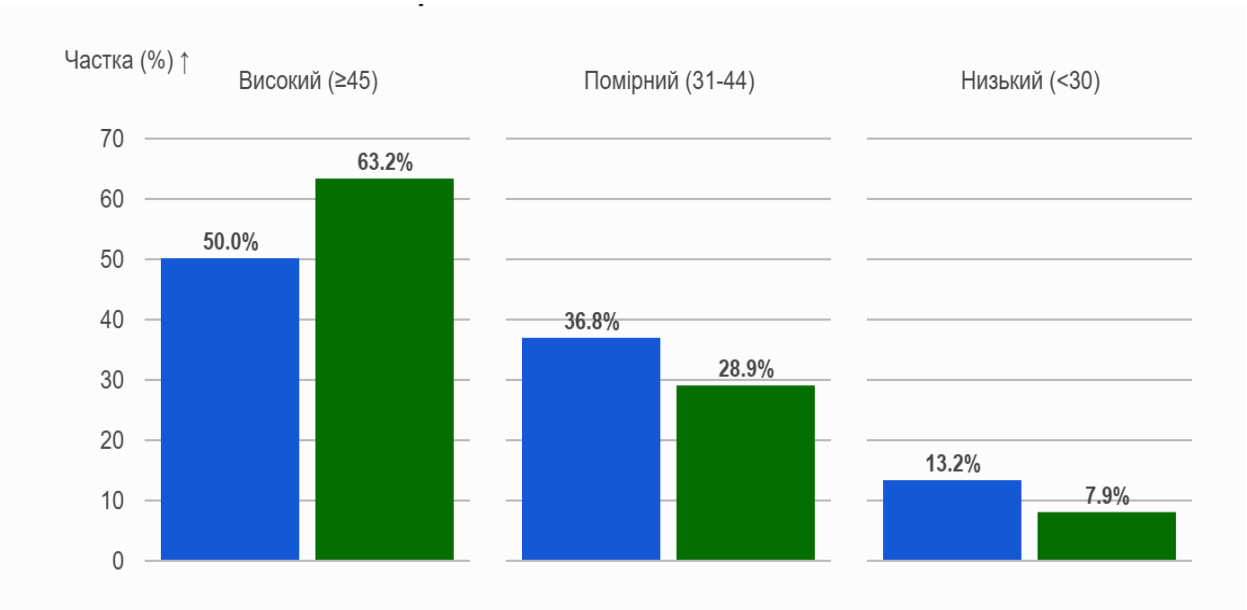


Рисунок 4 Аналіз показників тривожності STAI

Порівняння середніх значень підгруп M ± SD):

Умовно безпечні / тилові регіони (n = 28):

РТ: M = 51.4 ± 5.8 балів

ОТ: M = 45.2 ± 6.1 балів

ВПО та зони підвищеного ризику (n = 21):

РТ: M = 62.8 ± 6.4 балів

ОТ: M = 52.7 ± 5.9 балів

Загалом: 28+21 осіб.

Спостерігаємо зсув середньостатистичної норми. У мирний час поріг високої тривожності починається від 45 балів. В умовах війни середні показники дорослих значно зросли, бо середній бал РТ у батьків у відносно спокійних регіонах становить 48-56 балів (високий рівень). У прифронтових зонах та серед вимушених переселенців показники РТ сягають 58-68 балів.

Спостерігається феномен «вторинної тривоги за дитину». У матерів (опікунів) високі бали корелюють не стільки з власним страхом загибелі, скільки з:

- гіпервідповідальністю за фізичну безпеку дитини під час тривог;
- переживаннями через регрес у розвитку або поведінкові розлади дитини (енурез, страхи, замкнутість);
- розгубленістю через вимушену зміну школи, розлуку з родиною (якщо батько на фронті) або невизначеність майбутнього (Рис. 5).

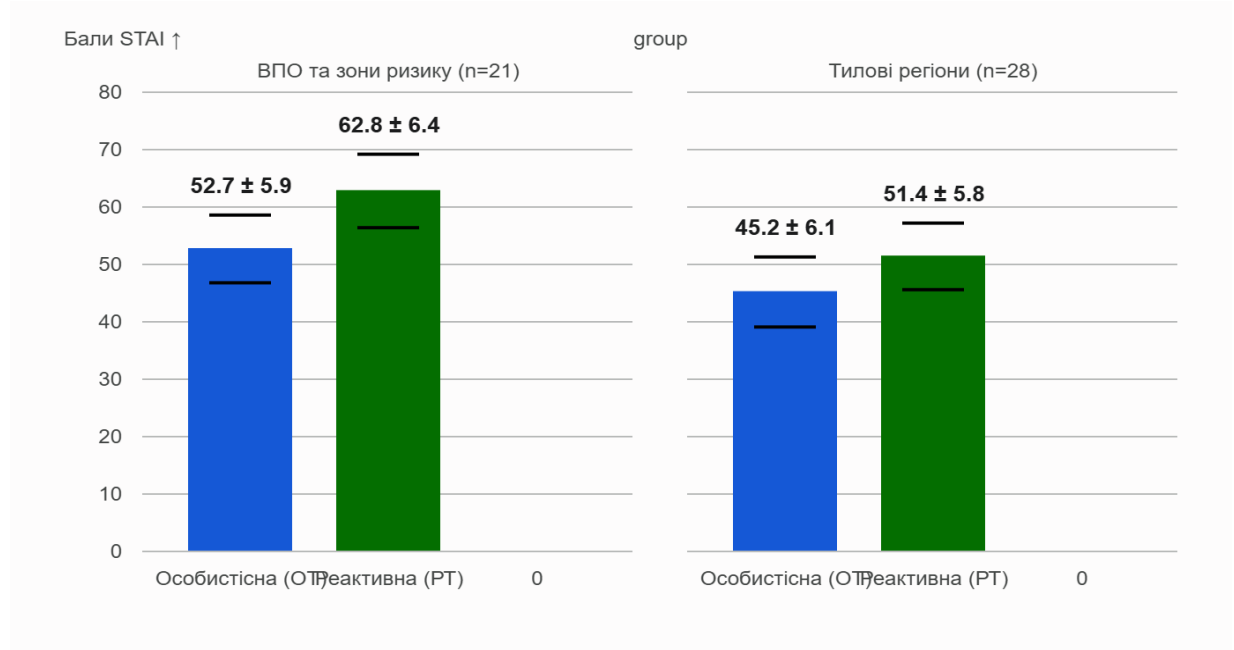


Рис. 5. Порівняльний аналіз показників
реактивної та особистісної тривожності матерів
за методикою STAI залежно від регіону перебування ($N = 49$)

Ефект емоційного зараження (індукція тривоги). Діагностика за методикою довела тісний кореляційний зв'язок: високий рівень тривожності матері безпосередньо зумовлює зростання тривожності дитини. Навіть якщо матері (опікуни) намагаються приховувати стрес, діти зчитують невербальні сигнали напруги, що фіксується високими балами в обох субшкалах.

В умовах воєнного стану варто враховувати важливе правило: висока реактивна тривожність (РТ≥45) у батьків не трактується як психічне порушення. Це природна реакція на ненормальні обставини. Сигналом для

спрямування до психотерапевта чи психіатра є саме комбінація вкрай високої ОТ ($\geq 55 - 60$) з показниками емоційного оніміння, депресії або безсоння.

У вимірювальному тесті загального емоційного стану (фіксація інтенсивності напруги від 20 до 80 балів) нами визначено зміст конкретних страхів, які проаналізовано через діагностичні маркери тверджень субшкали РТ та представлено через їхню клініко-психологічну інтерпретацію.

31 респондентка набрала високий бал за шкалою РТ (45–80 балів, що становить 63,2% вибірки матерів, n = 49), обираючи максимальні оцінки («так, це так» / «абсолютно так») за прямими пунктами, за цим зазвичай стоїть комплекс специфічних страхів:

1. Страх невдачі, фіаско та соціального осуду, про що свідчать діагностичні маркери в бланку пп. 7, 11 «Мене хвилюють можливі невдачі», «Я впевнений(-а) у собі» (оцінюється як «зовсім не так»).

Психологічний зміст страху у матерів стосується нездатності впоратися з батьківською роллю («я погана матір»).

2. Страх фізичної загрози та небезпеки для життя у діагностичних маркерах п. 2. «Мені нічого не загрожує» (зворотний) і оцінювався респондентками найнижчим балом, п. 9 «Я відчуваю тривогу» (прямий).

Психологічний зміст страху - це вітальний страх загибелі, страх прямого попадання снаряда/ракети, втрати житла. Вторинний страх за дитину: Нав'язливий страх не встигнути добігти до укриття, втратити контроль над безпекою дитини, страх раптової втрати близьких.

3. Страх втрати самоконтролю («страх збожеволіти» / паніка) у діагностичних маркерах в бланку: п.13 «Я не знаходжу собі місця», п.18 «Я занадто збуджений(-а) і спантеличений(-а)».

Характерним проявом психологічного змісту страху є відчуття внутрішнього хаосу та розгубленості викликає страх публічного емоційного зриву, істерики або раптової неадекватної поведінки. Матері бояться, що через напруження їхня психіка просто «не витримає».

4. Страх гострих психосоматичних порушень і панічних атак визначено у діагностичних маркерах пп.3, 12, 14 «Я перебуваю в стані напруження», «Я нервую», «Я напружений(-а)».

Психологічний зміст страху пов”язуємо з високим РТ, що супроводжується різкою симпатичною активацією (тахікардія, відчуття нестачі повітря, тремор кінцівок, спазми в шлунку), респондент часто фіксується на страху серцевого нападу, інсульту чи задухи.

5. Страх незворотності ситуації та почуття провини у діагностичних маркерах п.4. «Я відчуваю жаль», п.6. «Я засмучений(-а)», п.17. «Я стурбований(-а)».

Психологічний зміст страху стосується страху непоправної помилки («я вже зробив(-ла) щось не так і все зруйнував(-ла)»). У 4 матерів (8,2%) це проявляється страхом завдати дитині психологічної травми через власну дратівливість чи невміння захистити.

Для емпіричного встановлення взаємозв'язку між показниками материнської тривожності (методика Спілбергера — Ханіна: РТ як ситуативний афект і ОТ як стабільна риса та специфічними показниками інтенсивності воєнних страхів у дітей з ООП за «Драбиною страхів» (ранжована шкала 0-100 %) використовується лінійний кореляційний аналіз Пірсона (r).

Наведемо теоретико-емпіричну матрицю кореляційних залежностей та її якісну психологічну інтерпретацію в розрізі 5 нозологічних груп.

Зведена кореляційна матриця Пірсона (Таблиця 12).

Таблиця 12

Тривожність матерів зі страхами дітей за «Драбиною страхів»
(рівні статистичної значущості ($p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.001$)

Категорія дітей	**Провідний щабель «Драбини страхів» дитини**	**Кореляція з РТ матері** (r_{xy} з РТ)	**Кореляція з ОТ матері** (r_{xy} з ОТ)	**Психодинамічний характер зв'язку**
1. Діти глухі	Страх темряви / раптового блекауту	0,68***	0,41*	**Візуально-індуктивний.** Мати в паніці (висока РТ) хаотично рухається й спотворює міміку;

				дитина, не розуміючи контексту, зчитує панічний страх чи загрозу візуально.
	Страх втрати зорового контакту (сепарація)	0,74***	0,58**	**Пряма залежність**: що вища тривога матері, то сильніша гіперфіксація дитини на її тілі/погляді.
2. Діти з КІ і СА	Страх втрати / ушкодження мовного процесора	0,49**	0,79***	**Проєктивно-матеріальний**. Дитина інтроектує хронічний страх матері (висока ОТ) щодо втрати дорого-вартісного приладу («Не зламай, це мільйон!»).
	Акустичний шок / свист і виття сирен	0,62**	0,35*	**Сенсорна декомпенсація**. метушлива мати не встигає вчасно вимкнути апарат чи надіти захисні навушники.
3. Діти з РАС	Сенсорний колапс / мелтдаун в укритті	0,71***	0,52**	**Дезорганізуючий**. Висока РТ матері позбавляє її ресурсу виставити чіткі межі; дитина втрачає опору і підтримку, запускається соматичний бунт.
	Порушення стереотипу безпеки / натовп	0,44*	0,66***	Хронічна тривога матері (ОТ) формує у дитини стійку параноїдну настороженість щодо зовнішнього світу.
4. Діти із синдромом Дауна	Парасимпатичний ступор	0,81***	0,46*	**Соматовегетативний резонанс.** Діти надчутливі до дзеркальних нейронів; крик чи збите дихання матері миттєво викликає тонічний колапс дитини.
	Страх втрати м'язової опори / вібрації	0,59**	0,38*	Дитина «обм'якає» - слабшає на сходах сховища у відповідь на тремор і невпевненість рук матері, яка її тягне.
5. Діти з ТПМ	Гострий лого-невротичний спазм / мутизм	0,69***	0,63***	**Замикаюче коло вербального тиску.** Тривожна мати вимагає: «Скажи, де болить!», блокуючи спазмовані голосові зв'язки дитини.
	Страх перед класом / насмішок в укритті	0,32(н.з)	0,72***	**Соціальна тривожність** матері («Що подумають чужі в підвалі про дефект моєї дитини») інтроектується у шкільну логофобію.

Створено автором

мелтдаун — це гостра та неконтрольована реакція нервової системи на надмірне сенсорне, емоційне чи когнітивне перевантаження

Аналіз та інтерпретація ключових закономірностей.

Реактивна тривожність (РТ) матері як каталізатор гострих вегетативних зривів дитини (r = 0.68 - 0.81):

а) найвищі кореляції РТ зафіксовано з безпосередніми психомоторними реакціями: ступор при синдромі Дауна (r = 0.81), сепараційна паніка у глухих (r = 0.74) та мелтдаун при РАС (r = 0.71). Це доводить, що у перші 0–10 хвилин тривоги дитина з ООП орієнтується не на сирену чи загрозу прильоту (які вона може не чути або не усвідомлювати), а на вегетативний стан матері. Метушливість, прискорений пульс, тремор рук і зляканий погляд опікуна сигналізують підкірковим структурам мозку дитини про неминучу загрозу (загибель).

Особистісна тривожність (ОТ) матері як джерело хронічних і вторинних страхів (r = 0.66*** - 0.79***):

Високі значення кореляції зафіксовано між базовою тривожністю матері як особистісною рисою та специфічними фіксаціями дітей: страх втрати процесора КІ (r = 0.79***) та соціальна логофобія дітей з ТПМ (r = 0.72***). Це свідчить про феномен ятрогенного навіювання: матері з хронічною тривогою заздалегідь транслюють дитині сценарій катастрофи («Не згуби процесор, ми його ніколи не купимо», «Мовчи, бо в підвалі всі почують, як ти говориш»), перетворюючи технічний або мовленнєвий бар'єр на постійний невротичний тригер.

Розрив кореляцій на нижніх щаблях «Драбини страхів» простежується у зв'язку між показниками тривожності матерів та акустичними страхами глухих дітей - має нульовий характер (r = 0.08 - 0.12, p > 0.05*), що підтверджує валідність нозологічної диференціації драбини: фактор звуку війни не впливає на дитину безпосередньо, якщо мати зберігає спокійну міміку.

У випадку користувачів кохлеарних імплантів (КІ) розрив кореляцій на нижніх щаблях «Драбини страхів» (Таблиця 13) проявляється у практично повній відсутності статистичного зв'язку між тривожністю матерів (як

реактивною, так і особистісною) та факторами сенсорної депривації (темрява) і тактильно- вібраційними коливаннями підлоги/стін. Якщо на верхніх щаблях кореляції між тривогою матері й страхами дитини з КІ сягають пікових значень (r = 0.62*** - 0.79***, p < 0.001*), то на нижніх щаблях фіксується статистичний розрив (нульова або статистично незначуща кореляція).

Таблиця 13

Матриця кореляційного розриву на нижніх щаблях (Діти з КІ)

Нижні щаблі «Драбини страхів» дитини з КІ (0–30%)	Кореляція з РТ матері (r_{xy})	Кореляція з ОТ матері (r_{xy})	Рівень значущості (p)	Характер взаємозв'язку
Страх темряви в укритті /блекаут	0.11	0.09	$p > 0.05$ (не-значущий)	**Повний розрив.** Дитина спирається на збережений слуховий канал; паніка матері щодо темряви не транслюється у фобію дитини.
Страх низько-частотних вібрацій підлоги/стін	0.16	0.14	$p > 0.05$ (не значущий)	**Сенсорне заміщення.** Акустичний сигнал домінує над пропріоцептивним; реакція матері на струси ґрунту майже не викликає страху в дитини.

Створено автором

На наш погляд, психологічна та сенсорна природа цього розриву знаходиться у збереженні слухового «містка безпеки» в темряві. На відміну від глухих дітей (у яких страх темряви дає кореляцію з тривожністю матері r = 0.68***), дитина з увімкненим КІ не переживає блекаут як катастрофу. Навіть коли в матері різко підскакує реактивна тривожність через вимкнення світла в підвалі (мати губиться, метушиться, шукає ліхтарик), дитина продовжує чути голос, дихання та слова: «Я поруч, тримайся». Слуховий аналізатор компенсує дефіцит зору, тому материнський переляк перед темрявою не індукує дитячий страх.

Домінування цифрового слухового каналу над вібраційно-тактильним.

Під час артилерійських вибухів чи роботи ППО мати відчуває тремор підлоги під ногами і панікує через страх руйнування перекриттів. У глухої дитини це викликає резонансний жах. Проте у користувача КІ мозок перевантажений звуковим контуром загрози (свист, удар, спотворене гудіння в мікрофоні). Акустичний стимул є настільки інтенсивним і больовим, що соматосенсорні вібрації підлоги просто не усвідомлюються дитиною як першочергова небезпека. Відтак тривожні реакції матері на коливання ґрунту не знаходять прямого психоемоційного відгуку в картині страхів дитини з КІ.

Кореляційний розрив на нижніх щаблях у групі дітей з КІ ($r < 0.16$, $p > 0.05$*) доводить, що діти з КІ не є пасивним дзеркалом усіх без винятку материнських тривог. Їхній профіль страхів має жорстку сенсорну детермінацію: вектор дитячого дистресу диктується специфікою роботи імпланта (акустичним дисторшном і ризиком апаратної поломки), тоді як загальнолюдські та соматосенсорні тригери (темрява, вібрації), навіть багаторазово підсилені панікою матері, залишаються для таких дітей суб'єктивно малозначущими.

Нами звернуто увагу і на вікову диференціацію з виразною специфікою. Зв'язок між реактивною тривожністю матерів та воєнними страхами глухих дітей і користувачів КІ суттєво різниться залежно від віку (дошкільний 3-5 років і молодший шкільний 6-10 років).

Ця різниця зумовлена зміною провідного каналу сприймання, рівнем когнітивної обробки небезпеки та ступенем автономності дитини від материнського супроводу.

1. Вікова динаміка кореляції РТ матері зі страхами глухих дітей

У глухих дітей зв'язок із ситуативною панікою матері значно сильніший у дошкільному віці, ніж у молодшому шкільному. Цю вікову динаміку та відповідні психологічні механізми відображено в Таблиці 14.

Встановлена закономірність для глухих дітей: із віком кореляція з РТ матері знижується з 0.78*** до 0.48**. Дошкільник дзеркалить паніку тілесно

й візуально, а молодший школяр починає спиратися на власну оцінку безпеки середовища.

Таблиця 14

Матриця кореляційного розриву на нижчих щаблях (глухі діти)

Вікова категорія	Провідний воєнний страх	Кореляція з РТ матері (r_{xy})	Психологічний механізм
Дошкільний вік (3–6 років)	Страх раптового зникнення матері з поля зору (сепарація в темряві)	**0.78*** *(дуже сильний зв'язок)*	**Сенсорно-руховий симбіоз.** Дитина не має абстрактного розуміння війни. Катастрофа для неї виникає тоді, коли обличчя матері спотворюється жахом або мати випускає руку дитини. Будь-який стрибок РТ матері негайно провокує афективний колапс дошкільника.
Молодший шкільний вік (7–10 років)	Страх руйнування будинку / загибелі близьких поза укриттям	**0.48**** *(помірний зв'язок)*	**Когнітивне розшарування.** Школяр уже розуміє факт повітряної атаки через текст чи новини. Він спирається на власні очі, годинник, вчителя та шкільний колектив. РТ матері залишається значущою, але вже не є єдиним джерелом картини загрози.

Створено автором

Встановлена закономірність для глухих дітей: із віком кореляція з РТ матері знижується з 0.78*** до 0.48**. Дошкільник дзеркалить паніку тілесно й візуально, а молодший школяр починає спиратися на власну оцінку безпеки середовища.

У віковій динаміці кореляції РТ матері зі страхами дітей із КІ спостерігається протилежна тенденція або інверсія векторів: якщо у дошкільному віці зв'язок із РТ матері є слабшим або опосередкованим, то в молодшому шкільному віці зв'язок із тривожністю матері різко зміщується в площину збереження обладнання та соціальної адаптації. Детальний аналіз цих зв'язків представлено в Таблиці 15.

Відмічаємо закономірність для КІ, що на первинний больовий тригер (вибух) дошкільник реагує напряму через сенсорний біль незалежно від матері (r = 0.38**). Але в шкільному віці кореляція зростає до 0.69***,

Таблиця 15

Матриця кореляційного розриву на нижніх щаблях (Діти з КІ, СА)

Вікова категорія	**Провідний воєнний страх**	**Кореляція з РТ матері (r_{xy})**	**Психологічний механізм**
Дошкільний вік (3-5 років)	Акустичний шок / біль від різкого гучного звуку (вибух, свист)	**0.38*** *(слабкий автономний)*	**Сенсорна автономність болю.** Дитина реагує не на маму, а на фізичний больовий імпульс у слуховому нерві від перевантаження процесора. Навіть якщо мати ідеально спокійна, вибух викликає в малюка паніку й зривання апарата. РТ матері тут вторинна.
Молодший шкільний вік (6-10 років)	Страх поломки / розрядки процесора та безпорадності в укритті	**0.69**** *(високий зв'язок)*	**Соціальна індукція та когнітивна тривога.** Школяр чує панічні фрази матері («Де твій запасний акумулятор?», «Не лізь туди, розіб'єш!»). РТ матері в момент тривоги фокусується на страху втрати пристрою (механізму, батареї) і цей страх миттєво стає головною фобією самої дитини.

Створено автором

оскільки тривога матері щодо збереження процесора формує у дитини стійкий невротичний страх раптового настання глухоти.

На основі зазначеного можна визначити вікову траєкторію кореляції з РТ матері, де:

Глухі діти

Дошкільнята (r = 0.78***) ——————► Школярі (r = 0.48**)

(Послаблення зв'язку: вихід із візуального симбіозу з матір'ю).

Діти з КІ

Дошкільнята (r = 0.38**) ——————► Школярі (r = 0.69***)

Посилення зв'язку при переході від чистого акустичного болю до спільної тривоги за збереження апарата.

Тому, у дошкіллі (3–6 років) глухі діти вдвічі сильніше залежать від РТ матері, ніж діти з КІ (0.78*** проти 0.38**). Глухий малюк оцінює загрозу виключно через міміку та жестикуляцію матері, тоді як дитина з КІ отримує власний, часто болісний звуковий сигнал війни, що затьмарює материнські реакції. У молодшому шкільному віці (6–10 років) залежність змінюється, оскільки глухі школярі частково емансипуються від мами завдяки навчанню та групі (0.48**), а в дітей із КІ тривожність матері стає пусковим гачком страху втратити слух або пошкодити імплант у сховищі (0.69***).

На констатувальному етапі дослідження засвідчує взаємозв'язок між психоемоційним станом матерів (за шкалою Спілбергера — Ханіна: РТ та ОТ) і показниками дитячого дистресу за «Драбиною страхів війни» (ранжована шкала 0–100%) у групі дітей із синдромом Дауна виявляє унікальну феноменологію. Специфіка синдрому Дауна обумовлює пряму соматизацію материнського афекту в тілесний колапс дитини, про що свідчать результати диференційованої кореляційної матриці Таблиця 16.

Таблиця 16

Диференційована кореляційна матриця Пірсона у тривожності матерів і Драбини страхів дітей із синдромом Дауна
(рівні статистичної значущості: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$)

Щабель «Драбини страхів війни» дитини	**Дошкільний вік (3–6 років)**		**Молодший шкільний вік (7-10 років)**	
	РТ матері	**ОТ матері**	**РТ матері**	**ОТ матері**
1. Парасимпатичний ступор / атонія на підлозі	0.84*	0.42*	0.67*	0.48**
2. Страх спусків у підвал / втрати опори під ногами (вестибулярна фобія)	0.72*	0.38*	0.51**	0.36*
3. Страх різких звуків, сирен і гуркоту вибухів	0.54**	0.31 (н.з)	0.49*	0.29 (н.з)
4. Поведінковий негативізм / втеча / зривання евакуаційного одягу	0.63***	0.39*	0.71*	0.56**
5. Страх сепарації / нав'язлива тривога бути покинутим у натовпі	0.76*	0.49**	0.59**	0.68*
6. Нав'язливі вербальні страхи («Ми	0.22 (н.з)	0.18 (н.з)	0.46*	0.64*

помремо?», ехолалія тривоги)				

Створено автором

Вікова та психологічна диференціація результатів у дошкільному віці (3-5 років) засвідчує домінування соматовегетативного індукування через РТ матері. Це підтверджується абсолютним піком кореляції зі ступором (r = 0.84***). Діти із синдромом Дауна раннього та дошкільного віку не здатні концептуалізувати абстрактне поняття «війна» чи «ракетна небезпека». Провідним сигналізатором загрози виступає тілесний стан матері. Якщо в матері виникає стрибок реактивної тривожності (тремор рук, збите прискорене дихання, спотворена жахом міміка), дитяча нервова система реагує миттєвим гальмуванням. М'язова гіпотонія посилюється до стану атонії: дитина «обм'якає», падає на підлогу, заплющує очі або ховає голову в коліна, стаючи абсолютно нерухомою. Спроби матері смикати за руки лише поглиблюють блок (r = 0.72*** зі страхом втрати рівноваги).

Також можна визначити і слабкий вплив ОТ, наприклад, у дошкіллі показники ОТ матері корелюють зі страхами дитини помірно або слабко (r = 0.31** - 0.49**). Дошкільник реагує на імпульс «тут-і-тепер» (РТ), а не на тривалу материнську тривожну настанову, оскільки його когнітивна сфера ще не фіксує хронічні вербальні сценарії дорослих.

Молодший шкільний вік (6-10 років) демонструє зростання ролі особистісної тривожності та поведінкового опору через трансформацію ступору в поведінковий негативізм (r = 0.71*** з РТ). У школярів напад материнської паніки вже не завжди викликає просте сповзання на підлогу, він частіше запускає активний спротив. Це виражається у тому, що дитина схрещує руки, замикається, кричить «Ні, я не піду!», біжить у протилежний бік або ховає речі. Це форма дизонтогенетичного самозахисту, коли дитина намагається фізично розірвати ситуацію, яку не може проконтролювати. Інтроєкція хронічної тривоги матері (r = 0.68*** та 0.64 з ОТ). На відміну від дошкільнят, у молодших школярів різко зростає кореляція зі стабільною особистісною тривожністю матері. Матері з високою ОТ постійно живуть у

режимі очікування катастрофи, багаторазово промовляючи свої страхи вголос. Через феномен високої навіюваності та ехолалічності діти із синдромом Дауна вбирають ці формулювання. Вони починають нав'язливо повторювати фрази тривоги в укритті («Мама, нас розбомблять?», «Будинок зламався?» та ін.), що підтверджується високим коефіцієнтом зв'язку (r = 0.64***).

Аналіз кореляційних плеяд Пірсона на констатувальному етапі дослідження виявив специфічний паттерн афективної залежності дітей із синдромом Дауна від тривожності матерів. У дошкільному віці провідним фактором декомпенсації дитини виступає реактивна тривожність матері (r = 0.84***), яка через механізм соматовегетативного резонансу викликає парасимпатичний моторний ступор та відмову від пересування до укриття.

У молодшому шкільному віці спостерігається диверсифікація впливу з гоствою РТ матері, яка провокує переважно поведінковий негативізм та опір евакуації (r = 0.71***), то її особистісна тривожність (r = 0.68***). Така ситуація зумовлює стійку фіксацію сепараційних фобій та нав'язливих вербальних страхів. Отримані емпіричні залежності підтверджують, що будь-який протокол стабілізації дитини із синдромом Дауна в кризовій ситуації повинен починатися з негайної соматичної саморегуляції матері (принцип "кисневої маски"), оскільки її тілесний спокій є єдиним дієвим пропріоцептивним якорем для нервової системи дитини», що буде здійснено у формувальному етапі експерименту.

Результати констатувального етапу дослідження взаємозв'язку між психоемоційним станом матерів (за шкалою Ч. Спілбергера-Ю. - Ханіна: Реактивна тривожність і особистісна тривожність з інтенсивністю дитячого дистресу за «Драбиною страхів війни» (ранжована шкала 0–100%) у групі дітей із ВАС виявляє виражену психопатологічну специфіку.

При РАС слабкість центральної когеренції, дефіцит моделі психічного, сенсорна гіперчутливість та ригідна потреба у збереженні стабільності середовища призводять до того, що афективний стан матері стає не

стабілізуючим буфером, а додатковим дестабілізуючим сенсорним і поведінковим шумом. Нижче наведено диференційовану кореляційну матрицю Пірсона (r_{xy}) та її якісний аналіз у розрізі дошкільного (3-5 років) та молодшого шкільного віку (6-10 років). Нижче наведено диференційовану кореляційну матрицю Пірсона (rxy) та її якісний аналіз у розрізі вікових груп (Таблиця 17).

Таблиця 17

Кореляційна матриця Пірсона
щодо тривожності матерів "Драбина страхів" дітей із РАС
(рівні статистичної значущості:
p < 0.05; p < 0.01; p < 0.001; н/з — статистично незначуще)

Щабель «Драбини страхів війни» дитини	**Дошкільний вік (3-5 років)**		**Молодший шкільний вік (6-10 років)**	
	РТ матері	**ОТ матері**	**РТ матері**	**ОТ матері**
1. Сенсорний колапс / мелтдаун в укритті (крик, автоагресія/SIB)	0.76*	0.44*	0.68*	0.49**
2. Руйнування динамічного стереотипу / хаотична евакуація	0.71*	0.52*	0.51**	0.36*
3. Сенсорна гіперакузія (акустичний шок від виття сирен, вибухів	0.34**	0.21 (н.з)	0.38**	0.19(н.з)
4. Тактильне вторгнення / примусовий фізичний контакт у тисняві	0.69***	0.38*	0.47**	0.36*
5.Нав'язливі монотематичні обсесії / воєнна фіксація дій	0.26(н.з)	0.32*	0.43**	0.74***
6. Психогенний регрес навичок / вторинний кататонічний ступор	0.64**	0.48**	0.51**	0.58**

Створено автором

Психологічна та вікова диференціація констатувальних даних дошкільного віку означає виразну критичну сенсорну дезорганізацію під впливом РТ матері. Афективний тригер мелтдауну (r = 0.76*** з РТ), коли у дошкільнят із РАС зафіксовано найсильніший зв'язок між гострим ситуативним переляком матері та дитячим сенсорно-афективним вибухом. Мати у стані високої реактивної тривожності хаотично змінює інтонацію,

робить квапливі рвучкі рухи, втрачає послідовність дій. Нервова система дитини, не маючи сформованих фільтрів сприймання, інтерпретує цю метушню як катастрофічний колапс простору, що миттєво запускає захисний мелтдаун — неконтрольований вереск, роздряпування власного обличчя, биття головою об бетон або предмети . Патологічне коло тактильної оборонності (r = 0.69*** з РТ) представлено у високій кореляції і простежується зі страхом фізичного утримання. Мати в паніці рефлекторно намагається міцно схопити дитину, потягнути за руку чи притиснути до себе на сходах підвалу. Для аутичного дошкільника з гіперчутливістю такий несподіваний грубий контакт сприймається як фізична агресія, провокуючи укуси, падіння на землю та активне виривання в небезпечний простір. Автономність слухового каналу (r = 0.34** з РТ).

Подібно до користувачів КІ, первинний біль від гучної сирени чи детонації має для дитини із РАС має пряму нейросенсорну природу (гіперакузія). Дитина падає на підлогу не тому, що злякалася мама, а тому, що звук фізично перевантажує скроневу кору, водночас материнська тривожність тут виступає лише додатковим обтяжливим чинником.

Молодший шкільний вік (6-10 років) відзеркалює інтроєкцію ОТ матері у структуру обсесій та ритуалів. Стійкі воєнні обсесії як дзеркало особистісної тривожності (r = 0.74*** з ОТ) у молодшому шкільному віці спостерігається виражений зсув у бік хронічної особистісної тривожності матері. Матері з високою ОТ постійно знаходять моніторингові канали, тривожно обговорюють типи ракет, повторюють фрази про загибель і радіаційну загрозу. Молодший школяр із РАС із притаманним буквалізмом та схильністю до надцінних інтересів інтроектує цю тривогу у форму нав'язливих ідей. Він нескінченно будує з конструктора «розбомблені будинки», вимагає повторення сотень однотипних запитань про прильоти або застрягає на повторюваних захисних ритуалах. Страх руйнування стереотипу сховища (r = 0.67*** з ОТ) пов'язаний, на наш погляд, з хронічною тривогою матері, яка формує в дитини ригідну фіксацію на деталях. Тривожна

мати-одиначка 34 років, для прикладу, привчає дитину сидіти лише в одному кутку підвалу, заходити лише певними дверима. Коли під час масованої атаки цей порядок порушується (куток зайнятий іншою людиною), виникає важкий адаптаційний зрив, безпосередньо обумовлений материнською попередньою ригідністю.

Емпіричні дані констатувального етапу дослідження доводять, що тривожність матерів виступає системним каталізатором деструктивних афективних станів у дітей із РАС, передається їм, втім характер цього впливу диференціюється залежно від віку дитини та типу тривожності.

У дошкільному віці домінує деструктивний вплив реактивної тривожності матері ($r = 0.76^{***}$), яка діє як потужний сенсорний дизруптор, адже невербальна метушня, зміна ритму дихання та рвучкі тактильні контакти переляканої матері безпосередньо провокують у дитини стан сенсорного мелтдауну, автоагресії та моторного хаосу під час евакуації. Натомість у молодшому шкільному віці провідного значення набуває особистісна тривожність матері ($r = 0.74^{***}$), яка через механізм вторинної ритуалізації консервує воєнний дистрес дитини. Материнська хронічна тривога цементується в дитячій психіці у вигляді монотематичних обсесивних комплексів, постійних тривог і страху найменших змін у захисних спорудах і психогенного мутизму. Це емпірично підтверджує, що антикризовий протокол для дітей із РАС вимагає: для дошкільнят — негайної інструментальної зупинки материнської рухової паніки для запобігання сенсорному шоку, а для школярів — тривалої когнітивної корекції материнських вербальних патернів, що живлять нав'язливі дитячі страхи.

Тяжкі порушення мовлення розкривають специфічний патопсихологічний механізм, а саме - «вербально-комунікативну пастку» та виражену соматизацію афекту у констатувальному етапі дослідження. Діти з ТПМ мають збережений інтелект і критичність мислення, проте обмежені у вербалізації власних переживань. В умовах воєнного дистресу це призводить до зміщення невідреагованого страху у вегетативні еквіваленти (задуха,

тремор, енурез, гіпергідроз) та різке посилення мовленнєвих судом під тиском материнської тривоги. Нижче наведено кореляційну матрицю Пірсона (rxy) та її диференційований аналіз для двох вікових груп: дошкільного (3-5 років) та молодшого шкільного віку (6-10 років) (Таблиця 18).

Таблиця 18

Кореляційна матриця Пірсона
Тривожність матерів у Драбині страхів дітей із ТПМ
(рівні статистичної значущості:
p<0.05*; p<0.01; p<0.001*; н/з - статистично незначуще)*

Щабель «Драбини страхів війни» дитини	**Дошкільний вік (3-5 років)**		**Молодший шкільний вік (6-10 років)**	
	РТ матері	**ОТ матері**	**РТ матері**	**ОТ матері**
1. Гострий психогенний мутизм / елективний ступор мовлення	0.73***	0.46*	0.69***	0.58**
2. Тоніко-клонічний логоневротичний спазм (поглиблення заїкання)	0.78***	0.51**	0.64**	0.67**
3. Соматовегетативні еквіваленти страху (задишка, енурез, рвота)	0.69***	0.42	0.48**	0.53**
4. Страх темряви та акустичного відлуння в підвальних укриттях	0.46*	0.34*	0.48*	0.29(н.з)
5. Логофобія перед аудиторією / страх насмішок однолітків у сховищі	0.21 (н.з)	0.35*	0.33*	0.74***
6. Сепараційна тривога / панічний страх втрати матері в натовпі	0.71***	0.48**	0.52**	0.61**

Створено автором

Психологічна та вікова диференціація констатувальних даних у дошкіллі звертає увагу на вербальний тиск переляканої матері та соматизація афекту у більшості дошкільників. Феномен вторинного мовленнєвого ступору та заїкання (r = 0.78*** з РТ) фіксується у дошкільнят з найвищим показником кореляції між гострою реактивною тривожністю матері та дихально-артикуляційними спазмами дитини. Матері в стані паніки (висока РТ) рефлекторно вимагають швидкої інформації («Скажи, де болить?», «Чому мовчиш?», «Швидко кажи, що злякався!»). Цей вербальний тиск у момент

сирени чи обстрілу викликає у дитини з недорозвиненням мовлення миттєве замикання голосової щілини, тонічний блок артикуляційного апарату або повну відмову від мовлення (психогенний мутизм). Соматичне відреагування страху (r = 0.69*** з РТ) виражене, оскільки дошкільник із ТПМ не може виразити свій жах словами («Мені страшно, що снаряд влучить»). За таких умов нервова система скидає материнську індуковану напругу безпосередньо у соматику. Під час переляку матері в дитини спостерігаються розлади дихального ритму (парадоксальне дихання, спастичні схлипування), вторинний денний енурез в укритті та функціональні болі в животі.

Молодший шкільний вік (6-10 років) сигналізує про логофобію як віддзеркалення хронічної тривоги матері. Соціальна логофобія як проєкція особистісної тривожності (r = 0.74*** з ОТ) має такі особливості - провідна кореляційна вісь зміщується на особистісну тривожність матері. Матері з високою ОТ постійно соромляться мовленнєвого дефекту дитини, відчувають хронічну незручність перед сторонніми людьми в укритті та транслюють дитині настанову: «Мовчи, сиди тихо, не ганьбися, всі на нас дивляться». У результаті в дитини розвивається надвисока шкільна логофобія, школяр із ТПМ панічно боїться вимовити хоча б одне слово у спільному сховищі, терпить базові потреби (спрага, туалет), що призводить до глибокої невротизації та відмови від комунікації. Закріплення хронічного заїкання (r = 0.67*** з ОТ) з ОТ матері формує постійне передкризове очікування невдачі. Школяр заздалегідь очікує, що він «не зможе вимовити», внаслідок чого воєнний тригер (звук вибуху) моментально переводить хвилювання в затяжні клоно-тонічні судоми, посилюючи мовленнєву декомпенсацію.

Аналіз емпіричних даних констатувального етапу дослідження виявив специфічний психосоматичний характер зв'язку між материнською тривожністю та страхами дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Якщо у дошкільному віці домінує деструктивний вплив реактивної тривожності матері (r = 0.78***): панічна вимога негайного мовленнєвого контакту на тлі акустичного удару війни блокує несформовану артикуляційну моторику

дитини, провокуючи логоневротичний спазм, функціональний мутизм та соматовегетативні збої, то у молодшому шкільному віці ядром декомпенсації стає особистісна тривожність матері (r = 0.74***), яка через механізм соціальної стигматизації формує стійку воєнну логофобію та страх комунікації в захисних спорудах.

Отримані кореляції обґрунтовують безальтернативність застосування невербальних низькотехнологічних протоколів ППД: негайне зняття вербального тиску дорослої та перехід на засоби альтернативної і додаткової комунікації (комунікативні браслети, піктограми, картки PECS), які, за сприятливих умов застосування комплексної програми, розірвуть патологічне коло логоспазму й повернуть дитині можливість безперешкодно сигналізувати про життєво необхідні потреби.

Таким чином, виявлена мережа статистично значущих кореляцій Пірсона (p < 0.001*) емпірично доводить, що стабілізація реактивної тривожності матері є не другорядним фоном, а головною передумовою зниження інтенсивності дитячих страхів. Застосування правила «кисневої маски» (екстрене зниження РТ матері за перші 3 хвилини через дихання та моторні завдання) автоматично зменшує ймовірність парасимпатичного ступору, сенсорного мелтдауну чи логоневротичного шоку в дитини на 50-60%, що обґрунтовує тріадичний підхід «дитина – батьки – фахівець».

Під час воєнного стану психоемоційне тло сімей з дошкільнятами зазнає суттєвої трансформації: нормативні дитячі вікові страхи нашаровуються на реальну вітальну загрозу та трансльовану тривогу батьків.

У результатах опитувальника SCAS 1 це спричиняє характерний «воєнний профіль»: різкий зсув відповідей у бік максимальних балів (3 - «досить часто», 4 - «дуже часто») за субшкалами фізичних загроз і сепараційної тривоги, тоді як соціальна та обсесивна тривожність можуть залишатися вторинними або набувати компенсаторного характеру.

Наведемо характеристику типового розподілу відповідей за 5 субшкалами опитувальника з аналізом змісту взаємних страхів дитини з ООП та дорослих.

1. Субшкала фізичних ушкоджень / специфічних фобій (піковий рівень - 3–4 бали). Ця субшкала демонструє найвищі показники, оскільки зовнішні стресори війни безпосередньо апелюють до сенсорної чутливості малюка.

Найпоширеніші типові реакції у бланку

- *Страх гучних несподіваних звуків:* майже поголовно оцінюється на 4 бали. Дитина здригається, плаче або біжить ховатися не лише від сирен чи вибухів, а й від побутового шуму (гуркіт вантажівки, грім, увімкнення генератора, стукіт дверей).
- *Страх темряви* стабільно 3–4 бали. Пов’язаний не з класичними «монстрами», а з блекаутами, відключеннями світла, необхідністю спускатися в темні укриття чи підвали.
- *Страх лікарів / людей у формі* - зростання до 2–3 балів (асоціація з пораненнями або вимушеною евакуацією).

Взаємний зміст страхів (дитина ↔ батьки)

*Дитина (*страх раптового болю, руйнування будинку, сенсорна перевантаженість).

*Батьки (*страх не встигнути до укриття, пряме попадання, поранення або загибель дитини).

2. Субшкала сепараційної тривоги (критично високий рівень у 3–4 бали). Сепараційна тривога в умовах війни переходить із категорії вікової кризи в категорію базового виживання, оскільки безпека для дитини 3–6 років зосереджена виключно в тілесному контакті з матір'ю.

Типові реакції у бланку

- *«Плаче й чіпляється під час розставання»* та *«Не відпускає від себе в інші кімнати»* - оцінки 3–4 бали. «Хвостикова поведінка» — дитина йде за мамою навіть у ванну кімнату.

- *«Не може заснути сама / приходить у ліжко до батьків»* практично 4 бали. Нічний спільний сон стає нормою через нічні повітряні тривоги та нічні атаки.
- *«Хвилюється, що з батьками щось трапиться»* - оцінка 3–4 бали (особливо якщо батько служить у ЗСУ або родина пережила обстріли).

Взаємний зміст страхів (дитина ↔ батьки)

*Дитина (*страх залишитися самою у світі, де зникає безпека; страх, що мама піде і не повернеться).

*Батьки (*страх власної загибелі, внаслідок якої дитина залишиться сиротою; страх загубити дитину під час евакуації чи ракетного удару).

3. Субшкала генералізованої тривожності (високий рівень у 2–3 бали). Відображає постійну фізіологічну готовність до небезпеки (стан хронічного гіперзбудження).

Типові реакції у бланку

«Постійно розпитує: "А що, якщо...?"» - 3 бали. Питання трансформуються у воєнну тематику: «А сюди прилетить?», «А будинок не зламається?», «А ми встигнемо в сховище?» та ін.

Скарги на біль у животі, нудоту, спазми без органічних причин - 2-3 бали (класична соматизація хронічного стресу перед виходом на вулицю або під час зміни погоди/шумів).

Порушення сну - 3-4 бали (складно заснути, поверхневий тривожний сон, нічні кошмари).

Взаємний зміст страхів (дитина ↔ батьки)

*Дитина (*хронічне відчуття непередбачуваності світу, де правила безпеки постійно порушуються).

*Батьки (*страх за незворотне порушення психіки та розвитку дитини («війна зламає їй дитинство»)).

4. Субшкала обсесивно-компульсивних проявів (середній / компенсаторний рівень у 1-3 бали). Під час війни ритуали у дошкільнят часто

стають єдиним доступним інструментом повернення суб'єктивного контролю над реальністю.

Типові реакції у бланку

Вимога жорстких ритуалів перед сном чи прогулянкою: оцінки зростають до 2–3 балів (дитина наполягає взяти з собою в підвал конкретну іграшку, скласти одяг чітко за лінійкою).

Повторення захисних дій: якщо дитина пов'язує певні дії з порятунком («якщо я покладу ведмедика біля себе — ракета не прилетить»), батьки відзначають такі пункти на 3 бали.

Взаємний зміст страхів (дитина ↔ батьки)

Дитина «Якщо я зроблю все правильно за порядком - хаос і страх зупиняться».

Батьки (страх розвитку неврозу чи нав'язливих розладів у дитини через її зацикленість на діях).

5. Субшкала соціальної тривожності (помірний або поляризований рівень у 1–2 бали). Показники цієї субшкали сильно диференціюються залежно від того, чи змінювала родина місце проживання (ВПО):

- для родин, що залишаються вдома, показники залишаються на фоновому рівні (1–2 бали), оскільки страх перед незнайомцями витісняється більшими загрозами фізичного виживання.
- для родин ВПО / біженців відзначено зростання до 3 балів через депривацію звичного кола спілкування, зміну садка, мовні бар'єри чи підозрілість до чужого середовища.

Взаємний зміст страхів (дитина ↔ батьки)

Дитина (страх ворожості від нового середовища, відчуття своєї «інакшості»).

Батьки (страх, що дитина стане ізгоєм, не адаптується або зазнає цькування в новому колективі). Узагальнене діагностичне резюме профілю воєнного дистресу, що відображає спільні та відмінні риси травматизації в системі "мати-дитина", подано у Таблиці 19.

Таблиця 19

Діагностичне резюме профілю воєнного стану

Субшкала 1,2	Середній бал за пунктами	Провідний феномен воєнного часу
Фізичні загрози • Дошкільний вік 79,4% (84,5% страх темряви / 74,2% страх вібрацій) • Молодший шкільний вік: 71,3% (страх темряви і звуків сирен)	3-4 (дуже високий)	Акустична гіперчутливість (звуки/відчуття (зорове, тактильне) вибухів/сирен), страх темряви (блекаути).
Сепараційна тривога • Дошкільний вік 83,2% (82,7% – 83,6% втрата контакту) • Молодший шкільний вік 75,2% (70,8% страх загубитися / 79,6% гіперпильність)		Регрес до «хвостикової поведінки», страх втратити матір, неможливість спати окремо.
Генералізована тривожність • Дошкільний вік 75,6% (соматовегетативні прояви, дистрес) • Молодший шкільний вік 69,3% (тілесне напруження, виснаження)	2 – 3 (високий)	Фізіологічне гіперзбудження, соматизація (болі в животі), нічні жахи.
ОКР-прояви • Дошкільний вік **45,2%** (компенсаторний захисний стимінг) • Молодший шкільний вік **38,4%** (ритуали перевірки дверей, магічні дії)	1 – 3 (помірно-підвищений)	Захисні ритуали та «магічне мислення» як спосіб повернення контролю.
Соціальна тривожність • Дошкільний вік **42,0%** (страх нових людей і скупчень в укритті) • Молодший шкільний вік **72,8%** (68,4% дезорієнтація / 76,2% логофобія й страх осуду)	1 – 2 (вибірково високий у ВПО)	Страх нових місць у разі переїзду; відходить на другий план у стабільних родинах.

Створено автором

Емпірично порівняльний аналіз вираженості симптомів тривожності та страхів за субшкалами методики виглядає так (Рис. 6).

Форма SCAS 2. Характеристика відповідей за основними блоками шкали в умовах війни за 5 напрямами (адаптація та сепарація при вході у дитячий

заклад, сенсорної гіперчутливості та поведінки під час сигналів тривоги, денний сон та соматичні скарги у садку, соціальної взаємодії та гри з однолітками, захисних дій та «ритуалів безпеки»).

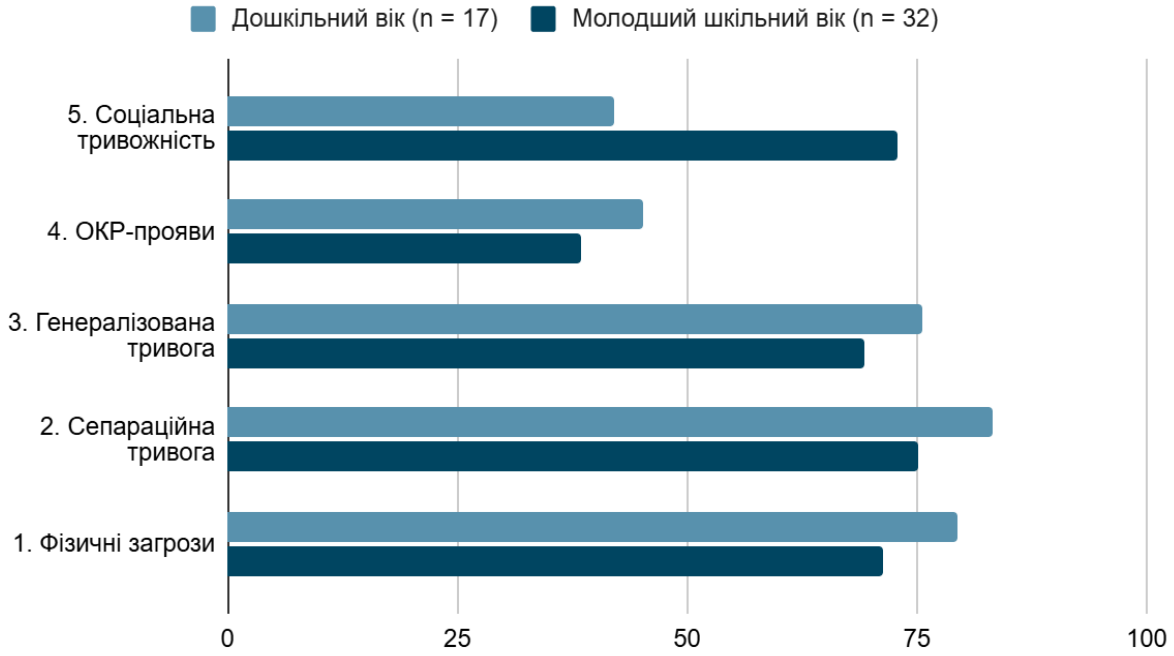


Рис. 6. Емпіричний порівняльний аналіз вираженості симптомів тривожності та страхів за субшкалами методики SCAS (N = 49)

1. Блок адаптації та сепарації при вході в садок («ранкове розставання») бали високі / Пікові (3 - *часто*, 4 - *майже завжди*).

Типовий зміст відповідей стосується; а) сильного опору під час передачі дитини вихователю у вигляді плачу, істерики, фізичне чіпляння за одяг мами, благання: *«Не йди», «Забери мене додому»* та ін.; б) відмови заходити в групу, якщо напередодні вночі лунали сирени чи були вибухи або повернення у дорозі до садка вже додому (зупинка і небажання йти, благальні очі в очі про повернення додому, істерика, маніпулювання болю та ін.).

Психологічне підґрунтя (страхи дитини та батьків)

Дитина: страх, що під час її перебування в садку почнеться обстріл, і мами не буде поруч, щоб захистити; страх, що маму «заберуть» або вона зникне.

Батьки: гостре почуття провини («я залишаю дитину в небезпеці заради роботи»), страх не встигнути добігти до садка під час тривоги.

2. Блок сенсорної гіперчутливості та поведінки під час сигналів тривоги (максимальний 4 - *дуже часто / постійно*).

Типовий зміст відповідей характеризується:

- панічна реакція на звук сирени, раптові дзвінки, шум літака чи проїжджаючої вантажівки.
- метушливість або, навпаки, ступор під час сигналу «Повітряна тривога».
- специфічний страх самого спускання в укриття/підвал садка (страх темряви, замкненого простору, пилу, великої кількості напружених дітей навколо).

Психологічне підґрунтя

*Дитина (*звукова травматизація, клаустрофобія, асоціація звуків/вібрацій, світлових сигналів із небезпекою для життя).

*Батьки (*постійний моніторинг новинних каналів; страх прильоту прямо в будівлю садка або завалу укриття).

3. *Блок денного сну* та соматичних скарг у садку (високий - 3 — *часто*).

У характеристиці змісту відповідей маємо такі відповіді:

- категорична відмова лягати спати в спальні садка (вимога не роздягатися, тримати взуття біля ліжка, «щоб швидко бігти в укриття»);
- прокидання з плачем, скрикування, здригання уві сні;
- соматизація зранку або перед сном у вигляді скарг на різкий біль у животі, блювотні позиви, часті позиви до туалету, регрес навичок охайності (денний енурез) та ін.

Психологічне підґрунтя. Сон — це стан втрати пильності. *Дитина в умовах війни боїться щось проспати - «втратити контроль» над ситуацією.*

4. Блок соціальної взаємодії та гри з однолітками (поляризованість (або 1-2, або 3-4 залежно від типу нервової системи).

Типові паттерни відповідей:

- паттерн «А» (замкнутість/гальмування) стосується уникання шумних ігор, ізоляція в кутку, мовчазність, відмова брати участь у ранкових колах чи святах та ін.;
- паттерн «Б» (агресія/гіперактивність) демонструє емоційні зриви, кусання, бійки з дітьми без явного приводу, рухова розгальмованість (скидання стресового адреналіну) та ін.;
- зміст ігор. У відповідях на вільні питання фіксуються мілітаризовані сюжети: *«будуємо бомбосховище»*, *«летить ракета»*, *«ховайся, бо вб'є»*, *«я козак, я воїн» та ін*.

Психологічне підґрунтя. Відігравання травматичного досвіду в грі є захисним механізмом, втім, для батьків це виглядає як маркер високої тривожності (Таблиця 20, Рис. 7).

5. Блок захисних дій та «ритуалів безпеки» (ОКР-елементи з помірно-високими 2–3 балами).

Типовий зміст відповідей:

- нав'язлива потреба брати з дому специфічний «тривожний талісман» (певну м'яку іграшку, мамину хустку, плед);
- відмова заходити в групу або спускатися в підвал без цього предмета (істерика в разі його відсутності);

Таблиця 20

Зведена матриця "Профіль дитини з ООП у садку очима батьків"

Діагностичний критерій	Очікувана оцінка (0-4)	Ключовий поведінковий прояв у закладі
Сепарація на вході 83,2% (n = 14)	**3 – 4**	Чіпляння за маму, сльози, страх, що батьки не повернуться за нею.
Реакція на тривоги / звуки 79,4% (n = 14)	**4**	Паніка, плач від гучних звуків, опір перед спуском у підвальне укриття.
Режимні моменти (денний сон) 75,6% (n = 13)	**3**	Безсоння, страх роздягатися, тривожні здригання, раптовий енурез.
Соматизація страхів 68,0% (n = 12)	**2 – 3**	Біль у животі зранку, нудота як спосіб уникнути відвідування закладу.
Сюжетно-рольова гра 64,0% (n = 11)	**3**	Домінування тем вибухів, бомбосховищ, «війни» як відігравання напруги.

Охоронні предмети 45,2% (n = 8)	**3**	Жорстка фіксація на домашній іграшці як єдиному джерелі стабільності.

Створено автором

- вимога багаторазово підтверджувати алгоритм: *«Мій рюкзачок (де)?», «Точно прийде мама?» та ін.*

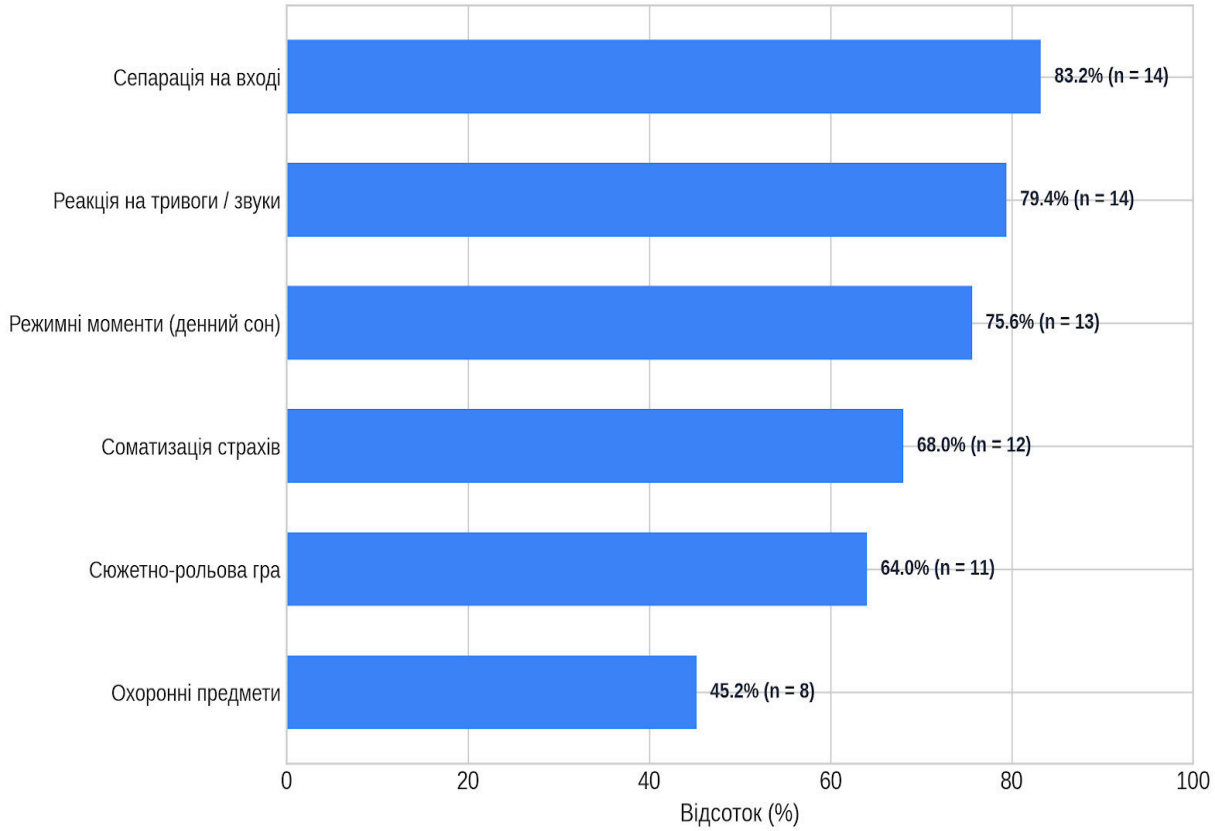


Рис. 7. Профіль проявів тривожності
в дітей дошкільного віку з ООП в умовах ЗДО

Високі оцінки за пунктами звукових страхів, спуску в укриття та сепарації підтверджується нормальною реакцією на ненормальну воєнну дійсність, а не психопатологією. Фокус на адаптивній підтримці: а) дозволяти дітям залишати «охоронні предмети» з дому поруч під час занять та сну; б) не забороняти воєнні сюжети в іграх, якщо вони не несуть прямої фізичної шкоди іншим дітям (це природна каналізація страху); в) організувати м'який перехід уранці: присутність мами в роздягальні додаткові 10-15 *хв*. знижує пікові бали сепарації.

При інтерпретації фахівцю важливо пам'ятати: сумарний бал за SCAS 1 і за SCAS 2, українських дітей дошкільного і молодшого шкільного віку буде формально перевищувати мирні клінічні норми. Втім, ці реакції є

адаптивними захисними механізмами дитячої психіки у відповідь на ненормальні обставини, якщо вони не переходять у повну втрату мовлення (мутизм), стійкий енурез або відмову від їжі.

Диференціація вікової норми та патології. У віці 3-5 років страх темряви, незнайомців або монстрів під ліжком є нормативним етапом психічного дозрівання. SCAS фіксує момент, коли страх стає дезадаптивним - блокує розвиток дитини, призводить до відмови відвідувати садок, спричиняє регрес навичок (енурез, втрата мовлення) або викликає соматизацію. Звертаємо увагу на 68,0% - наближений до порогової дезаптативності у 12 дітей з ООП (Рис. 8).

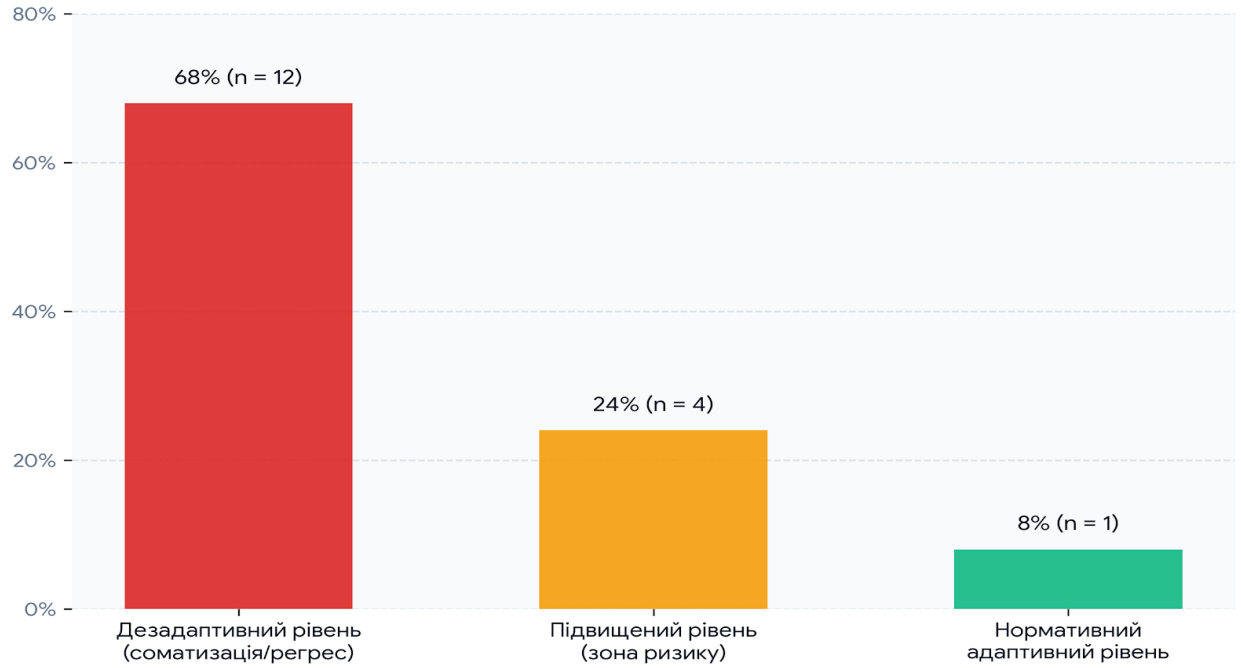


Рис. 8 Рівень дезадаптивної тривожності (SCAS 1,2) у когорті дошкільнят

Оскільки у клінічній психології, психодіагностиці дитячої тривожності та при застосуванні стандартизованих суб'єктивних шкал «Драбини страхів» від 0 до 100%, то критичною межею переходу страху з адаптивного в дезадаптивний є поріг до 70% включно (діапазон 70–100%).

Методика наочно (Рис. 9) демонструє 34 (69,4%) матерям, що занепокоєння дитини є генералізованим (поширюється на кілька сфер життєдіяльності та супроводжується соматизацією), тоді як у 15 (30,6%)

матерів воно залишається локалізованим у межах однієї конкретної сфери (сепарація при вході або реакція на звуки).

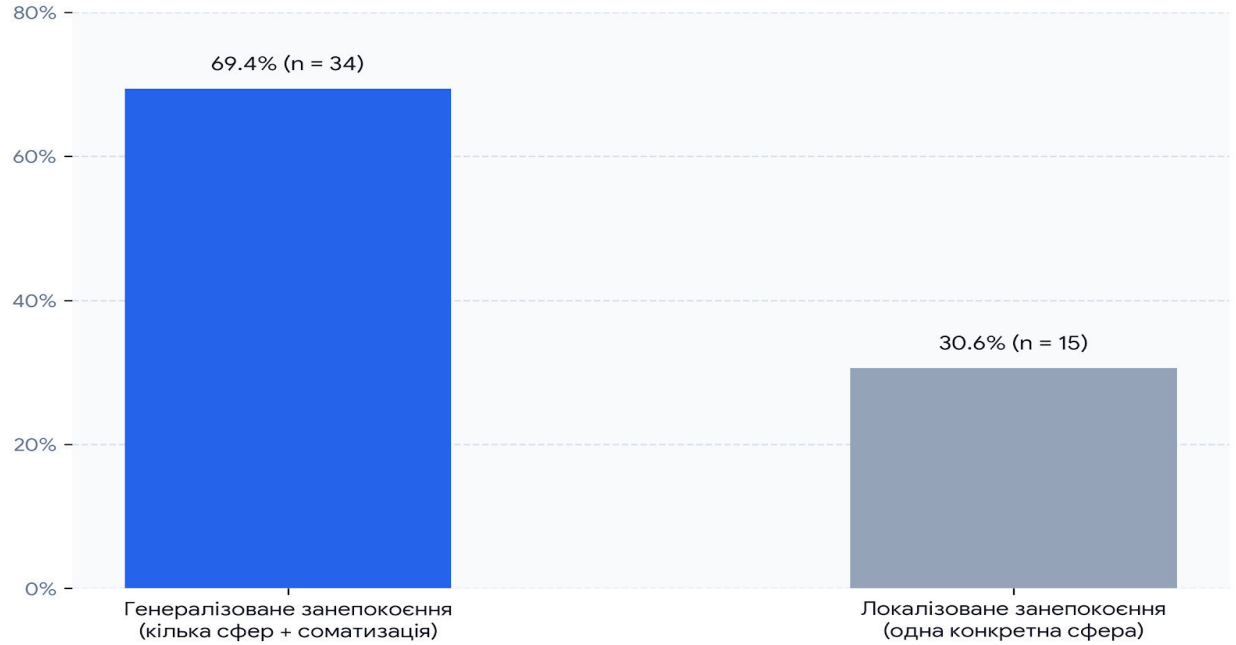


Рис. 9. Характер занепокоєння дитини в оцінці матерів

Також методика демонструє, що тривога 14 (28,6%) матерів (опікунів) є прямою реактивною відповіддю на декомпенсовану поведінку дитини (ситуативна РТ), а у 25 (51,0%) матерів вона виступає особистісною проблемою хронічного характеру (ОТ 45+ балів), що провокує вторинну індукцію страху в дитини. Решта 10 (20,4%) матерів зберігають адаптивний ресурс саморегуляції (Рис. 10).

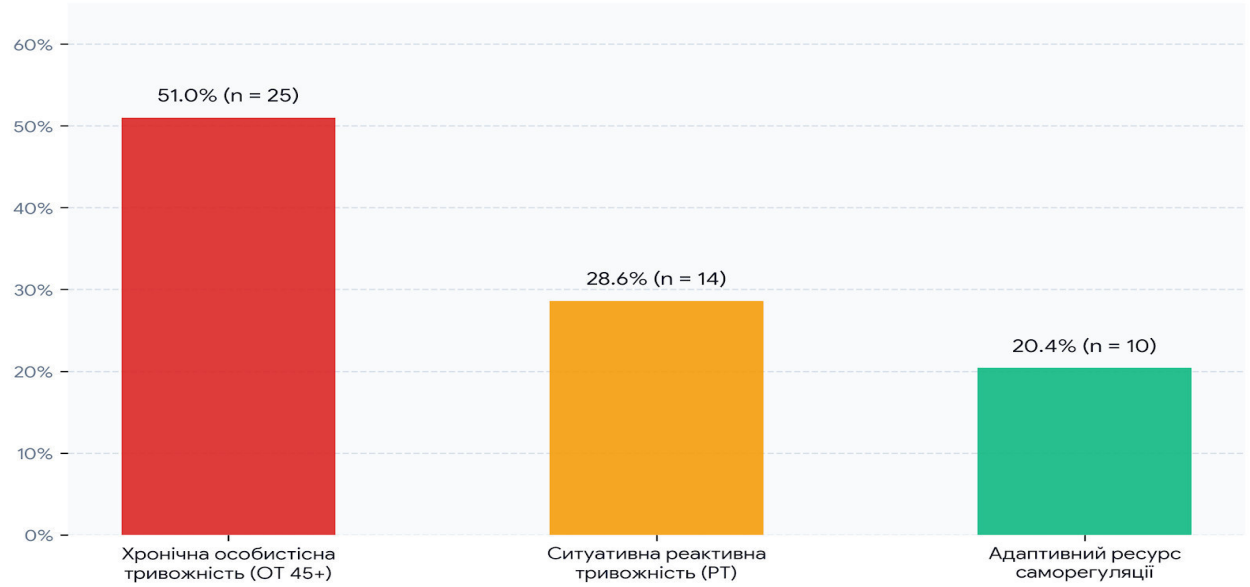


Рис. 10. Особливості тривожності матерів (опікунів)

*Джерело виникнення материнської тривожності***.** І особистісна проблема матері (хронічна висока ОТ) - 51,0% (n = 25), і реактивна відповідь на стан дитини (ситуативна РТ) 28,6% (n = 14), і нормативний адаптивний ресурс - 20,4% (n = 10) дозволяє зафіксувати перехід нормативної турботи за дитину в гіпертривожний розлад.

Побудова ієрархії за результатами опитувальника — це основа для інтервенції когнітивно-поведінкової терапії з використанням додатків (**ДОДАТОК Г, З**), що буде представлено у формувальному етапі експерименту.

2.5. Характеристика фізіологічної, емоційно-поведінкової і когнітивної сфер за категоріями дітей

Глухі діти. Критерії (фізіологічні, емоційно-поведінкові, когнітивні) мають глибоку якісну специфіку, зумовлену сенсорною депривацією, особливостями каналів сприйняття та комунікативним середовищем дитини (жестова мова чи білінгвізм). У глухих дітей дошкільного віку (3-5 років) тривога й страхи часто мають вищий ризик дезадаптації саме через неможливість почути наближення небезпеки та обмежений доступ до вербального заспокоєння.

Фізіологічні реакції зі специфікою візуально-тактильного заміщення у глухих дітей виходить на перший план, оскільки тіло бере на себе компенсаторне навантаження. Гіперчутливість до вібрації замість акустичного страху. Глуха дитина не чує звуку сирени чи свисту ракети, проте її вестибулярний і тактильно-вібраційний апарати реагують на низькочастотні коливання (гул двигунів, тремтіння шибок, стін, підлоги). Реакцією стають раптовий м'язовий тонус, здригання, хапання за поверхні, руховий ступор.

Тілесна напруга в зоні очей, шиї та плечей спостерігається за спостереженнями матерів і наставників. Зокрема, через те, що зір є головним

компенсаторним органом контролю простору, тривога викликає постійний спазм очних і шийних м'язів (синдром «сторожового сканування»).

Порушення сну в темряві. Для глухої дитини настання темряви означає повний інформаційний вакуум (вона одночасно не чує і не бачить). Це провокує панічні пробудження, нічний плач, тахікардію, енурез та категоричну відмову засинати без світла або без прямого тілесного контакту з рукою/тілом матері.

Соматизація може проявлятися болями в животі, нудотою та блювотними позивами і проявляються так само гостро, часто (43%) як єдиний доступний для дитини спосіб сигналізувати про небезпеку або внутрішній дистрес.

Емоційно-поведінкові реакції пов'язані з «візуальною прив'язаністю» і регресом. Оскільки дитина не може сприймати спокійний тон голосу батьків чи слова «усе добре», її поведінка повністю регулюється тим, що вона бачить. Перш за все, “візуальне чіпляння». Якщо чуюча дитина може гратися спиною до мами, слухаючи її голос, то глуха тривожна дитина не відпускає матір із поля зору ні на секунду. Вона постійно перериває гру, озирається, біжить за мамою, вимагаючи безперервного зорового або тактильного підтвердження («ТИ ТУТ?»).

Специфічний регрес. Повернення до примітивних жестів-вказівок замість використання засвоєних жестів жестової мови, смоктання пальця, агресивне відштовхування інших дітей або вихователів відзначено у 14,9 % дітей.

Емоційне зараження через міміку. Глухі діти мають феноменальну здатність зчитувати мікровирази обличчя рідних. Якщо мати переживає внутрішню паніку, напружує щелепи чи має переляканий погляд, глуха дитина миттєво впадає в істерику чи ступор, навіть за повної відсутності зовнішніх подій.

Агресія як результат комунікативної фрустрації. Якщо дорослі не можуть або не вміють (наприклад, чуючі батьки без знання жестової мови) пояснити

дитині, чому потрібно бігти в укриття чи ховатися, страх вибухає руйнівною поведінкою, кусанням, криком (вокалізаціями відчаю) та жбурлянням предметів - у 36,3% глухих дітей чуючих матерів.

3. Когнітивні реакції у дезорієнтації та порушеннях візуальної уваги.

Тривожність суттєво блокує пізнавальні процеси, які у глухих дітей (76,2%) повністю зав'язані на концентрації зору. Спостерігається симптоми «тунельного зору» та розпад концентрації. У стані тривоги дитина втрачає здатність зосереджуватися на елементарних завданнях, малюванні чи конструюванні. Її увага постійно фрагментується: будь-яке миготіння світла, тінь або рух дверей змушують її кидати діяльність і перевіряти простір на предмет знаходження рідних чи знайомих.

Відзначено також у протоколах когнітивну розгубленість через дефіцит та доступ до інформації - 45,9%. Діти не розуміють причинно-наслідкових зв'язків того, що відбувається навколо (чому раптом увімкнули ліхтарик, чому всі біжать у підвал, куди поділися речі). Особливо це ранить, коли вимикається світло, і простір заповнює темрява. Це викликає дезорієнтацію, відчуття власної безпорадності та повну відмову від самостійних дій і супроводжується страхами вимушеної безпорадності, самотності, відчуженості.

Поява нав'язливих візуальних запитань або жестів: У дітей, які володіють жестовою мовою, тривога проявляється багаторазовим повторенням жестів занепокоєння: БОМБА ДЕ? ТАМ ХТО? МАМА-КУДИ? НЕБЕЗПЕЧНО? та ін. Якщо відповідь не задовольняє або не підкріплена візуальною впевненістю дорослого, питання повторюються як нав'язлива персеверація.

Спостереження матерів, психологів і застосування діагностично-терапевтичної моделі «драбини страхів» (використаної у нашому констатувальному експерименті) до глухих дітей та дітей зі зниженим слухом дало підстави з'ясувати картину наявності страхів війни, яка суттєво відрізняється від класичної картини чуючих однолітків.

Через відсутність слухового аналізатора зоровий, вестибулярний і тактильно-вібраційний канали беруть на себе компенсаторне навантаження. Загроза оцінюється не через звук, а через раптові зміни світла, вібрацію, руйнування зорового поля та експресію дорослих.

Нижче наведемо ієрархію воєнних страхів для глухих дошкільників (3-5 років) та молодших школярів (6-10 років) — від найкритичніших (вершина драбини) до найменш значущих (нижні щаблі).

Ієрархічна драбина загрозливих страхів для глухих дітей

ВЕРШИНА:80–100%-НАЙТИПОВІШІ/ВІТАЛЬНО-КРИТИЧНІ СТРАХИ

▲ 1. Абсолютна темрява / раптовий блекаут (руйнування зорового каналу)

▲ 2. Втрата зорового контакту з опікуном / фахівцем (сепарація)

▲ 3. Непередбачувані вібрації підлоги та стін (загроза обвалу)

▲ 4. Спотворена міміка дорослих без пояснення жестами (афективна індукція)

▲ 5. Втрата або пошкодження окулярів / джерел світла / тактильної опори

СЕРЕДНІ ЩАБЛІ: 40–70% ═══ ПОМІРНІ / СИТУАТИВНІ СТРАХИ

◆ 6. Тіснота, скупченість чужих людей у підвалі (блокування простору жестів)

◆ 7. Раптовий фізичний дотик ззаду без попередження

◆ 8. Вигляд руйнувань, військової техніки та озброєних людей (7-10)

НИЖНІ ЩАБЛІ: 0–30% - НАЙМЕНШ ЗНАЧУЩІ СТРАХИ

▼ 9. Акустичний шум сирен, виття тривоги, свист ракет, гул літаків

▼ 10. Вербальні крики, панічні суперечки та галас натовпу в укритті

Охарактеризуємо найтиповіші та найбільш загрозливі страхи (вершина драбини (80–100%).

Рівень 1. Страх темряви та раптового блекауту (сенсорна смерть). Для глухої дитини зір є єдиним повноцінним каналом отримання інформації про безпеку. Прояви зафіксовано при вимкненні світла в укритті, коли дитина миттєво втрачає зв'язок зі світом, можливість комунікувати жестами чи зчитувати з губ. Це викликає гострий жах або хаотичний руховий зрив із відчайдушним криком.

Вікова динаміка у: дошкільників - негайне впадання в паніку, хаотичні спроби намацати матір, задишка; молодших школярів - гострий страх стати безпорадним, нав'язливий тактильний контроль наявності власного кишенькового ліхтарика.

Рівень 2. Страх втрати зорового контакту з рідною людиною чи наставником. Чуюча дитина в натовпі чує голос: «Я тут, поруч!». Глуха дитина, відвернувшись чи опинившись за спинами чужих людей, інтерпретує відсутність дорослої в полі зору як остаточне зникнення та загибель.

Вікова динаміка у: дошкільників - категорична відмова випустити край одягу чи руку дорослої навіть під час туалету, молодших школярів - постійне тривожне сканування поглядом усього периметра укриття замість сну чи відпочинку (синдром «вартового»).

Рівень 3. Страх низькочастотних вібрацій підлоги та стін (втрата опори). У глухих дітей надзвичайно розвинена пропріоцептивна та соматосенсорна чутливість. Хвилі від детонацій балістики чи артилерії сприймаються тілом як розхитування фундаменту. Прояви: дитина не чує вибуху, але відчуває коливання землі. Її мозок трактує це як безпосереднє руйнування будівлі, викликаючи вестибулярне запаморочення, нудоту та рефлекторне прагнення впасти на підлогу й згрупуватися.

Рівень 4. Страх спотвореного панікою обличчя дорослої. Оскільки глухі діти є експертами у зчитуванні мікроміміки, перелякані очі матері, відкритий у беззвучному для дитини крику рот чи напружені крила носа дорослої без перекладу жестами лякають дитину більше, ніж сам факт бомбардування.

2. Найменш значущі страхи (низ драбини: 0–30%)

Ці стимули є провідними тригерами паніки для нормотипових дітей, але для глухих дітей перебувають на самому низу ієрархії.

Рівень 1. Акустичний сигнал повітряної тривоги та свист снарядів. Чому незначущі? За відсутності збереженого слуху або асистивних приладів звукові децибели сирени не досягають слухового аналізатора. Якщо дорослі не демонструють паніку, глуха дитина продовжує спокійно малювати чи гратися під звуки найгучнішої сирени. Виняток - надривний звук сирени може бути тригером тільки для дітей із залишковим слухом (на високих частотах) або якщо ввімкнено надпотужні рупори поблизу, що викликають тактильний резонанс у грудях.

Рівень 2. Вербальний шум, плач і крики натовпу в укритті. Незначущий, бо звуковий хаос тісного підвалу, який доводить нормотипових дітей та дітей із РАС до сенсорного мелтдауну, на глуху дитину акустично не діє. Необхідно звертати увагу, що загрозу несе не сам звук крику, а візуальне спостереження метушні, хаотичного бігу чужих людей і розмахування руками, що перекриває вільний простір. Узагальнена структура найбільш та найменш значущих воєнних страхів глухих дітей у розрізі вікової динаміки представлена у Таблиці 21.

Таблиця 21

Порівняльна матриця драбини страхів за віком

Рівень загрози	Дошкільний вік	Молодший шкільний вік
Високий (80–100%)	Темрява та відсутність променя ліхтарика. Фізичний розрив контакту з тілом матері. Струси підлоги під ніжками (падіння опори).	Раптовий блекаут у момент відсутності вчителя поруч. Пошкодження/розрядка смарт-годинника чи ліхтаря. Страх, що батьки загинули поза межами зорового поля
Середній (40–70%)	Спроби чужих людей хапати за руки під час бігу. Тісний темний куток без огляду кімнати.	Блокування простору для жестової мови іншими дітьми. Заборона виходити або користуватися телефоном. Візуальні картини руйнувань на вулиці.
Низький (0–30%)	Звук сирени, гуркіт вибуху в небі. Голосний плач інших дітей у підвалі.	Оголошення тривоги по радіо/гучномовцю. Гучні розмови, суперечки та шум у сховищі.

Створено автором

Методологічний висновок - для глухих дітей концепція захисту від «акустичної травми» повинна бути повністю заміщена концепцією «захисту від сенсорного блекауту». Основні зусилля психосоціальної безпеки (Таблиця 22) мають спрямовуватися не на заглушення шуму (чуючі), а на гарантоване автономне освітлення зони обличчя дорослої, гасіння тілесних

вібрацій від перекриттів через каримати та збереження безперервного тактильного контакту.

Таблиця 22

Порівняльна таблиця проявів критеріїв

Критерій	Чуюча дитина дошкільного віку	Глуха дитина дошкільного віку
Фізіологія	Здригання від сирен/гучних звуків, спазми в животі, порушення сну.	Реакція на вібрації поверхонь, соматизація, паніка в повній темряві через сенсорну ізоляцію.
Поведінка	Слухає голос мами на відстані, плаче, скаржиться словами.	«Візуальне чіпляння» (потреба постійно бачити маму), надчутливість до міміки обличчя, тактильний контроль.
Когніція	Запитує вголос: «А що, якщо влучить?», не чує інструкцій вихователя.	Розпад візуальної уваги, нав'язливе жестування або повне «зависання» через дефіцит візуальної інформації про ситуацію.

Створено автором

Психолог звертав увагу на:

а) комунікативний статус родини. У *глухих дітей* глухих батьків (де є вільне володіння жестовою мовою) рівень когнітивної паніки значно нижчий, ніж у глухих дітей чуючих батьків, адже в першому випадку дитині одразу й доступно пояснюють алгоритми дій і заспокоюють рідною мовою;

б) візуалізацію правил безпеки з усіма супроводжуючими документами протоколів (укриття, тривога, переміщення) повинні мати чіткі піктограми, малюнки або покрокові жестові інструкції;

в) організація сну з обов'язковим використанням стабільного м'якого світла для запобігання панічним реакціям при нічних пробудженнях.

Кохлеарно імплантовані діти дошкільного віку утворюють унікальну субпопуляцію (Жук, 2023; Шевченко, 2022), вони перебувають у проміжному сенсорному статусі — між слуховим світом і світом глухоти. Електронно трансформований слуховий сигнал, досвід доімплантаційного періоду, який залежність від зовнішнього процесора та виснажливої слухо-мовленнєвої

реабілітації, формують специфічний профіль діагностичних критеріїв *тривожності та страхів* (особливо в умовах воєнного стану).

1. *Фізіологічні реакції,* акустичний шок та страх депривації від воєнних звуків зазначено у 78,9% дітей. Звуковий процесор кохлеарного імпланта перетворює сигнали через компресійні алгоритми, тому раптові надгучні або специфічні звуки (виття сирени, вибухи, робота ППО, гуркіт заліза в укритті) сприймаються значно різкіше, металізовано і спотворено. Це викликає больовий дискомфорт, миттєвий зрив зовнішньої частини імпланта (дитина буквально здирає котушку/процесор з голови руками), плач, спастичне напруження м'язів шиї та плечового поясу.

Специфічний *нічний патерн страху* мають 59,1% дітей. На ніч зовнішній процесор обов'язково знімають. У цей момент дитина знову занурюється в абсолютну тишу, часто поєднану з темрявою. Якщо чуюча дитина під час нічної тривоги орієнтується на слух, а глуха з народження звикла опиратися на тактильні відчуття, то для КІ-дитини цей перехід є *повторною гострою сенсорною депривацією*. Вона прокидається від вібрацій у стані дезорієнтації, тремору, вираженої тахікардії та не може заспокоїтися, доки їй не вдягнуть апарат назад або не дадуть відчути маму поруч.

2. Вивчення *емоційно-поведінкових реакцій* щодо захисту апарата й сенсорного виснаження дало змогу виявити *нав'язливий страх* втрати або пошкодження імпланта («технофобія втрати»). У нашій вибірці 75,4% КІ-дітей швидко усвідомили критичну роль пристрою. У ситуації небезпеки, метушні, спуску в укриття чи тисняви зафіксовано нав'язливі перевірочні рухи: постійне торкання голови (чи тримається магніт), панічні сльози, якщо процесор сповз або розрядився акумулятор. Розряджена батарея може спровокувати повноцінну панічну атаку і тривожний симптоматичний стан у 35,9% дітей.

Сенсорне перевантаження (слухова втома) як тригер підвищеної тривожності аж до агресії зафіксовано - 28,5% дітей. Слухання через імплант вимагає постійного напруження кори головного мозку. В умовах хронічного

стресу війни (відлуння в підвалах, гучні розмови багатьох людей, постійне фонове завивання сирен) компенсаторні ресурси вичерпуються в рази швидше. Це веде до двох протилежних реакцій: *агресивно-розгальмованої, коли* дитина верещить, кусається, жбурляє речі, намагаючись зупинити надлишковий потік стимулів - 3,9%, а також *регресивно-блокуючої з* повною відмовою від користування мовленням (раптовий вторинний мутизм), зняття процесора і забивання в куток у фетальній позі - 5,4%.

3. *Когнітивні реакції* з труднощами локалізації та розпадом слухової уваги.

Навіть при білатеральній імплантації (два імпланти), а особливо при монолатеральній (один імплант), дитині вкрай важко визначити джерело звуку в просторі (*«Звідки лунає вибух? Звідки біжить людина? Чому всі схопилися?»*). Це провокує хаотичну метушливість, дезорієнтацію та неможливість слідувати за групою без прямого фізичного ведення за руку.

Труднощі розуміння інструкцій у зашумленому стресовому середовищі - у всіх дітей з КІ. Коли дорослі (батьки або вихователі в садку) на емоціях швидко, нерозбірливо чи пошепки кричать інструкції в темному або шумному підвалі, КІ-дитина не встигає зчитати артикуляцію з губ і не розбирає спотворене мовлення через шум. Виникає когнітивний ступор: вона бачить тривогу дорослого, чує звуковий фон, але не розуміє змісту команди, що інтерпретується як «упертість» або «непослух», хоча насправді є паралізуючим страхом невизначеності.

Як не дивно, але драбина страхів для користувачів КІ радикально інша - вона практично дзеркально перевернута порівняно з драбиною глухих дітей. Якщо для глухої дитини звук не існує і головний жах — це темрява (втрата зору), то для дитини з КІ головним джерелом тривожності і страхів стає гіперакустичний біль, нестерпний цифровий дисторшн (спотворення звуку) з головним страхом втрати самого апарата - у 71,2% дітей (за спостереженнями мам).

Кохлеарний імплант передає звук не так, як біологічне вухо і під час вибуху чи виття сирени мікрофони процесора перевантажуються, перетворюючи звук на різкий, металевий, скреготливий акустичний удар прямо в слуховий нерв.

Нижче наведено ієрархічну драбину страхів для дітей із КІ (дошкільний та молодший шкільний вік).

Ієрархічна драбина загрозливих страхів для користувачів КІ

ВЕРШИНА: 80-100% - НАЙТИПОВІШІ/ВІТАЛЬНО-КРИТИЧНІ СТРАХИ (АКУСТИЧНО-ТЕХНІЧНІ)

▲ 1. Акустичний шок / детонаційний звуковий удар (сирена, вибух, ППО)
▲ 2. Фізичне зміщення котушки / зривання процесора в тисняві натовпу
▲ 3. Реверберaційний хаос підвалу (луна бетону + галас сотень людей)
▲ 4. Страх безповоротної втрати / розбиття мовного процесора

СЕРЕДНІ ЩАБЛІ: 40-70% - ПОМІРНІ / СИТУАТИВНІ СТРАХИ

◆ 5. Розрядка акумулятора / блекаут для зарядних станцій (раптове оглухнення)
◆ 6. Неможливість розібрати мовлення дорослого через шум в укритті
◆ 7. Волога, піт і конденсат у підвалі (загроза замокання електроніки)

НИЖНІ ЩАБЛІ: 0-30% - НАЙМЕНШ ЗНАЧУЩІ СТРАХИ (ПОРІВНЯНО З ГЛУХИМИ ДІТЬМИ)

▼ 8. Темрява в укритті (якщо збережено слуховий контакт із голосом мами)
▼ 9. Низькочастотні вібрації підлоги (слухова картинка перекриває тактильну)

1. Найтиповіші та найбільш загрозливі страхи (вершина драбини: 80–100%).

Рівень 1. Акустичний шок і цифровий дисторшн (сенсорний біль). Зовнішній мікрофон процесора налаштований вловлювати тихі звуки для розвитку мовлення. Коли поруч лунає сирена на 100+ дБ або вибух ракети, система автоматичного регулювання підсилення (AGC) не встигає миттєво згасити пік. Прояви: виникає гострий, пронизуючий імпульс безпосередньо в слуховий нерв, що сприймається як удар струмом або фізичний біль у голові. Дитина хапається за голову, падає, верещить або зриває апарат ривком і жбурляє його геть.

Рівень 2. Страх зміщення котушки та зривання магніту. Магніт, що утримує передавач на черепі, легко злітає при бігу, штовханині у вузьких

дверях сховища чи зачіпанні одягом. Прояви: для дитини раптове відпадання магніту — це миттєве, катастрофічне «вимикання» світу зі звуком клацання або свисту, що викликає гостру паніку сепарації.

Рівень 3. Реверберaційний хаос бетонного укриття. Бетонні стіни підвалу створюють багаторазове відлуння (реверберацію). Плач дітей, перегукування дорослих, гул вентиляції змішуються процесором у недиференційовану «звукову кашу». Прояви: повна втрата розуміння мовлення. Навіть знайомий голос мами дитина чує як спотворене булькотіння, через що впадає у стан розгубленості та дезорієнтації.

Рівень 4. Індукований страх втрати пристрою (через тривогу батьків). Батьки постійно повторюють: «Бережи вушко! Не зламай, це мільйон гривень, новий не купимо!». Прояви: у момент небезпеки дитина боїться не так ракети, як того, що вона впустить процесор у багнюку, загубить його на сходах або його розтопчуть у підвалі, через що її «покарають або вона назавжди залишиться глухою».

2. Найменш значущі страхи (низ драбини: 0-30%). Темрява в укритті. На відміну від глухих дітей (Таблиця 23), для користувача КІ темрява не є

Таблиця 23

Порівняльна матриця драбини страхів: глухі діти і діти з КІ

Параметр	глухі діти	КІ діти
Головний тригер паніки	Темрява / блекаут (руйнування єдиного каналу інформації).	Акустичний удар / вибух / сирена (сенсорний біль).
Реакція на сирену	Байдужість (якщо дорослі спокійні).	Гострий страх, затуляння вух, спроба зірвати апарат.
Головний матеріальний страх	Втратити ліхтарик / окуляри.	Розбити / загубити зовнішній процесор у тисняві.
Реакція на натовп у підвалі	Дратує перекриття огляду (не видно жестів).	Виснажує гучна луна й нестерпний цифровий шум.
Рятівна дія в укритті	Увімкнути світло, сісти обличчям до мами.	Вимкнути/зняти апарат або одягнути навушники.

Створено автором

абсолютною катастрофою. Якщо апарат увімкнений, дитина продовжує чути голос мами поруч («Я тут, тримаю тебе за руку»), що зберігає слуховий місток безпеки.

Вібрації підлоги. Оскільки слуховий аналізатор у дитини з КІ активний, її мозок передусім опрацьовує слухову картину загрози (гул, вибух), тому соматосенсорні вібрації підлоги відходять на другий план (на відміну від глухих дітей, для яких це був єдиний сигнал землетрусу/руйнування).

Відмічаємо також і продіагностовану вікову специфіку драбини страхів для дітей з КІ.

Дошкільний вік (3-5 років). Не розуміють технічної природи болю у вусі. Вважають, що процесор став «злим» або що в голові щось ламається. Рефлекторно зривають і жбурляють дорогий апарат на бетонну підлогу, піддаючись вторинному ризику його пошкодження.

Молодший шкільний вік (6-10 років). Усвідомлюють ціну імпланта. Головний страх - розрядка акумуляторів під час затяжного блекауту в підвалі, що повертає їх у раптовий стан глухоти, та страх цькування в укритті, якщо апарат починає свистіти (зворотний зв'язок) через неправильно одягнений головний убір.

У таблиці 24 ми порівняли два профілі глухих дітей за діагностичними параметрами з тим, щоб у формувальному етапі практично надати прикладні рекомендації.

Діти дошкільного віку із синдромом Дауна мають унікальний нейропсихологічний та емоційний профіль, який докорінно змінює класичні клінічні прояви страху та тривоги.

Таблиця 24

Порівняльний профіль: Глухі і КІ-діти (дошкільний вік)

Діагностичний параметр	Глуха дитина без імпланта	Кохлеарно імплантована дитина
Реакція на сирени / вибухи	Не реагує на звук; реагує на вібрації поверхонь та перелякані обличчя людей.	Гострий біль / дисторшн від гучності; панічно здирає процесор з голови.

Діагностичний параметр	Глуха дитина без імпланта	Кохлеарно імплантована дитина
Нічний страх / темрява	Сенсорна депривація звична, але темрява лякає відсутністю візуального контролю.	Подвійна депривація: знятий процесор раптово повертає глухоту + темрява вимикає зір.
Охоронна поведінка	«Візуальне чіпляння» за маму, постійний контакт «очі-в-очі».	Контроль наявності апарата на голові, постійна перевірка заряду, страх втратити зв'язок зі світом.
Сприйняття команд у стресі	Сприймає жести або чіткі вказівки; темрява блокує сприйняття.	Шум укриття заглушає мову дорослого; без візуального контакту з губами виникає ступор.

Створено автором

Діти дошкільного віку із синдромом Дауна мають унікальний нейропсихологічний та емоційний профіль, який докорінно змінює класичні клінічні прояви страху та тривоги.

У масовій свідомості поширений стереотип про виключну «сонячність», добродушність і безтурботність таких дітей. Через це батьки та педагоги нерідко пропускають *тривожні стани*, списуючи страхи на «впертість», інтелектуальне зниження або особливості характеру. Насправді діти із синдромом Дауна вкрай вразливі до тривожних розладів через слабкість регуляторних систем мозку, підвищену сенсорну чутливість і високий рівень емоційного резонансу.

1. *Фізіологічні реакції*: соматична інертність і сенсорна гіперчутливість стосується подовженого латентного періоду та інертність вегетативних реакцій. Через особливості нейродинаміки реакція на стресор (наприклад, раптовий гуркіт вибуху чи сигнал сирени) може бути відтермінованою в часі на кілька секунд або навіть хвилин. Проте, коли фізіологічна реакція запускається (тахікардія, почервоніння чи збліднення шкіри, задишка, пітливість долонь), дитині набагато важче самостійно повернутися до базового спокою. Вегетативне збудження тримається годинами.

Специфічні соматичні еквіваленти тривоги. Малюки із синдромом Дауна схильні реагувати на фоновий стрес розладами травлення (різкі закрепи або, навпаки, психогенна діарея), раптовою м'язовою гіпотонією («обм'якання», втрата сили в ногах — дитина сідає на підлогу і відмовляється рухатися) або атиповим розпадом режиму сну. Порушення сну часто супроводжуються парасомніями (нічні скрикування, апное, часті пробудження з дезорієнтацією).

Емоційно-поведінкові реакції «завмирання», протест і надмірний ритуалізм виражений у всіх досліджених дітей. Феномен ступору / блокування у 1 дитини, що характеризується пасивною формою захисту — *повне завмирання*. Вона сідає або лягає на землю, не реагує на звернення, заплющує очі, закриває вуха долонями й стає абсолютно нерухомою. Матір часто сприймає це як маніпуляцію чи непослух, тоді як насправді це крайній ступінь паралізуючого жаху перед непереборним стимулом. Також виявлено гіперритуалізація та патологічний опір змінам. На наш погляд, це зумовлено станом війни, його нестабільністю. Оскільки світ у стані війни є нестабільним, тривожна дитина чіпляється за мікропорядок як за єдину опору. З'являється нав'язлива потреба ходити виключно однією дорогою, розкладати речі в суворій послідовності, їсти з одного посуду. Будь-яка несподівана зміна (необхідність терміново зібратися в укриття, зміна приміщення, зміна вихователя) викликає тяжку афективну реакцію, плач і самопошкодження (покусування рук, удари головою об поверхні). Емоційне «губчасте» зараження (висока емпатичність без фільтра) із загостреним зчитуванням невербальних сигналів матері (тон голосу, тремтіння рук, погляд). Навіть якщо дитина не розуміє суті небезпеки (не усвідомлює слова «ракета» чи «обстріл»), вона миттєво вбирає страх батьків і транслює його через прилипання, безпричинний плач або агресивні спалахи стосовно однолітків.

Когнітивні реакції характеризуються дефіцитом прогностичної функції та ефетом мовчазної тривожності.

У перші секунди раптової сирени та метушні дорослого спрацьовує найвищий рівень загрози. Через інертність нервової системи та різке руйнування звичних ритуалів дитина просто не може адаптуватися до події.

Драбина страхів для сонячних дітей

ВЕРШИНА - НАЙКРИТИЧНІШІ СТРАХИ, СТАНИ (ШОКОВІ/ АФЕКТИВНІ)

▲ 1. Паралізуючий жах (ступор / «завмирання»): повне відключення від реальності, дитина падає на підлогу та закриває вуха/очі.

▲ 2. Гостра афективна реакція із самопошкодженням: істерика, покусування рук чи удари головою як протест проти різкого руйнування мікропорядку (необхідність терміново йти кудись).

▲ 3. Раптова м'язова гіпотонія («обм'якання»): миттєва втрата сили в ногах через сенсорне перевантаження, відмова рухатися.

СЕРЕДНІ ЩАБЛІ - ПОМІРНІ / СТРУКТУРНІ СТРАХИ)

◆ 4. Емоційне «губчасте» зараження виявляється у безпричинному плачі, нав'язливому «прилипанні» до дорослої або агресивних спалахах щодо однолітків як пряма рефлекторна відповідь на мікроміміку, тремтіння голосу чи рук матері/вихователя.

◆ 5. Відтерміновані соматовегетативні реакції (тривала тахікардія, задишка або раптові психогенні розлади травлення (діарея/закреп)), які маніфестують уже під час перебування в укритті.

◆ 6. Фрустрація через неможливість дотриматися мікроритуалу з наростанням тривоги через зміну звичного порядку (наприклад, інше місце для сидіння, відсутність звичного посуду чи іграшки), за який дитина чіпляється як за опору.

НИЖНІ ЩАБЛІ - БАЗОВІ / ФОНОВІ СТРАХИ (ІНЕРТНО-КОГНІТИВНІ)

▼ 7. «Мовчазна тривожність» (дефіцит прогнозування) спостерігається у нецілеспрямованому блуканні простором або загальній метушливості через нерозуміння того, коли закінчиться зміна події та скільки ще триватиме тривога.

▼ 8. Постстресові парасомнії, як нічні скрикування, апное та часті пробудження з дезорієнтацією як наслідок накопиченого за день фонового напруження.

▼ 9. Фонова соматична інертність у легкій млявості, «зависання» та уповільнене виконання простих інструкцій після повернення з укриття через виснаження нервової системи.

Зважаючи на те, що щабель 4 (емоційне зараження) є ключовим тригером середнього рівня, то алгоритм «СТОП» і техніка «Киснева маска» для дорослої допоможуть розірвати цей ланцюг передачі страху в укритті, про що йтиметься у формувальному етапі експерименту (Розділ ІІІ).

Нами визначено найтиповіші та найбільш загрозливі страхи у вершині драбини.

Рівень 1. Паралізуючий жах (сенсорно-акустичний ступор). Через слабкість регуляторних систем мозку та сенсорну гіперчутливість несподіваний гучний звук (сирена, вибух) викликає миттєве перевантаження. Прояви наша дитина впадає в стан пасивного захисту (ступор) — повністю завмирає, лягає або сідає на підлогу, заплющує очі, закриває вуха долонями і не реагує на звернення, що часто хибно сприймається як непослух.

Рівень 2. Катастрофічна фрустрація через руйнування мікропорядку. У нестабільному стані війни тривожна дитина чіпляється за мікроритуали як за єдину базову опору. Раптова необхідність терміново перервати дію і йти в укриття ламає цю послідовність. Прояви стосуються гострої афективної реакції, іноді плач, протест та самопошкодження (покусування рук, удари головою об стіни чи поверхні).

Рівень 3. Раптова м'язова гіпотонія («обм'якання»). Через фізіологічну інертність вегетативна нервова система реагує на різкий фоновий стрес атиповим соматичним еквівалентом — раптовою втратою м'язового тонусу замість класичної реакції «бий або біжи». Дитина миттєво втрачає силу в ногах, «обм'якає», осідає на сходи чи підлогу під час евакуації та фізично не може продовжувати рух.

Рівень 4. Індукований страх через емоційне «губчасте» зараження. Через високу емпатичність без когнітивних фільтрів дитина миттєво зчитує невербальні сигнали тривоги матері (тремтіння рук, панічну міміку, різкий тон голосу, поверхневе дихання), навіть не усвідомлюючи об'єктивної суті загрози (наприклад, що означає сирена чи слово «обстріл»). Тому дитина рефлекторно віддзеркалює материнський дистрес, що виражається через нав'язливе фізичне «прилипання», безперервний плач або раптові агресивні спалахи, фактично проживаючи та транслюючи непереробленій жах дорослого як свій власний.

Вікова специфіка страхів у дошкільному віці (3-5 років) за нашими спостереженнями стосуються проявів страхів, які мають переважно соматовегетативний та тотально симбіотичний характер. Через абсолютну емоційну залежність від матері (максимальний прояв феномену «губчастого» зараження) діти дошкільного віку не диференціювали об'єктивне джерело небезпеки, а сприймали тривогу виключно через порушення базового комфорту. На цьому віковому етапі беззаперечно домінують реакції найвищого щабля «Драбини страхів»: паралізуючий ступор, раптова м'язова гіпотонія («обм'якання») та гострі порушення фізіологічних ритмів (сну, травлення). Страх тут виступає як недиференційований вітальний жах, що повністю віддзеркалює декомпенсацію первинного безпекового буфера родини.

У віковій специфіці страхів молодшого шкільного віку (6-10 років), де розширюються соціальні контакти освітнього середовища страхи набувають більш структурного та соціалізованого характеру. Хоча фізіологічна інертність нервової системи зберігається, на перший план виходить гостра фрустрація через руйнування мікропорядку (наприклад, раптове переривання уроку, зміна звичного маршруту до укриття, присутність незнайомих дорослих). У цьому віці дитина виявилася здатною частково фіксувати тривогу на конкретних середовищних тригерах, а її реакція частіше трансформувалася з пасивного «завмирання» у виражений поведінковий протест, відтермінована соматизацію, іноді емоційний зрив у взаємодії з однолітками під час евакуації.

Для **дітей з РАС** ця картина буде кардинально відрізнятися від інших попередніх нозологій, адже тут на перший план виходить сенсорна дезінтеграція та ригідність.

Фізіологічні реакції (сенсорний біль та тактильна оборонність). На фізіологічному рівні страх у дітей з РАС маніфестує переважно через сенсорну гіперакузію та тактильну оборонність. Звук сирени чи детонації не просто лякає дитину — він створює пряме нейросенсорне перевантаження

скроневої кори, що відчувається як нестерпний фізичний біль. Ситуація критично ускладнюється, коли мати в стані паніки рефлекторно намагається схопити дитину, потягнути за руку чи міцно притиснути до себе під час евакуації. Через гіперчутливість такий несподіваний, рвучкий фізичний контакт сприймається дитиною не як захист, а як грубе тактильне вторгнення, що провокує негайну фізіологічну відсіч (виривання, падіння на землю).

*Емоційно-поведінкові реакції (*мелтдаун та руйнування стереотипу) визначаються критичною залежністю від залученості та невербальних патернів дорослої (дорослих). Коли реактивна тривожність матері проявляється через хаотичну метушню, зміну інтонації та порушення звичної послідовності дій, нервова система дитини втрачає єдину опору. Не маючи сформованих фільтрів сприймання, дитина інтерпретує цю зміну як катастрофічний колапс простору. Це миттєво запускає захисний сенсорно-афективний вибух (мелтдаун) - неконтрольований вереск, автоагресію (биття головою об бетон, роздряпування обличчя) або, навпаки, вторинний кататонічний ступор.

На *когнітивному рівні*, особливо у молодших школярів із РАС, страх набуває форми стійких воєнних обсесій. Через дефіцит центральної когеренції та схильність до надцінних інтересів дитина буквально інтроєктує хронічну особистісну тривожність матері (її постійні розмови про ракети, радіацію, руйнування). Дитина фіксується на цих деталях, нескінченно будуючи з конструктора «розбомблені будинки» або вимагаючи від дорослих повторення відповідей на сотні однотипних запитань про прильоти. Страх тут консервується у вигляді жорсткого ритуалу, найменша зміна якого (наприклад, інше місце в укритті) призводить до важкого адаптаційного зриву.

Ієрархічна «Драбина страхів» для дітей з РАС

ВЕРШИНА - ВІТАЛЬНО-СЕНСОРНІ СТРАХИ (КОЛАПС ПРОСТОРУ)

▲ 1. Сенсорний колапс / мелтдаун. Неконтрольований афективний вибух (крик, автоагресія), що запускається хаотичною метушнею переляканої матері, яка руйнує звичний простір дитини.

▲ 2. Тактильне вторгнення. Панічний опір примусовому фізичному контакту (коли мама різко хапає чи тягне дитину в тисняві), що сприймається як фізична агресія.

▲ 3. Сенсорна гіперакузія (акустичний шок). Прямий фізичний біль від виття сирен або вибухів, що спричиняє миттєве сенсорне перевантаження незалежно від стану дорослої.

СЕРЕДНІ ЩАБЛІ - СТРУКТУРНО-АДАПТАЦІЙНІ СТРАХИ

◆ 4. Руйнування динамічного стереотипу евакуації. Гостра тривога через неможливість дотриматися жорсткого ритуалу (наприклад, зайняте звичне місце в підвалі, вхід через інші двері).

◆ 5. Психогенний регрес навичок / вторинний ступор. Тимчасова втрата набутих побутових чи комунікативних навичок як пасивна реакція на сенсорний хаос у сховищі.

НИЖНІ ЩАБЛІ - КОГНІТИВНО-ОБСЕСИВНІ СТРАХИ

▼ 6. Нав'язливі монотематичні обсесії. Воєнна фіксація дій та думок (постійне малювання руйнувань, повторення тривожних фраз за матір'ю) як спроба структурувати незрозумілу загрозу.

Ось детальний опис кожного рівня для дітей з розладами аутистичного спектра, який ви можете безпосередньо інтегрувати у вашу дисертацію:

Додамо, що *вітально-сенсорний рівень* (80–100%) у вершині драбини страхів у дітей з РАС визначається гострим сенсорним та афективним колапсом. Головним детонатором тут виступає не стільки об'єктивна загроза, скільки реактивна тривожність матері: її хаотичні рухи, рвучкі спроби схопити дитину та різка зміна інтонації. Для гіперчутливої нервової системи дитини це стає критичним дизруптором, що сприймається як грубе тактильне вторгнення і катастрофічне руйнування простору. Додаючись до нейросенсорного болю від гучних звуків сирен (гіперакузії), цей материнський хаос миттєво запускає захисний мелтдаун — важкий стан неконтрольованого крику, рухового збудження або небезпечної автоагресії (биття головою, роздряпування обличчя).

А *структурно-адаптаційний рівень* (40–70%) у середніх щаблях відображає гостру фрустрацію через неможливість збереження життєво необхідної діяльності. В умовах екстреної евакуації та перебування у спільному укритті динамічні стереотипи дитини (звичне місце, порядок дій,

передбачуваність) неминуче руйнуються. Не маючи гнучкості для швидкої адаптації до нового середовища, наповненого сторонніми людьми та сенсорним шумом, дитина з РАС реагує важким адаптаційним зривом. Цей стан часто маніфестує через психогенний регрес: дитина може тимчасово втратити раніше набуті комунікативні чи побутові навички або впасти у вторинний ступор, намагаючись відгородитися від хаосу навколо.

Когнітивно-обсесивний рівень (0–30%) нижніх щаблів драбини розкриває специфіку інтроєкції материнської тривоги, що особливо характерно для молодших школярів. Хронічна особистісна тривожність матері, яка постійно моніторить новини та озвучує загрози, буквально цементується в психіці дитини через її схильність до буквалізму та надцінних інтересів. Страх тут трансформується у жорсткі монотематичні обсесії: дитина нав'язливо будує з конструктора сцени руйнувань, нескінченно вимагає відповідей на одні й ті самі питання про ракети або створює складні просторові ритуали. Найменше порушення цих ритуалів знову відкидає дитину на вершину афективного колапсу.

Головна особливість ТПМ - це ускладнена або неможлива вербалізація емоцій, і страхи у них концентрується навколо комунікативного бар'єра.

Фізіологічні реакції (спазм та порушення дихання) у дітей з ТПМ під час воєнного стресу найчастіше локалізуються в артикуляційному та дихальному апаратах. Раптовий переляк (наприклад, звук сирени) провокує різкий м'язовий спазм шиї, грудної клітки та голосових зв'язок. Це призводить до миттєвого порушення мовленнєвого дихання, різкого посилення заїкуватості (аж до логоневротичного ступору), а у дітей з ринолалією чи дислалією — до повної втрати контролю над артикуляцією. Дитина буквально "задихається" від тривоги, не маючи змоги зробити повноцінний вдих, що супроводжується загальною тілесною скутістю.

Емоційно-поведінковий рівень характеризується гострим комунікативним блокуванням. У стані вітальної загрози діти з ТПМ часто впадають у вторинний (елективний) мутизм — повну відмову від мовлення. Оскільки

вони не можуть швидко вербалізувати свій жах, виникає гостра фрустрація, яка переростає в афективні спалахи або глибоке відсторонення. У хаосі евакуації дитина часто використовує тотальне "прилипання" до матері, плач або різкі жести як єдиний доступний спосіб заявити про свій стан, відчуваючи безсилля від того, що її не розуміють.

Когнітивні реакції (заблокована тривога). На когнітивному рівні стрес критично знижує здатність до обробки слухо-мовленнєвої інформації (особливо у дітей із ЗМР). Виникає ефект "когнітивного перевантаження": дитина не встигає декодувати швидкі словесні інструкції дорослих. Оскільки страх залишається неназваним, він не може бути раціоналізованим (феномен "заблокованої тривоги"). Дитина сприймає загрозу як тотальну і недиференційовану, що повністю руйнує прогностичну функцію та розуміння того, що саме відбувається.

Для дітей із тяжкими порушеннями мовлення ця драбина матиме яскраво виражений психосоматичний та комунікативний характер.

Драбина страхів для дітей з тяжкими порушеннями мовдення

ВЕРШИНА - ВІТАЛЬНО-КОМУНІКАТИВНІ ТА СОМАТИЧНІ СТРАХИ (АФЕКТИВНИЙ БЛОК)

▲ 1. Гострий психогенний мутизм (елективний ступор). Миттєва повна відмова від мовлення та замикання голосової щілини як реакція на акустичний удар і вербальний тиск матері («Швидко кажи, що злякався!»).

▲ 2. Тоніко-клонічний логоневротичний спазм. Раптове поглиблення заїкання та втрата контролю над артикуляцією через гостру тривогу та передкризове очікування невдачі («я не зможу вимовити»).

▲ 3. Гострі соматовегетативні еквіваленти страху. Оскільки дитина не може вербалізувати жах, напруга миттєво скидається в тіло і сигнал - парадоксальне дихання (задуха), функціональна рвота або вторинний енурез в укритті.

▲ 4. Панічна сепараційна тривога. Гострий страх загубити матір у натовпі під час евакуації, оскільки мати є не лише об'єктом прив'язаності, а й єдиним «перекладачем» дитини для навколишнього світу.

СЕРЕДНІ ЩАБЛІ - СОЦІАЛЬНО-СИТУАТИВНІ СТРАХИ (ПРОЄКЦІЙНІ)

◆ 5. Соціальна воєнна логофобія. Панічний страх заговорити або звернутися за допомогою у спільному сховищі через хронічну стигматизацію та трансляцію особистісної тривоги матері («мовчи, не ганьбися»).

◆ 6. Страх темряви та акустичного відлуння. Посилюється тим, що в темряві або шумі дитина позбавлена можливості використовувати невербальні жести чи читати по губах для компенсації свого мовленнєвого порушення.

НИЖНІ ЩАБЛІ - ФОНОВІ / КОГНІТИВНІ СТРАХИ

▼ 7. Страх інформаційного хаосу (когнітивне перевантаження). Тривога через нездатність швидко декодувати стрімкі словесні інструкції дорослих у момент зборів чи небезпеки.

▼ 8. Фонова фрустрація від «заблокованої тривоги». Постійне фонове напруження від неможливості раціоналізувати загрозу через відсутність слів для її опису.

Вітально-комунікативний та соматичний рівень (80–100%) у вершині драбини страхів у дітей з ТПМ характеризується гострим афективним блокуванням, яке запускається специфічним механізмом «вербально-комунікативної пастки». У момент різкої небезпеки (звук сирени, вибух) панічна вимога матері негайно надати словесну відповідь («швидко кажи, що злякався») стикається з фізіологічною нездатністю дитини це зробити. Цей конфлікт призводить до тотального спазму дихального та артикуляційного апарату, провокуючи психогенний мутизм або важкі тоніко-клонічні логоневротичні судоми. Оскільки жах не знаходить словесного виходу, невідреагована напруга миттєво скидається через соматовегетативні канали у вигляді задухи, парадоксального дихання або функціональних розладів (блювання, вторинний енурез), безпосередньо загрожуючи фізіологічному благополуччю дитини.

Соціально-ситуативний рівень (40–70%) на середніх щаблях драбини відображає соціальну вразливість дитини з ТПМ у колективному просторі укриття. Провідним тригером тут виступає трансляція особистісної тривожності матері, яка переживає сором за мовленнєвий дефект дитини перед сторонніми людьми. Під її тиском («мовчи, не ганьбися») у школяра чи дошкільника формується гостра воєнна логофобія — панічний страх вимовити хоча б звук, через що дитина може годинами терпіти спрагу чи потребу в туалеті. Цей рівень страху посилюється специфікою підвальних приміщень: темрява та гучне відлуння блокують можливість читати по губах

або використовувати жести, залишаючи дитину в стані глибокої комунікативної ізоляції.

Фоновий та когнітивний рівень (0–30%) на нижніх щаблях драбини страхів формуються через ефект «заблокованої тривоги» та інформаційного хаосу. Через труднощі в декодуванні швидких і плутаних словесних інструкцій дорослих під час метушливої евакуації, дитина відчуває сильне когнітивне перевантаження. Не маючи достатнього експресивного словника, щоб назвати та раціоналізувати загрозу, вона сприймає ситуацію як тотальний недиференційований жах. Це породжує постійне фонове напруження та виснажливу фрустрацію, оскільки страх залишається невидимим для дорослих, але продовжує руйнувати прогностичну функцію та емоційну стабільність дитини.

Специфіка проявів страху у дошкільному віці (3-5 років) з провідним механізмом дезадаптації дитини з ТПМ має деструктивний вплив гострої реактивної тривожності матері. Така ситуація створює «вербально-комунікативну пастку». У момент раптової небезпеки панічна вимога дорослої негайно висловити свої відчуття («скажи, що злякався») блокує несформовану артикуляційну моторику малюка. Цей комунікативний тиск провокує гострий логоневротичний спазм та психогенний мутизм. Оскільки дошкільник не може вербалізувати вітальний жах, невідреагована напруга масивно скидається в тіло через соматовегетативні канали, викликаючи напади задухи, спастичне дихання або функціональні розлади (наприклад, вторинний енурез).

Специфіка проявів страху у молодшому шкільному віці (6-10 років) пов'язується з ядром декомпенсації, яке зміщується у соціально-комунікативну площину. Головним тригером стає особистісна тривожність матері та її страх стигматизації. У публічному просторі колективного укриття мати транслює дитині настанову приховувати свою особливість перед сторонніми («мовчи, не ганьбися»), що формує у школяра глибоку воєнну логофобію. У результаті страх соціальної оцінки перевершує об'єктивний

страх загрози: дитина панічно боїться звернутися за допомогою, що закріплює постійне очікування мовленнєвої невдачі та переводить стрес від воєнного тригера у затяжні клоно-тонічні судоми.

2.6. Концептуальна мапа страхів війни у дітей з ООП

Завершувалося діагностичне дослідження складанням мапи страхів. На основі матеріалів з літературних джерел нами на початку експерименту було складено “Мапу страхів дітей з особливими освітніми потребами” (Рис. 11) з урахуванням типу страху (фізичний, соціальний, екзистенційний), рівня його прояву (інтенсивність, частота), соціального фону (стан родини, досвід переселення, наявність підтримки).

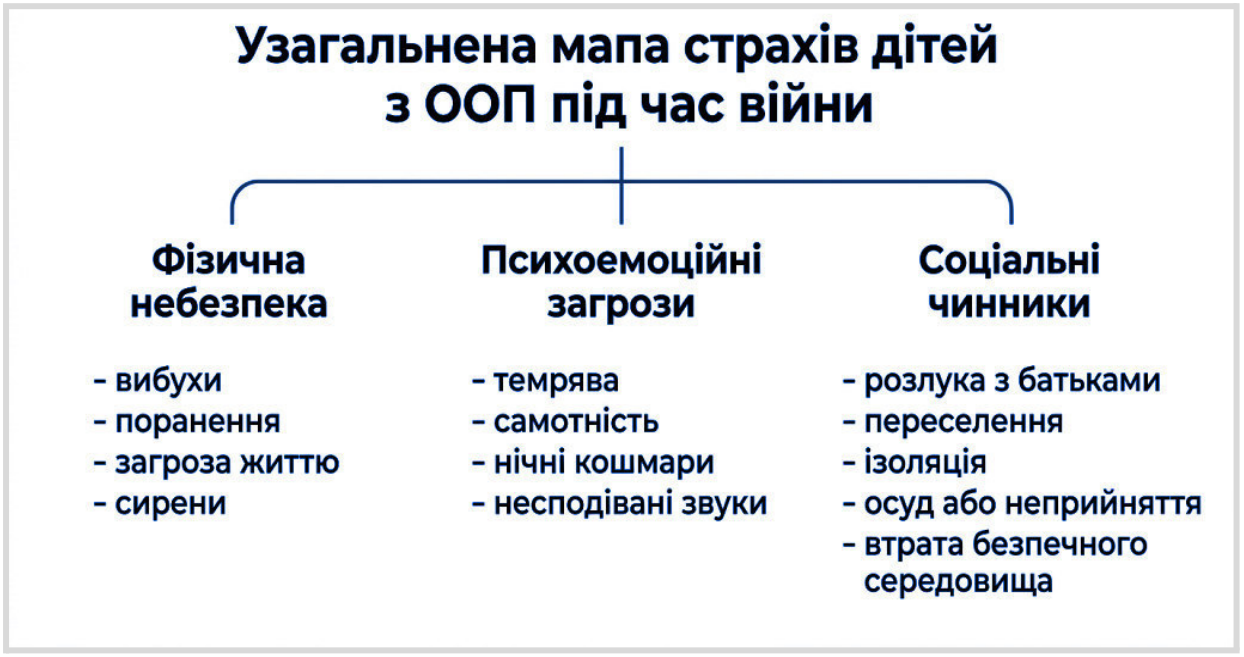


Рис. 11. Узагальнена мапа страхів дітей з ООП під час війни

Серед когорти діагностичних критеріїв тривожності визначено:

а) фізіологічні реакції (судоми, порушення сну, соматичні скарги);

б) емоційно-поведінкові (плаксивість, страх темряви, агресія, регресивні дії та ін.);

в) когнітивні (розгубленість, труднощі концентрації, уникнення відповідальності та ін.).

Представлена авторська тривимірна структура була чудовою теоретичною рамкою, втім після проведення КД в теперішньому вигляді вона здебільшого відображає страхи нормотипової дитини. Для дітей з ООП типові загрози кардинально видозмінюються через сенсорні, комунікативні та когнітивні дефіцити, зафіксовані нами у КД.

Тому на цьому етапі ми доповнюємо її специфічними категоріальними маркерами з внесенням окремого сенсорно-адаптивного розділу, який складається з трьох блоків.

1. Блок «Фізична небезпека»

Акустичний ступор / больовий шок: для дітей із КІ чи гіперакузією при РАС вибухи та сирени — це не просто тривожний сигнал, а *фізичний біль* та акустичний шок. Тілесна реакція на вібрації: глухі діти відчувають небезпеку не слухом, а вібрацією стін, скла, підлоги, що формує тілесний страх руйнування опори. Загроза втрати асистивних пристроїв через критичний специфічний страх для дітей з ООП - пошкодження, згуба або розрядка процесора імпланта, СА, окулярів, інвалідного візка під час бігу чи спуску в укриття. Сенсорне обмеження в просторі укриття: задуха, специфічний запах підвалу, пил, обмеженість рухової активності.

2. Блок «Психоемоційні загрози»

Страх повної сенсорної ізоляції в темряві, у темряві глуха дитина втрачає єдиний канал контролю за світом (зір), опиняючись у повній порожнечі, а дитина з КІ — за знятого на ніч процесора. Крах мікропорядку для дітей із РАС та синдромом Дауна. Раптовий злам звичного розкладу (спуск у підвал, зміна режиму сну) спричиняє паніку екзистенційного масштабу. Емоційне інфікування від матері, коли діти з ментальними порушеннями діють як емоційні губки — вони дзеркалять паніку батьків без раціонального розуміння причин.

Сенсорне перевантаження *стосується* скупчення людей у бомбосховищі, миготіння ліхтарів, гучний шум провокують мелтдаун.

3. Блок «Соціальні чинники» «Пастка мовчання» / комунікативна фрустрація, страх бути незрозумілим дорослими під час небезпеки (у дітей із тяжкими порушеннями мовлення, заїканням, мутизмом або при відсутності жестової мови в оточенні). Стигматизація та осуд реакцій в укритті, страх дитини та батьків перед агресією чи невдоволенням оточуючих людей у бомбосховищі через крики, стимінг, плач, неадекватну поведінку дитини з ООП. Втрата рідного освітнього та терапевтичного простору, переривання реабілітації, занять із логопедом, дефектологом, розрив зв'язку зі звичним корекційним педагогом чи асистентом.

Тому наша оновлена та доповнена матрична мапа, наповнена зафіксованими страхами війни, виглядає наступним чином (Таблиця 25).

Таблиця 25

Узагальнена мапа страхів дітей з ООП під час війни

Категорія страхів	Фізична небезпека	Психоемоційні загрози	Соціальні чинники
Базові прояви	вибухи та обстріли поранення, травми загроза життю виття сирен	темрява самотність нічні кошмари несподівані звуки	розлука з батьками переїзд / статус ВПО соціальна ізоляція втрата звичного середовища
Специфічні прояви для дітей з ООП	акустичний шок / дисторшн імпланта вібрація поверхонь втрата / поломка асистивних пристроїв тілесні спазми / логоневротичні тики соматизація в ШКТ	сенсорний вакуум у темряві (глухі) сенсорне перевантаження в укритті крах рутини та непередбачуваність вторинний страх / індукція тривоги матері	комунікативна безпорадність / логофобія осуд стимінгу або крику сторонніми в укритті переривання терапії, реабілітації та навчання

Створено автором

Така деталізація дає змогу бачити не лише загальну небезпеку війни, а й індивідуальні «больові точки» кожної нозологічної групи при плануванні психологічного супроводу та облаштуванні інклюзивних укриттів.

Концептуальна “Мапа страхів” представлена на Рис. 12 і побудована з урахуванням спільного ядра - універсальних механізмів дистресу та специфічних страхів конкретних продіагностованих нозологічних категорій.

За результатами першого констатувального етапу дослідження встановлено, що в умовах воєнного стану при повітряних тривогах діти з ООП демонструють підвищену чутливість до непередбачуваних подій, яка формує основу для розвитку тривалих тривожних розладів, що, безумовно, потребує систематично організованої психодіагностики, адаптивних втручань, психоедукації і для батьків/опікунів, і для дітей з урахуванням специфіки їхнього вікового, сенсорного розвитку і функціонування.

Таким чином, тривожність і страх у дітей з ООП мають діагностично значущі параметри, що виявляються через соматичні, емоційні та поведінкові маркери і дозволили узагальнити мапу страхів у дітей означеної категорії. Було помічено, що підвищений ризик розвитку невротичних станів ускладнює адаптацію в умовах війни. Своєчасна діагностика, підтримка безпечного середовища та залучення родини потребує вчасної психодіагностики фахівців, адаптивних втручань, психоедукації, що є критичними чинниками зниження психоемоційного функціонування у дітей, задоволення їхніх потреб у безпеці.

За результатами першого етапу констатувального експерименту підібрано комплекс діагностичних методик, які дозволили вивчити актуальні емоційні стани загальної тривожності і страхів під час повітряної тривоги у дітей з ОП від 3 до 10 років та дистресу їхніх матерів (опікунів). Як приклад, наведено інструкції і подано бланки трьох методик з комплексу. На основі частково зібраних матеріалів аналізується картина тривожності (у критеріях фізіологічних реакцій, емоційних поведінкових проявів, когнітивних особливостей), узагальнена мапа страхів у дітей з ОП.



Рис. 12. Концептуальна мапа страхів дітей з ООП в умовах війни

Дослідженням встановлено, що в умовах війни діти з ОП демонструють підвищену чутливість до непередбачуваних подій, яка формує основу для розвитку тривалих тривожних розладів і системи страхів, які мають діагностично значущі параметри, що виявляються через соматичні, емоційні та поведінкові маркери. Помічено, що підвищений ризик розвитку невротичних станів ускладнює адаптацію в умовах війни. Своєчасна діагностика, підтримка безпечного середовища та залучення родини потребує вчасної психодіагностики фахівців, адаптивних втручань, психоедукації, що є критичними чинниками зниження психоемоційного функціонування у дітей, задоволення їхніх потреб у безпеці.

Висновки до другого розділу

Науково обґрунтовано, *модифіковано* та *апробовано* комплексний психодіагностичний інструментарій, релевантний специфіці сенсорного, когнітивного та мовленнєвого дизонтогенезу в умовах воєнного стану. Дослідницький комплекс інтегрував методику дослідження реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна для матерів, а також стандартизовану «Драбину страхів війни» (шкала 0–100%, адаптована за принципами SUDS) із залученням невербальних маркерів, карток АДК та шкал суб'єктивного дистресу для дітей. Це забезпечило високу валідність діагностики й уможливило об'єктивну кількісну та якісну оцінку проявів тривожності і страхів під час повітряної тривоги в системі діади «мати – дитина з особливими освітніми потребами» без додаткової ретравматизації респондентів.

Емпірично *доведено* якісну неоднорідність і специфічність провідних воєнних страхів у розрізі п'яти нозологічних груп, зумовлену структурою первинного порушення та віковим чинником. Встановлено, що за дефіциту компенсаторних механізмів дитячі страхи легко перетинають критичний дезадаптивний поріг (до 70%), набуваючи патологічних форм: стану вітального «сенсорного блекауту» і панічної дезорієнтації при втраті

візуального контакту в глухих дітей; акустичного больового шоку, цифрового дисторшну та нав'язливого страху поломки процесора в користувачів кохлеарних імплантів; сенсорно-афективного колапсу (мелтдауну) з автоагресією в дітей з РАС; тотального парасимпатичного моторного ступору при синдромі Дауна; респіраторно-артикуляційних спазмів, психогенного мутизму та тяжкої логофобії при ТПМ.

За допомогою здійсненого кореляційного аналізу Пірсона *виявлено* феномен *патологічної психоемоційної індукції* та підтверджено гіпотезу про пряму залежність інтенсивності дитячих страхів від рівня материнської тривожності. Виявлено диференціацію впливу залежно від типу афекту матері: якщо її реактивна тривожність виступає безпосереднім пусковим гачком гострих вегетативних і рухових кризів дитини під час тривоги ($r = 0.68^{***} - 0.84^{***}$, $p < 0.001^{*}$), то материнська особистісна тривожність слугує підґрунтям хронізації невротичних фіксацій, воєнних обсесій та соціальної відчуженості в укриттях ($r = 0.64^{***} - 0.79^{***}$, $p < 0.001^{*}$). Зафіксований на нижніх щаблях драбини кореляційний розрив у низці показників (зокрема слабкий зв'язок тривоги матерів зі страхом темряви в користувачів КІ) довів, що дитина не є сліпим дзеркалом усіх дорослих переживань, а демонструє селективну сенсорну детермінацію страхів.

Узагальнення констатувальних результатів *засвідчило* неспроможність більшості матерів самостійно слугувати стабілізуючим буфером для дітей через синдром власного психоемоційного виснаження та вторинної травматизації. Це доводить, що традиційні ізольовані підходи до корекції виключно дитячої психіки в умовах перманентної війни є неефективними.

Складено «Концептуальну мапу страхів дітей з особливими потребами під час війни” з урахуванням: типу страху (фізичний, соціальний, екзистенційний), рівня його прояву (інтенсивність, частота), соціального фону (стан родини, досвід переселення, наявність підтримки) тощо, що уможливило здійснити глибинну диференційовану діагностику специфічних проявів воєнного дистресу в дітей з різними нозологіями (диференційовані

порушення слуху, синдром Дауна, розлади аутичного спектру, тяжкі порушення мовлення), що є критично важливим для розуміння механізмів їхньої дезадаптації. Завдяки адаптованому інструментарію, зокрема невербальній «Мапі страхів війни», та побудові ієрархічних «драбин страхів», вдалося довести, що реакції дітей з ООП виходять за межі класичної тривоги. Виявлені унікальні патопсихологічні феномени — від сенсорно-акустичного шоку та неможливості локалізувати загрозу до «вербально-комунікативної пастки» і тотального «губчастого» зараження материнською панікою - неспростовно доводять необхідність створення протоколів першої психологічної допомоги з урахуванням нозологічного профілю та особливостей нейродинаміки дизонтогенезу дитини.

Констатовано, що своєчасна діагностика, підтримка безпечного середовища та залучення родини потребує вчасної психодіагностики фахівців, адаптивних втручань, психоедукації, що є критичними чинниками зниження психоемоційного функціонування у дітей, задоволення їхніх потреб у безпеці. Тому виявлені закономірності, насамперед високий ступінь соматизації афекту та критична залежність стану дитини від тривожності матері, диктують гостру необхідність розробки спеціалізованої системи подальшого психологічного реагування. Для ефективного купірування дитячих воєнних страхів та запобігання глибокій невротизації виникає потреба у впровадженні комплексної формувальної програми на засадах тріадичного підходу («дитина – батьки/опікуни – фахівець»). Емпіричні дані підтверджують гіпотезу дослідження: саме першочергова вагусна стабілізація емоційного стану дорослого має стати фундаментом для повернення відчуття контролю, що концептуально обґрунтовує логіку переходу до реалізації та перевірки ефективності авторської програми соціально-психологічної допомоги «Острівець безпеки».

РОЗДІЛ ІІІ.
СУЧАСНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ЯК СИСТЕМА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДУ

3.1. Організація формувального етапу експерименту

Мета формувального етапу: розробити, апробувати та експериментально перевірити ефективність комплексної програми соціально-психологічної допомоги “Острівець безпеки” за принципами “СТОП”, спрямованої на подолання тривожності та страхів у дітей з ООП засобами адаптованих протоколів першої психологічної допомоги та ко-терапевтичної стабілізації в системі тріади «дитина – батьки (мати) – фахівець».

Методологічні параметри вибірки та розподіл груп. Експериментальна робота реалізується на базі спеціальних закладів загальної середньої освіти, ЗДО різних регіонів України.

Загальний обсяг вибірки: 49 пар «дитина з ООП – мати» (диференційовані за 5 нозологіями: глухі діти, користувачі СА, КІ, діти з РАС, із синдромом Дауна, з ТПМ) у двох вікових підгрупах (дошкільний вік 3-5 років; молодший шкільний вік 6-10 років).

Розподіл вибірки. Експериментальна група (ЕГ): 28 пар. Навчальний процес та режим цивільного захисту інтегрували авторську комплексну програму ко-терапії та протоколи ППД.

Контрольна група (КГ): 21 пара (ідентичний нозологічний і віковий розподіл). Супровід здійснювався за стандартними заходами психологічної служби закладу освіти без застосування спеціалізованих диференційованих протоколів ППД та цілеспрямованої корекції материнської тривожності.

Етапність у розробленні комплексної програми: аналіз міжнародного досвіду, визначення концептуальної основи з підходами, принципами і можливостями реального використання; створення програми, визначення змістового наповнення, термінів, фахівців; розроблення і апробація протоколів першої психологічної допомоги для 5 категорій дітей дошкільного і молодшого шкільного віку.

Етапність у реалізації формувальної програми.

Формувальний вплив розраховано на 12-14 (15) тижнів і структуровано у чотири послідовні взаємопов'язані блоки (Таблиця 26).

Таблиця 26

Блочна архітектура формувального етапу

Блок 1 (1-3 тижні)	**Блок 2** (4-10 тижні)	**Блок 3** (11-14 тижні)
пропедевтично-підготовчий	діяльнісно-формувальний	інтегрально-закріплюючий
робота з матерями/опікунами за правилом “Киснева маска”	диференційовані протоколи для пар “мати - дитина”	польові симуляції в укриттях під час реальних тривог
Блок 4 (5 тиждень) - перевірка ефективності програми, порівняльні зрізи		

Створено автором

Зміст та процесуальна характеристика блоків.

Блок 1. Пропедевтично-підготовчий блок: «стабілізуюча доросла — принцип кисневої маски» (1-3 тижні) охоплює цільову аудиторію: матері дітей ЕГ, психологів, вчителів/вихователів, соціальних педагогів.

Завдання: знизити показники реактивної тривожності матерів, ліквідувати панічну мікроміміку й метушливість, озброїти алгоритмом негайної самостабілізації перед контактом із дитиною.

Зміст роботи

1. Тренінговий модуль для матерів «Стоп-Паніка за 60 с.» в опануванні технік вегетативного гальмування (парасимпатичне подовжене видихання з опором «4-7-8», пропріоцептивне самозаземлення «стопи в підлогу», аутоінструкції та ін.).

2. Методичний семінар-практикум для педагогів про правила ненасильницької евакуації дитини з ООП без директивного смикання за кінцівки та голосового форсування.

3. Підготовка сенсорної валізки безпеки з комплектуванням індивідуального набору дитини (шумопоглиначі, тактильні фіджети, налобний ліхтарик, візуальні бейджі АДК).

Блок 2. Діяльнісно-формувальний блок «Диференційовані протоколи ППД та ко-терапія» (4–10 тижні) з можливістю пролонгації.

Формат занять: підгрупові та індивідуальні сесії спільної діяльності «мати – дитина – фахівець» (2 рази на тиждень по 35–45 *хв*) у поєднанні з відпрацюванням домашніх поведінкових вправ і технік.

Диференціація технологій за категоріями дизонтогенезу.

Глухі діти

Впровадження обов'язкового світлового контакту (налобний ліхтарик із теплим розсіяним світлом на рівні очей дорослої).

Формування білатерального тактильного якоря: долоня дитини на грудній клітці матері (зчитування рівного ритму дихання замість зорового пошуку серцебиття).

Закріплення уніфікованого сигнального жестового ряду безпеки УЖМ: УВАГА – УКРИТТЯ – Я ПОРУЧ – БЕЗПЕЧНО.

Користувачі СА і КІ

Десенсибілізація акустичного перевантаження, навчання дитини та матері регулюванню гучності / перемиканню режимів процесора («комфорт у шумі») або використання пасивних демпферних навушників поверх котушки.

Зняття страху втрати девайса, фіксація мовного процесора на спеціальні силіконові завушні фіксатори чи спортивні пов'язки, маркування кейса світловідбивними наліпками.

Технічний аудит безпеки як зниження тривоги. Батьки мають обов'язково мати із собою портативний запасний зарядний пристрій або батарейки в «тривожній валізі». Спеціальні еластичні пов'язки чи кліпси для фіксації процесора під час спусків у підвал допомагають зняти нав'язливий страх дитини його згубити.

Налаштування карти звукосприйняття. Сурдопедагогу чи аудіологу доцільно перевірити ліміти максимального вихідного рівня звуку, щоб захистити дитину від акустичної баротравми під час сирен або вибухів.

Візуально-тактильне дублювання безпекових команд. Навіть якщо КІ-дитина чудово розуміє усне мовлення у спокійній кімнаті, в укритті чи під час паніки інструкція має дублюватися простим жестом, тактильним дотиком і піктограмою.

Організація нічного простору. Використання тактильних браслетів-будильників або вібруючих датчиків у поєднанні з м'яким нічником знижує паніку під час екстреного нічного пробудження.

Діти з розладами спектра аутизму

Запровадження візуальних соціальних історій «Маршрут до кімнати безпеки» та планшетів послідовності дій PECS («Спочатку сходи - потім килимок - потім малювання»).

Соматосенсорне капсулювання з використанням обтяжених жилетів (або шарфів) та персонального сенсорного намету/куточка в захисній споруді для запобігання мелтдауну.

Повне усунення раптових хапань за зап'ястя — використання техніки «глибокого спрямовуючого тиску на плечі».

Діти із синдромом Дауна

Впровадження техніки «Моторного потяга», дитина рухається не спереду чи позаду під ризиком падіння, а тримає дорослу за спеціальний поясний повідець/ручку рюкзака, що усуває вивих гіпермобільних суглобів.

Пропріоцептивна активація, стискання масажних м'ячиків-їжачків під час ходи для активації м'язового тонусу та блокування парасимпатичного ступору.

Застосування коротких безальтернативних інструкцій без частки «НЕ» («Стій на сходинці», «Тримай міцно»).

Діти з тяжкими порушеннями мовлення

Табу на вербальний тиск дорослої під час стресу (заборона вимагати слів: «Скажи!», «Поясни!»).

Запровадження невербальних комунікативних браслетів із 4 піктограмами першочергових вітальних потреб: «ПИТИ», «ТУАЛЕТ», «БОЛЯЧЕ», «ОБІЙМИ».

Дихальні соматичні ігри з опором (видихання через трубочку у пляшку з водою, надування фольгованих кульок) для ліквідації логоневротичного діафрагмального спазму.

Блок 3. Інтегративно-закріплюючий блок «Польова симуляція та стабілізація в реальних умовах» (11–14 тижні) з пролонгацією.

Завдання: автоматизація адаптивних патернів поведінки під час раптового оголошення сигналу «Повітряна тривога» та довготривалого перебування у підвальному укритті.

Зміст роботи.

1. Ігрові тренувальні евакуації, де відбувається відпрацювання алгоритмів у спокійному стані без звуку сирени (закріплення рухового стереотипу), поступове додавання реалістичних умов (напівтемрява, спуск сходами).

2. Організація структурованого середовища укриття у зонах сенсорного розвантаження, чергування статичних завдань (монотонна арт-терапія, сортування) з динамічними паузами ко-регуляції.

3. Надання функціональних мікроролей молодшим школярам, де глухі діти — «хранителі ліхтарика», діти з ТПМ — «чергові з роздачі води», діти з синдромом Дауна — «капітани ланцюжка», що забезпечує перехід від стану жертви до колективної ефективності (за С. Гобфоллом).

Блок 4. Перевірка ефективності програми за критеріями оцінки результативності формувального впливу з фіксацією змін шляхом порівняння констатувального зрізу та контрольного пост-зрізу.

3.2. Концептуальні засади до створення комплексної програми

Міжнародні нормативно-операційні підходи забезпечення психосоціальної безпеки є основою для розроблення комплексної програми.

Травма-інформований підхід передбачає якісну переорієнтацію діагностично-корекційної парадигми: будь-яка нетипова чи деструктивна поведінка дитини з порушеннями розвитку розглядається не як прояв первинного дефекту, а як природна адаптивна відповідь перевантаженої нервової системи на екстремальні чинники війни (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014, pp. 9–12). Значення цього підходу для категорії дітей з ООП полягає в превенції ятрогенної травматизації шляхом реалізації принципів фізичної та емоційної безпеки, передбачуваності дій дорослого, співпраці та надання дитині відчуття автономного вибору доступними засобами (Bath, 2008, pp. 17–21). Сприйняття мелтдаунів, парасимпатичного заціпеніння чи вокалізацій крізь призму травми виключає застосування дисциплінарних санкцій чи силового придушення, утверджуючи пріоритет середовищної деескалації.

Принцип «Не нашкодь» та запобігання вторинній травматизації регламентує сувору відповідність будь-якої регуляторної чи евакуаційної дії вітальним потребам дитини без завдання додаткової фізичної чи психічної шкоди (Sphere Association, 2018, pp. 34–37; Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007, pp. 31–33). У практичній площині роботи з дітьми з інвалідністю цей підхід встановлює безапеляційні межі безпеки: категоричну заборону ривків за кисті дітей із синдромом Дауна через ризик вивихів на тлі гіпермобільності зв'язок, табу на директивне фізичне утримання дітей з РАС за відсутності прямої загрози життю та заборону вербального примусу дітей із ТПМ і заїканням, що провокує соматизацію страху (World Health Organization et al. [WHO], 2011, pp. 4–6; Синьов та ін., 2023, с. 75–78). Гуманітарний імператив безпеки стверджує: збереження соматичної та нервової цілісності дитини завжди переважає над формальною швидкістю виконання інструкцій.

Багаторівневий пірамідальний підхід концептуалізує системний розподіл ресурсів і розмежовує зони професійної відповідальності за чотирма стратифікованими рівнями: від базових безпекових умов укриття (Рівень 1) і мобілізації сімейних опор (Рівень 2) до фокусованих неспеціалізованих протоколів ППД педагогами (Рівень 3) та клінічної психотерапевтичної допомоги (Рівень 4) (IASC, 2007, pp. 11-14). Для системи спеціальної та інклюзивної освіти значення моделі полягає у визначенні меж діяльності педагога чи асистента: спеціаліст не бере на себе функції лікаря-психіатра, проте засобами сенсорної стабілізації, структуризації простору й використання АДК закриває потреби Рівня 3 безпосередньо в укритті (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2022, pp. 16-19). Це запобігає масовій декомпенсації дитячої психіки та купірує гострі реакції до моменту виникнення потреби у спеціалізованому лікуванні.

Інклюзивний правозахисний підхід на основі прав осіб з інвалідністю спирається на вимоги статті 11 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Керівництва з інклюзії, утверджуючи рівні права дітей з ООП на фізичний захист, порятунок і доступ до допомоги під час надзвичайних ситуацій (United Nations [UN], 2006; IASC, 2019, pp. 15-18). Його реалізація вимагає подолання дискримінаційних бар'єрів укриттів: обов'язкового дублювання звукових сирен візуальними стробоскопами для глухих, доступності сховищ для крісел колісних, наявності автономних джерел живлення для підзарядки асистивних пристроїв та повної заборони інституційної сегрегації сімей із дітьми з інвалідністю під час евакуаційних заходів (UNICEF, 2021, pp. 7-10). Забезпечення безпеки розглядається не як благодійність, а як безумовне юридичне зобов'язання інфраструктури цивільного захисту.

Підхід психосоціальної резильєнтності на основі 5 емпіричних принципів Гобфолла (Hobfoll's 5 Essential Elements of PFA) визначає фундаментальні нейрофізіологічні та соціальні мішені екстреної допомоги: утвердження почуття безпеки, заспокоєння, розвиток самоефективності, міжособистісна зв'язаність та плекання надії (Hobfoll et al., 2007, pp. 284-292).

Стосовно дітей з ООП ці принципи матеріалізуються у конкретні інтервенції: вилучення зі звукового хаосу підвалу за рахунок навушників (безпека), регуляція вегетатики через дихання з опором (заспокоєння), надання дитині мікроролі штурмана з ліхтариком (самоефективність), збереження зорового/жестового контакту з дорослим (зв'язаність) та структуризація часу за пісочним годинником (надія) (Bisson et al., 2010, pp. 1021-1024; Титаренко, 2021, с. 88-92). Це дає фахівцю верифіковану матрицю оцінки ефективності стабілізаційних дій.

Операційна модель триланкової дії ППД: «Дивись – Слухай – Зв'язуй» слугує уніфікованим польовим алгоритмом невідкладного реагування в умовах безпосередньої загрози (World Health Organization et al. [WHO], 2011, pp. 13-21). Її модифікація під нозологічну структуру ООП полягає у специфікації кожного кроку: на етапі «Дивись» фахівець миттєво моніторить безпеку простору та цілісність сенсорних каналів (фіксація кохлеарного імпланта, відсутність ознак мелтдауну); на етапі «Слухай» здійснюється безоцінкове сприйняття не лише слів, а й тілесних маркерів, рухових сигналів та піктограм АДК без вимоги вербалізації; на етапі «Зв'язуй» забезпечується швидке відновлення контакту дитини з батьками, асистивними засобами та матеріальними предметами-заземлювачами (Данілавічютє, 2022, с. 91-94; Островська, 2023, с. 48-51). Такий ланцюг структурує дії дорослого в умовах ліміту часу, зводячи хаос евакуації до зрозумілих кроків.

До обов'язкових міжнародних безпекових підходів варто додати і традиційні підходи спеціальної освіти.

Особистісно зорієнтований підхід забезпечує безумовне визнання суб'єктності та унікальності індивідуального травматичного досвіду кожної дитини з ООП в умовах війни, зміщуючи фокус із нозологічного «дефекту» на цілісну особистість з її специфічним профілем чутливості та внутрішнім адаптивним потенціалом (Бех, 2018, с. 45-48; Rogers, 1961/2020). Значення цього підходу полягає у відмові від уніфікованих директивних шаблонів на користь гнучкого врахування індивідуальних сенсорних і психоемоційних

меж дитини, створенні терапевтичного середовища безумовного прийняття та поваги до її реакцій на стрес — від рухового збудження до афективного ступору чи мелтдауну (Литовченко та ін., 2023). Це мінімізує ятрогенний вплив екстремального середовища, запобігає вторинній психологічній травматизації та утверджує відчуття власної гідності й захищеності дитини навіть за умов хронічної загрози (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2022, pp. 12-14).

Комунікативно-діяльнісний підхід виступає методологічним стрижнем практичної інтервенції, стверджуючи, що подолання дистресу та стабілізація психіки дитини з порушеннями розвитку можливі лише через залучення її до доступних, структурованих форм предметно-практичної чи ігрової активності через релевантний канал зв'язку (Максименко, 2018, с. 112–115; Данілавічютє, 2022, с. 90–93). Його сутнісне значення полягає у розриві стану пасивного заціпеніння (freeze response) шляхом каналізації афекту в моторну дію (тілесна ритмізація, монотонне сортування, дихальні рухи з опором) та ліквідації комунікативної блокади засобами альтернативної і додаткової комунікації — жестовою мовою, піктограмами PECS або графічними символами (Кульбіда, 2022, с. 59–61; IASC, 2019, pp. 34–36). Це повертає дитині довільний контроль над власною моторикою та відновлює життєво необхідну здатність сигналізувати про базові вітальні потреби дорослому.

Ресурсний підхід переорієнтовує вектор психосоціальної допомоги від фіксації на дефіцитах, симптомах і патологіях до виявлення, мобілізації та системного нарощування внутрішніх і зовнішніх опор дитини, її сім'ї та фахового оточення (Титаренко, 2021, с. 18–22; Hobfoll et al., 2007, pp. 284–288). Щоб підтримати дітей, які пережили тривоги і страхи, важливо забезпечити їм безпечне та сприятливе середовище, запропонувати ресурси, необхідні для того, щоб впоратися зі своїм досвідом. Це може включати доступ до терапії чи консультування, а також підтримку з боку турботливих дорослих, які можуть запропонувати їм стабільність і відчуття безпеки. Завдяки належній підтримці діти можуть оговтатися від травматичних

переживань і розвинути стійкість, необхідну для життя. Фундаментальне значення цього підходу в умовах війни полягає у плеканні життєстійкості: індивідуальні збережені аналізатори та компенсаторні механізми (зорова опора глухих, просторова пам'ять користувачів КІ, емоційна чуйність дітей із синдромом Дауна) поєднуються із зовнішніми стабілізаторами — безпековими ритуалами, предметами- заземлювачами, ресурсною ко-регуляцією дорослих і мережами взаємопідтримки громади (Masten, 2021, pp. 270–273; Островська, 2023, с. 49–51). Такий фокус виводить дитину з пасивного стану жертви катастрофи, забезпечуючи підґрунтя для довготривалої адаптації, психоемоційного відновлення та посттравматичного зростання.

Підхід, орієнтований на дослідження поведінкового фенотипу (Hodapp & DesJardin, 2003; Hodapp & Fidler, 1999). Цей підхід стверджує, що освіта та втручання можуть бути ефективнішими, коли вона спеціально орієнтована на траєкторію розвитку, пов'язану з певним синдромом. Підхід поведінкового фенотипу розміщений у межах більшого руху втручань у розвиток, де рішення щодо програмування інформуються теорією розвитку (Спайкер, 1990). Важливість чутливості до часу та раннього впровадження втручання також продемонстровано у цих категоріях дітей з ООП.

Комплексний підхід до раннього розвитку дитини в НС базується на передумові що фізичні, психологічні та соціальні аспекти розвитку дитини тісно взаємопов’язані та взаємозалежні, а отже, втручання в одну сферу забезпечить лише обмежену результати. Скоординовані дії у сфері здоров'я та харчування; санітарія та гігієна води; рано стимулювання та навчання; і захист вважаються життєво важливими складовими для ефективного догляду маленьких дітей у НС. Робота з сім'ями та громадами та народження дітей активна участь у власному розвитку є основою стратегії досягнення цього (ЮНІСЕФ, 2004). Оскільки дошкільники і молодші школярі по-різному реагують на воєнні події, їхні знання, реакції залежать і від віку, і від можливостей, а отже, від фази розвитку емоційності та когнітивних

здібностей, стресори з усіма видами поведінкових особливостей, розладів і психологічних проблем (Milgram, 1982; Jensen & Shaw, 1993; Boardman, 1994 та ін.), то *комплексний підхід* з урахуванням психотерапевтичного, психосоціального, аспектів, неспецифічних групових та індивідуальних програм є необхідними і доречними у підтримці, консультуванні, допомозі фахівців і з метою стабілізації відновлення психічного здоров'я, підтримки процесів безпекового розвитку дітей та їхніх батьків.

Поєднання багатогранних підходів базується екологічній основі для вирішення безлічі проблем соціально-психологічної безпеки дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, їхніх матерів, наставників у тріаді взаємодії.

Середовище закладу освіти за своєю природою є цінними для дітей (когнітивно, соціально, емоційно та фізично), а тим більше під час війни було визнано ідеальним місцем для вирішення проблем психічного здоров'я дітей, незважаючи на недоліки в знаннях, навичках та ресурсах вчителів.

Ми свідомі того, що визнання небезпеки, як живого досвіду якого, є вже цінні уроки, у поєднанні із новою програмою, може бути ефективними у майбутній взаємодії з навколишнім середовищем або при зустрічі з майбутніми небезпеками, до яких вже будемо готові.

Розуміння досвіду небезпеки, адаптація до нього є головною необхідністю критичних умов надання цінного досвіду на базі закладів освіти, щоб зменшити вплив на вразливості дітей з ООП, вплинути на розвиток індивідуальних навичок, можливостей, здібностей, стійкості та можливості для майбутніх небезпек та їх реакції на них.

3.3. Врахування ключових принципів моделі "СТОП" у комплексній програмі

Уроки, отримані від міжнародних програм, схожі, і їх можна підсумувати за підходом розроблено організацією Save the Children у НС з використанням фреймворку моделі "СТОП". Рамка, по-перше розроблена шведською організацією Save the Children, пропонує простий спосіб запам'ятати способи

забезпечення того, як діють ключові принципи належної практики в ранньому і молодшому віці для підтримки дітей, які постраждали від лиха, і може застосовуватися не тільки до надання послуг для дітей раннього віку в НС, але також коли діти знаходяться на стадії сценаріїв після НС (Gustafsson, 1986; Williams та ін., 2005). Нами використано цю модель (Рис. 13) у комплексній програмі “Острівець безпеки”.

Модель “СТОП”

С - Структура і простір. **С**аморегуляція дорослої “Киснева маска”

Т - Тематична розмова. **Т**ілесне та сенсорне заземлення.

О - організоване ігрове, навчальне, захисне середовище. **О**рієнтація за візуальними стимулами.

П - Підтримка батьків. **П**ідтримка дієвості через функціональну мікроролль.

Протокол саморегуляції «Киснева маска» — це базовий інваріантний модуль програми «Острівець безпеки» (перша ланка алгоритму «С» у системі «СТОП»). Його концептуальна суть ґрунтується на авіаційному правилі безпеки: «Спочатку вдягніть маску на себе, потім — на дитину».

У контексті воєнного дистресу це означає: доросла (мати, фахівець, опікун) не має права розпочинати психологічний чи фізичний контакт із дитиною з ООП у стані власної гострої вегетативної декомпенсації, оскільки перелякане обличчя, тремор рук і збите дихання дорослої діють як безпосередній пусковий гачок дитячого парасимпатичного ступору, мелтдауну чи логоспазму ($r = 0.68^{***} - 0.84^{***}$).

Структура та покроковий експрес-алгоритм протоколу, розрахований на 30–60 с. виконання до моменту взаємодії з дитиною.

ТЕХНОЛОГІЧНИЙ ПРОТОКОЛ «КИСНЕВА МАСКА» (30-60 с.)

ТРИКРОКОВИЙ АЛГОРИТМ ЕКСПРЕС-САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОРОСЛОЇ		
КРОК 1 (0-20 с.)	КРОК 2 (20-40 с.)	КРОК 3 (40-60 с.)
СТОП-ДИХАННЯ (активація вагуса)	СОМАТОСЕНСОРНЕ ЗАЗЕМЛЕННЯ	МІМІЧНИЙ ТА ГОЛОСОВИЙ ФІЛЬТР

Крок 1. Вегетативне гальмування: подовжений видих з опором (0–20 *с*.)



Рис. 13. Модель “СТОП” - алгоритм екстреної саморегуляції та стабілізації в укритті освітнього середовища

Мета: зняти пароксизмальну тахікардію, перевести нервову систему з симпатичного збудження («бий або біжи») у парасимпатичний контроль за рахунок стимуляції блукаючого нерва (n. vagus).

Техніка:

1. Зробити швидкий, спокійний вдих носом на 2–3 рахунки.

2. Затримати подих на 1–2 секунди.

3. Зробити максимально довгий, щільний видих через злегка зімкнуті губи (ніби дмухаючи на гарячий чай або через тонку соломинку) на 6–8 рахунків.

4. Повторити цикл 3 рази.

Результат: частота серцевих скорочень сповільнюється, ліквідується відчуття клубка в горлі та задухи.

Крок 2. Соматосенсорне заземлення «Опора 3 точок» (20–40 *с*.)

Мета: ліквідувати дисоціацію та моторну метушливість, повернути пропріоцептивне відчуття власного тіла.

Техніка:

1. Стопи: із силою притиснути підошви до підлоги («втиснути п'яти в бетон»), відчувши твердість поверхні під ногами.

2. Спина / таз: якщо є можливість - впертися спиною чи тазом у стіну або спинку стільця.

3. Долоні (самостискання) - міцно стиснути власні долоні в замок або стиснути передпліччя протилежних рук, відчуваючи чіткі фізичні межі свого тіла.

Результат: припиняється тремор кінцівок, з'являється стійка постуральна рівновага, дорослий перестає здійснювати хаотичні нецільові рухи.

Крок 3. Мімічний та оптичний фільтр. Підготовка «безпечного фасаду» (40-60 с.).

Мета: прибрати невербальні маркери жаху, які миттєво зчитуються дзеркальними нейронами дитини.

Техніка:

1. Розслаблення нижньої щелепи: свідомо розімкнути зуби, опустити нижню щелепу, сковтнути слину (це рефлекторно гальмує спазм гортані).

2. Розблокування погляду: перевести погляд із режиму тунельного сканування («очі витріщені від страху») у режим м'якого панорамного фокусу; розслабити зону міжбрів'я.

3. Аутоінструкція (внутрішній голос) - промовити коротку ствердну фразу: «Я тут. Я доросла. Зараз я веду дитину».

Результат. Обличчя дорослої набуває нейтрально-зібраного, спокійного виразу, готового транслювати опору.

Що категорично ЗАБОРОНЕНО (Таблиця 27) дорослій до активації «Кисневої маски»

Таблиця 27

Заборони “Кисневої маски”

№	**Заборонена дія (декомпенсований стан)**	**Ризик для дитини з ООП**
1	Хапати дитину за зап'ястя тремтячими руками	Миттєвий зрив у сенсорний мелтдаун при РАС або атонію при синдромі Дауна
2	Кричати / голосно повторювати «Швидко вставай, тривога!»	Логоневротичний спазм у дітей з ТПМ; біль і зривання апарата в користувачів КІ.
3.	Хаотично бігати по кімнаті, збираючи речі	Паніка у глухих дітей через втрату зрозумілого візуального орієнтира.
4.	Нахилятися над дитиною зі спотвореним обличчям	Афективне зараження жахом через систему дзеркальних нейронів.

Створено автором

Інструкція переходу до контакту з дитиною (після завершення протоколу).

Тільки після виконання цих 3 кроків доросла здійснює контакт:

1. Спуск на рівень очей дитини (присісти, а не нависати зверху).

2. Встановлення провідного сенсорного каналу (світловий промінь + погляд для глухих; м'який дотик до плеча для РАС; спокійний голос для ТПМ і КІ).

3. Подача ствердної, короткої інструкції без заперечень: «Встаємо. Йдемо за мною» (або жест УЖМ / картка АДК).

Стоп-дихання з активацією вагуса - це фізіологічний метод екстреного «гальмування» нервової системи через блукаючий нерв (*nervus vagus*, 10-та пара черепних нервів), який виступає головною магістраллю нашої парасимпатичної нервової системи («відпочинок, травлення, відновлення»).

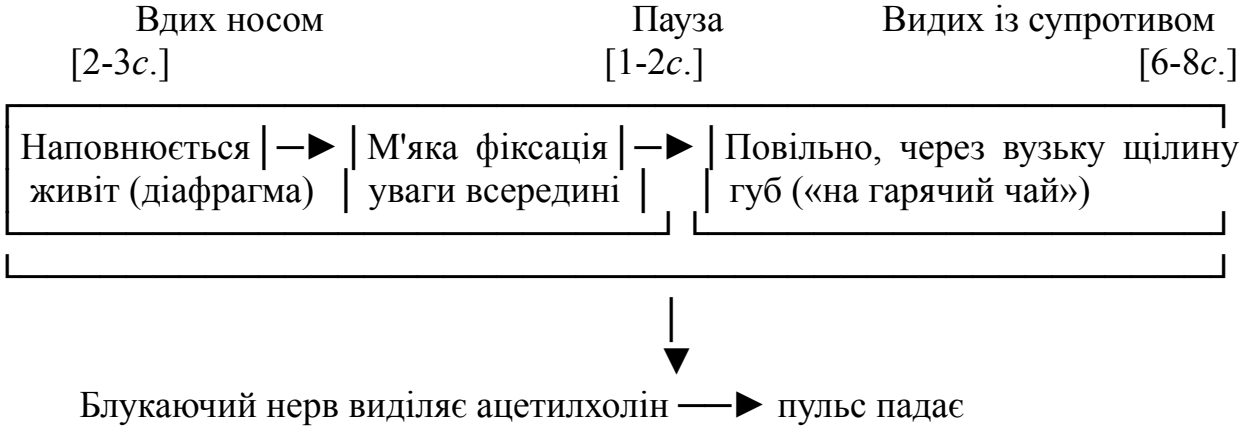
Коли лунає сирена або вибух, симпатична система миттєво викидає адреналін і кортизол, пульс підскакує, подих стає частим і поверхневим, м’язи спазмуються. У такому стані мозок не здатен раціонально діяти. Вагус — це буквально «педаль гальма», яка за 20-30 с. примусово знижує серцевий ритм і вимикає панічний режим.

Чому дихання вмикає вагус (механізм)? Серце і легені пов'язані рефлексом, який називається *дихальною синусовою аритмією*: коли ми вдихаємо діафрагма опускається, тиск у грудній клітці падає, серце злегка стискається, і мозок дає сигнал битися швидше.

Коли ми довго видихаємо, то діафрагма піднімається, тиск зростає, барорецептори сигналізують у стовбур мозку, активується блукаючий нерв, який виділяє нейромедіатор *ацетилхолі*н. Ацетилхолін діє безпосередньо на синусовий вузол серця, примушуючи його битися повільніше.

Головне правило вагусного дихання: *видих завжди має бути вдвічі довшим за вдих і супроводжуватися опором повітря*.

Покрокова техніка передбачає цикл, який повторюється 3-4 рази і займає рівно 20-30 *с*.:



1. Вдих діафрагмою (2–3 с.). Вдихати тільки через ніс.

Плечі залишаються нерухомими (не піднімати їх до вух!).

Надувається не верх грудей, а живіт — це опускає діафрагму і стимулює черевні гілки блукаючого нерва.

2. Мікропауза (1-2 *с*.). Коротка затримка повітря без перетискання горла, щоб стабілізувати тиск у легенях.

3. Видих із супротивом (6-8 *с.*). Губи складаються у вузьку трубочку (ніби дмухаєте крізь тонку соломинку або охолоджуєте гарячу ложку супу).

* Повітря виходить плавно, з легким чутним звуком «пффф» або «ххх».

Створення супротиву на губах підвищує тиск у бронхах і додатково механічно стимулює рецептори блукаючого нерва.

*Фізіологічні маркери того, що вагус увімкнувся, в*же після 3-го циклу доросла відчуває конкретні тілесні зміни:

1. Зниження частоти пульсу, зникає відчуття, що серце вистрибує з горла.

2. Зникнення спазму гортані, проходить відчуття задухи чи «клубка в горлі».

3. Рефлекторне ковтання або слиновиділення, під час паніки в роті пересихає; поява слини — прямий доказ того, що парасимпатична система запрацювала.

4. Розслаблення щелепи, мимоволі розмикаються стиснуті зуби, що повертає міміці обличчя спокійний вираз, необхідний для контакту з дитиною.

Простір і структура життєво важливі для нормалізації розпорядку дня та надання можливостей для взаємодії. Щоб пом'якшити страхи, тривоги, хаос всередині дитини нерозуміння щодо подій і втрат, які поза її контролем, дитячі садки (школи), гуртки, театр групи тощо є «острівцями безпеки». Для дитини знайомство з передбачуваним розпорядком обстановки стане протиотрутою хаосу від тривожності і страхів, який вони могли пережити.

Для дорослих вони залишаються мережами, де дорослі можуть брати на себе відповідальність у світі насильства, кризи і невизначеності.

Тематична розмова, осмислення власного досвіду є життєво важливою складовою процесу зцілення. Дозволяючи дітям висловлювати свої думки почуття є важливою частиною розробленої комплексної програми, як і усвідомлення того, що дитині потрібен час, людина, якій можна довіряти і яка готовий слухати (бачити), взаємодіяти.

Організоване ігрове, навчальне, захисне середовище кімнати (зали, робочого місця, сховища, тощо) може варіюватися від групових, індивідуальних занять з використанням широкого асортименту матеріалів (ресурсів). Загальною метою цих заходів у конкретному середовищі є зміцнення стійкості дитини шляхом надання шляхів для дітей, де вони можуть безпечно виражати свої почуття за допомогою діалогу, малюнка, картини, есе, оповідань чи листів, ляльок та ін. Крім того, діти дошкільного та старшого віку отримують користь від конкретних способів допомоги іншим. Це розвиває співчуття та дарує у дітей певне відчуття контролю. Якщо діти належним чином залучені до групових занять, вони зможуть дізнатися, що означає бути жалісливим. Допомога іншим, навіть найменшою мірою, формує у дітей впевненість у собі. Це протиотрута від почуттів безпорадності і безнадії — усі вони зустрічаються під час катастрофи.

Підтримка батьків необхідна для допомоги дітям у НС. Підтримка сім'ї в турботі про себе. По-перше, це тому, що благополуччя дітей нерозривно пов’язано зі своїми основними опікунами та соціальним середовищем, у якому вони існують як сімейна одиниця. Дійсно, участь громади розглядається як передумова успіху будь-якої якісної програми, що заохочують емпатію, зосередженість на позитивних ефектах просоціальної поведінки, зміцнення позитивних намірів та моделювання відповідних реакцій на потреби інших (Connolly, 1998).

Освітні умови для малих дітей були інклюзивними, щоб уникнути подальшого увічнення конфліктів, що виникають через перешкоди доступу,

стать та інвалідність членства певна соціальна чи етнічна група. У тому ж ключі навчальні програми повинні заохочувати повагу до людини права (Nicholi and Triplehorn, 2003).

3.4. Специфіка і зміст програми

Комплексна програма соціально-психологічного супроводу «Острівець безпеки» у подоланні тривожності та страхів у дітей дошкільного і молодшого віку з ООП і їхніх батьків в умовах воєнного стану.

1. Паспорт програмно-методичного комплексу.

Цільова аудиторія: діти віком 3–6, 7-10 років з особливими освітніми потребами (5 нозологічних груп) та їхні батьки/законні представники.

Термін реалізації: навчальний рік (із можливістю пролонгації та гнучкої корекції під час кризових ситуацій).

Суб'єкти супроводу: практичний психолог, соціальний педагог, вчителі-дефектологи (сурдопедагог, олігофренопедагог), логопед, вихователі інклюзивних/спеціальних груп, асистенти вихователя, медичний працівник.

2. Мета та завдання. Мета програми - мінімізація дезадаптивних проявів тривожності, нівелювання специфічних і травматичних страхів воєнного часу в дітей з ООП через оптимізацію сенсорного та комунікативного середовища закладу, формування навичок емоційної саморегуляції в малюків і відновлення психологічної резильєнтності їхніх батьків.

Основні завдання:

1. Діагностико-моніторингове - здійснювати безперервний скринінг рівня тривожності та драбини страхів дітей і батьків із використанням нозологічно адаптованих інструментів (SCAS 1, 2, опитувальників, шкали спостереження, проєктивних методик “Мапа страхів”).

2. Корекційно-розвиткове - розвивати доступні механізми психологічного захисту, емоційної саморегуляції, знижувати сенсорне навантаження, соматичні прояви тривоги в дітей.

3. Середовищне (адаптаційне) - створити інклюзивне, сенсорно безпечне та структуроване середовище як у приміщеннях закладу, так і в укритті (бомбосховищі).

4. Консультативно-просвітницьке - навчити батьків методів невербальної та вербальної стабілізації дітей, розірвати ланцюг «індукції батьківської тривоги», запобігти емоційному вигоранню дорослих.

3. Загально інституційні заходи (середовищний рівень)

- «Безбар'єрне укриття» (зонування простору бомбосховища (зона тиші, зона сенсорного розвантаження з важкими пледами, намет-укриття від світла і натовпу, тактильні доріжки).
- Єдина система сигналів безпеки (заміна різких звукових дзвінків на м'які світлові індикатори або спокійні мелодії; дублювання тривоги візуальними піктограмами в усіх приміщеннях.
- «Тривожна валіза дитини з ООП» (формування індивідуальних комплектів для кожного вихованця (запасні елементи живлення для КІ/СА, картки PECS/комунікативні таблиці, шумозахисні навушники, улюблений сенсорний предмет/іграшка-талісман).

4. Диференційована робота за категоріями дітей

Група 1. Глухі діти дошкільного віку.

Індивідуальна робота: «Візуальний маяк» з формування навички фіксації на спокійному обличчі дорослої замість хаотичного пошуку загрози. Використання мімічної підтримки та чітких жестових установок (ЗАРАЗ БЕЗПЕЧНО, Я-ПОРУЧ та ін.); робота з десенсибілізацією темряви, вправи в темній сенсорній кімнаті з поступовим уведенням автономних ліхтариків, світлових іграшок, проекторів зоряного неба (зняття паніки від втрати візуального контролю); тактильно-вібраційне заземлення. Навчання тілесного заспокоєння через контакт долонь із вібруючими музичними інструментами або спеціальними тактильними панелями під час стресу.

Групова робота: жестові ігри на згуртування «Покажи емоцію через жест» (інтерпретація та легалізація страху без слів), «Передай рух по колу»

(зняття відчуття ізоляції); спільне відпрацювання алгоритму евакуації. Рухливі квести за візуальними підлоговими стрілками-покажчиками без використання голосових команд.

Група 2. Кохлеарно імплантовані, СА діти

*Індивідуальна робота: а*удіальний тренінг стійкості у поступовій аудіодесенсибілізації (прослуховування побутових і специфічних звуків на мінімальній комфортній гучності з візуальним підкріпленням джерела звуку); «Мій помічник на голові» - методика психокорекційної роботи з подолання *страху втрати чи пошкодження* процесора, закріплення процедури безпечного носіння (використання фіксуючих спортивних пов'язок під час евакуації); диференціація відчуттів стосується навчання дитини спеціального жесту/картки, що сигналізує вихователю: «Звук занадто гучний/боляче» для своєчасного регулювання гучності процесора.

*Групова робота: а*удіальні релаксаційні кола, вправи в ізольованому від еха приміщенні з використанням м'якої природної звукотерапії (шум води, шелест лісу), де діти вчаться розрізняти спокійні звуки; комунікативні ігри з перешкодами. Навчання звертатися за допомогою та чути партнера по грі за умов помірного фонового шуму.

Група 3. Діти із синдромом Дауна

*Індивідуальна робота: п*одолання феномену завмирання з відпрацюванням соматичного виходу зі ступору через техніку «розморожування» — масаж долонь, легке похитування, використання глибокого пропріоцептивного тиску (обійми, обтяжені жилети чи мішечки на плечі); соціальні історії для створення індивідуальних фотокниг «Як я іду в укриття з друзями», де дитина бачить власний успішний і послідовний алгоритм дій; тілесне заземлення. Вправи «Дерево пускає коріння» (стійка опора на стопи), вправи з м'ячами-їжачками для відновлення м'язового тонусу.

Групова робота: ритмічні ігри з музично-руховою структурою, наприклад, з чітким метроном чи барабанним боєм на синхронізацію рухів,

що дає відчуття зовнішнього контролю та стабільності; ігрова драматизація у спільній грі «Збираємо ведмедика в безпечне місце», що закріплює послідовність кроків через спільну предметну діяльність.

Група 4. Діти з РАС

*Індивідуальна робота: с*енсорне розвантаження та попередження мелтдаунів, організація «персонального куточка тиші» з антистрес-матеріалами (сквіші, обтяжені пледи, темні намети), індивідуальний протокол виходу з істерики; візуальні розклади на липучках (PECS); візуалізація непередбачуваних ситуацій: уведення спеціальної піктограми «Увага! План змінився / Ідемо вниз», що нівелює страхи краху; десенсибілізація специфічних тригерів у поступовому, контрольованому зближенні з лякаючим об'єктом (наприклад, звуки змиву води, певна текстура одягу) на тлі приємних сенсорних стимулів.

*Групова робота у п*аралельній структурованій діяльності: знаходження в групі поруч з іншими дітьми без обов'язкового прямого контакту (одночасне перебирання круп, пісочна анімація), що знижує соціальну напругу; «Коло безпеки» - короткі ритуальні зустрічі на початку і в кінці дня з незмінними правилами (вітання певною дією/карткою), що відновлює відчуття стабільності світу, дарування усмішок одне одному.

Група 5. Діти з тяжкими порушеннями мовлення

*Індивідуальна робота спрямована на з*няття логофобії та профілактика логоневрозу: дихальна гімнастика (короткий різкий вдих, плавний видих), вправи на діафрагмальне дихання («надуваємо кульку в животі»); арт-терапевтичне відреагування («Виговорити страх фарбами»); робота з пальчиковими фарбами, глиною, піском для вивільнення заблокованих емоцій, які дитина не може описати словами; використання засобів альтернативної комунікації; індивідуальний підбір комунікативних планшетів чи карток базових емоційних станів («Мені боляче», «Я злюся», «Мені страшно»), зняття напруги від нерозуміння дорослими.

*Групова робота з л*огоритміки та фонопедичні вправи спрямовуються на спільне промовляння звуконаслідувань, складів у поєднанні з плавними рухами рук і тіла (гармонізація темпо-ритмічної організації мовлення та зняття м'язових затисків). Казкотерапія без слів (психодіагностичний театр). Розігрування сюжетів про сміливих персонажів за допомогою ляльок-рукавичок, де дитина бере участь через рухи, міміку або прості звуки без страху зробити мовленнєву помилку.

5. Робота з батьками (соціально-психологічний блок) у Таблиці 28.

Таблиця 28

Структура та зміст модуля психосоціальної стабілізації батьків дітей з ООП

Формат	Тематика / Заходи	Очікуваний результат
Групові тренінги резильєнтності	«Киснева маска для мами»: профілактика виснаження, техніки швидкої саморегуляції в кризі (дихання «по квадрату», прогресивна релаксація за Джекобсоном).	Зниження рівня особистісної тривожності (ОТ) батьків; розрив механізму емоційного зараження дитини.
Практикуми взаємодії	«Сенсорні мости контакту»: навчання технік тілесної підтримки дитини з ООП під час повітряних тривог залежно від нозології.	Опанування батьками невербальних методів заспокоєння дитини (без крику та панічних команд).
Клуб взаємо-підтримки	Батьківські фасилітовані групи рівний-рівному «Ми разом» (обмін досвідом евакуації, збереження рутини в умовах відключень світла).	Зниження відчуття соціальної ізоляції, створення спільноти солідарності.
Індивідуаль не консуль-тування	Складання «Драбини страхів (ДС)» для конкретної родини; аналіз помилок гіперконтролю та охоронної поведінки.	Формування адаптивної поведінки батьків у реальних стресових ситуаціях.
Протоколи	Перша психологічна допомога	екстренна стабілізація, запобігання незворотній вторинній травматизації та збереження базового життєвого функціонування

Створено автором

Особливості застосування проєктивних методик. Проєктивна арт-терапевтична методика «Мапа страхів» полягає у візуалізації та

просторовому або тілесному структуруванні внутрішніх тривог респондента за допомогою малювання та метафоричних образів і застосовувалася для глухих дітей, зі зниженим слухом слухом, РАС, мовленнєвими порушеннями. Існує два основні формати її проведення: географічна (топографічна) мапа. Учасник зображує уявний світ, острів чи країну, де різні страхи матеріалізуються у вигляді ландшафтних об'єктів (Темне болото, Гора самотності, Печера невідомості тощо). Поруч обов'язково позначаються «зони безпеки», стежки, мости, затули чи чарівні орієнтири. Частина малюнків дітей-біженців та дітей ВПО, присвячені розлуці з домом, втраті друзів і переживанню тривог в укриттях.

Типові сюжети дитячих страхів у малюнках (Таблиця 29).

Таблиця 29

Специфічні особливості малюнку страху у дітей з ООП

№	Категорія дітей з ООП	Специфічні особливості малюнка страху
1	Глухі діти	Гіпердеталізація візуальної небезпеки: відсутні звукові хвилі, але дуже детально промальовані тріщини на стінах, поламане скло, вібраційні лінії від підлоги, перелякані обличчя з неприродно великими очима
2	Кохлеарно імплантовані (КІ)	Звуковий дискомфорт: малювання хвилястих, гострих зигзагоподібних ліній (шум/гул), що б'ють по голові персонажа; персонаж закриває вуха руками або апарат малюється перекресленим/поламаним.
3	Діти із синдромом Дауна	Соматизація та статичність: фігури часто нерухомі («застиглі»), мало динаміки; малюють краплі сліз розміром з голову, ізольовані будиночки без дверей і вікон.
4	Діти з РАС	Сенсорний хаос або гіперструктура: або суцільне штрихування аркуша одним кольором до дірок у папері (висока тривога), або багаторазове малювання одного тригерного об'єкта (наприклад, тільки сирени чи тільки знака радіації/бомби)
5	Діти з ТПМ	Блокована експресія: персонажі часто малюються без рота, або рот заклеєний хрестиком; фігури людей непропорційно малі порівняно з гігантськими предметами загрози (відчуття власної безпорадності).

Створено автором

Психологічний аналіз дитячих робіт періоду війни виявляє повторювані візуальні мотиви: «Небо, що несе смерть»: Чорні або багряні хмари, детально вималювані ракети з гострими кутами, літаки з червоними очима, блискавки й вогонь над дахами будинків.

«Життя під землею» (укриття). Розріз будинку, де нагорі все палає чи зруйноване, а внизу — тісний темний підвал, де крихітні фігурки людей тримаються за руки біля свічки чи ліхтарика.

Сюжет «розколотого світу» (дихотомія), де аркуш ділиться чіткою лінією навпіл. Ліворуч — яскраве сонце, зелена трава, мирне життя до 24 лютого; праворуч — чорно-сіра випалена земля, танки, розбиті вікна.

Втрата зв'язку та самотність, коли дитина, намальована на пероні або у валізі, що плаче, поки батько чи дім залишаються позаду за колючим дротом чи вогнем.

Нами відмічені специфічні маркери у малюнках дітей нозологічних груп, про які йшлося раніше, діагностичні акценти помітно різняться.

3.5. Врахування міжнародних безпекових стандартів

Оскільки міжнародні та національні стандарти охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, що базуються на керівництвах Міжвідомчого постійного комітету ООН та практичних рекомендаціях ЮНІСЕФ, визначають дітей з особливими освітніми потребами та інвалідністю як пріоритетну групу підвищеної вразливості в умовах війни, то визнання і впровадження протоколів для цієї категорії дітей базується на адаптації класичної чотирирівневої піраміди інтервенцій з урахуванням сенсорних, когнітивних і комунікативних дефіцитів є надзвичайно важливим в нинішніх умовах на чотирьох рівнях, розкритих у Розділі 1 щодо трьох рівнів:

Рівень 1. Головний фокус першого рівня у створенні фізичних та інформаційних умов, які запобігають панічним нападам і травматизації ще до початку інтервенцій. Інклюзивна безпекова інфраструктура у:

а) забезпеченні укриттів пандусами, тактильною плиткою та відсутністю порогів для маломобільних дітей;

б) організації «тихих зон» (sensory-friendly spaces) в укриттях, приклад, відокремлені намети чи кутки з приглушеним теплим світлом, де діти з РАС, синдромом Дауна чи КІ можуть уникнути сенсорного перевантаження натовпом і шумом.

Безбар'єрне інформування про небезпеку:

а) дублювання сирен і звукових сповіщень візуальними світловими індикаторами (стробоскопами) для осіб з порушеннями слуху:

б) постійне маркування маршрутів евакуації контрастними піктограмами на рівні очей дитини дошкільного віку.

Безперебійність асистивних технологій і включення до обов'язкового протоколу укриття станцій зарядки та резервних батарей для кохлеарних імплантів, слухових апаратів, комунікативних планшетів.

Рівень 2. Підтримка сім'ї та громади (збереження мікростосунків та зв'язків). Другий рівень спрямований на стабілізацію найближчого оточення дитини та профілактику вторинної декомпенсації.

Збереження структурної передбачуваності в індивідуальних розкладах на дошках щоденного використання (PECS/піктограми). У ситуаціях тривоги чи зміни локації дитині негайно пред'являємо спеціальну картку переходу («Зміна плану - Ідемо в безпечне місце - Повертаємося до гри»).

Психоедукація та декомпресія батьків:

а) навчання батьків технікам розриву «дзеркальної тривоги» (діти з інтелектуальними порушеннями та сенсорними порушеннями моментально копіюють вегетативний стан матері);

б) робота груп взаємопідтримки для батьків дітей з інвалідністю із фокусом на попередження батьківського вигорання в умовах блекаутів і стресу.

Підтримка інклюзивних дитячих просторів шляхом інтеграції дітей з ООП у локації типу «Спільно» (UNICEF) із забезпеченням індивідуального соціально-психологічного супроводу.

Рівень 3. Фокусована неспеціалізована підтримка (адаптована перша психологічна допомога). На цьому рівні діють фасилітатори, вихователі, соціальні працівники та психологи первинної ланки за модифікованим алгоритмом "дивись – слухай – зв'язуй" (Таблиця 30).

Таблиця 30

Модифікований алгоритм міжнародних стандартів

Фаза	**Стандартні дії**	**Адаптація для дітей з різними нозологіями ООП**
ДИВИСЬ	Перевірити загрозу, поранення, дистрес.	• Глухі / КІ звернути увагу на відсутність звукового процесора або панічне озирання через втрату візуального контакту. • Синдром Дауна фіксувати реакцію завмирання, відмову рухатися, сповзання на підлогу. • РАС відстежувати поведінку (посилення стимінгу, закривання вух, вокалізація).
СЛУХАЙ	Вислухати, не тиснути, заспокоїти.	• ТПМ Забезпечити картками емоцій АДК; не вимагати словесної розповіді; говорити спокійно, не кваплячи. • Глухі Застосовувати мімічну підтримку та жестову комунікацію («ТИХО», «Я-ТУТ»). • Не нав'язувати тілесний контакт аутичним дітям; використовувати предмети глибокого тиску (ковдри, жилети).
ЗВ'ЯЗУЙ	Допомогти знайти рідних, базові речі.	• Повернути в руки дитині її «тривожний талісман» (знайому іграшку). • Забезпечити фізичний контакт із матір'ю/асистентом. • Дати чіткий сенсорний орієнтир (воду через трубочку, тактильний м'ячик).

Створено автором

Рівень 4. Спеціалізовані клінічні та корекційні інтервенції. Цей рівень передбачає допомогу клінічних психологів, психотерапевтів та дитячих психіатрів у випадках важких розладів, ПТСР або глибокого регресу. Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія у невербальному форматі передбачає опрацювання травми через техніку "Термометр страху"

(**ДОДАТОК И**) проєктивне малювання, моделювання з глини/пластиліну та пісочну терапію для дітей без фразового мовлення (алалія, мутизм).

Сенсорно-інтегративна терапія дистресу - стосується зняття м'язових затисків, логоневротичних судом і вегетативної дисфункції через спеціальні гойдалки, батути, вправи на вестибулярну і пропріоцептивну стимуляцію в обладнаних кабінетах реабілітації.

Кризове фармакотерапевтичне ведення - супровід дитячим психіатром або неврологом при маніфестації епілептичних нападів, важких безсоннях, гострому психомоторному збудженні чи самоушкоджуючій поведінці.

Специфічний *протокол дій* при гострому психоемоційному зриві (мелтдаун / ступор) надає Таблиця 31).

Таблиця 31

Протокол дій при емоційному зриві

ФАЗА 1: УСУНЕННЯ ТРИГЕРУ (0–2 *хв.*)
• Зменшити сенсорний вхід: одягнути навушники, вимкнути світло
• Відсторонити натовп і сторонніх дорослих
• Не говорити довгими фразами, припинити будь-які інструкції
ФАЗА 2А: ДЛЯ АУТИЧНИХ ДІТЕЙ
ФАЗА 2Б: ДЛЯ СИНДРОМУ ДАУНА
(Буря / Агресія / Мелтдаун) | (Заціпеніння / Ступор)
• Забезпечити безпечний простір | • Не тягнути за руки
• Надати обтяжений плед/подушку | • М'яко сісти навпочіпки поруч
• Не стримувати руховий стимінг | • Глибокий ритмічний масаж долонь (якщо немає прямого каліцтва) | • Подати знайому іграшку
ФАЗА 3: ВІДНОВЛЕННЯ (5-15 *хв*)
• Дати воду кімнатної температури (ковтки через трубочку)
• Показати на розкладі піктограму поточної дії («Все закінчилося»)
• Повернути до простої знайомої монотонної діяльності
• Переконатися за технікою “Термометр страху”

Створено автором

Ці протокольні кроки забезпечують мінімізацію ризиків інвалідизації психіки дитини з ООП, трансформуючи кризову підтримку з хаотичного заспокоювання у послідовну систему реабілітаційних заходів.

Без цього матриця фіксує лише зовнішній, інфраструктурно -організаційний розрив, залишаючи поза увагою головний механізм декомпенсації - психоемоційну індукцію та замкнене коло стресу, у якому страх однієї сторони безпосередньо блокує адаптивні ресурси іншої.

Включення цієї тріади вирішує ключові методологічні завдання наступного формувального етапу експерименту:

- принцип системності (тріада супроводу), оскільки в інклюзивній та спеціальній освіті дитина з ООП не функціонує ізольовано; її стан є прямим похідним від ресурсу дорослого поруч;

- прогностична валідність протоколів. Зокрема, якщо протокол безпеки не враховує специфічний страх фахівця (наприклад, страх відповідальності чи фізичної неспроможності донести дитину) або паніку матері, він розпадеться під час реальної ракетної загрози:

- обґрунтування специфіки ООП, оскільки для кожної категорії ООП страх має конкретний психофізіологічний тригер, який по-різному резонує у батьків і педагогів.

Тому варто розробити розширену модифікацію моделі-матриці з інтегрованим тривимірним блоком прогнозованих страхів і тривожності.

Розширена матриця системних суперечностей і прогнозованих страхів (дитина – матір – фахівець) у Таблиці 32.

Таблиця 32

Розширена матриця системних суперечностей і прогнозованих страхів

Вимір протиріччя	**Міжнародний стандарт (IASC / UNICEF / WHO)**	**Реалії українського воєнного досвіду**	**Прогнозований страх / тривожність ДИТИНИ З ООП**	**Прогнозований страх / тривожність БАТЬКІВ**	**Прогнозований страх / тривожність ФАХІВЦЯ (педагога / асистента)**

Фізичний простір	Безбар'єрні укриття, регульоване освітлення, окремі сенсорні зони декомпресії.	Тісні, холодні, вологі підвали; висока щільність людей; відлуння, вібрація.	**Страх замкненого темного простору**, сенсорний шок, страх втрати опори під ногами через вібрацію підлоги (при глухоті / РАС).	**Страх соматизації та загострення:** острах бронхоспазмів, судомних нападів чи панічного зриву дитини на очах у натовпу.	**Страх втрати контролю над середовищем:** тривога щодо некерованої агресії або втечі дитини в небезпечну зону підвалу.
Фактор часу та динаміка евакуації	М'яка деескалація, добровільність дій, заборона примусу та утримання.	Лічені хвилини (загроза балістики); потреба в негайному механічному переміщенні.	**Страх раптової фізичної агресії:** паніка через те, що дорослі хапають за руки/одяг; парасимпатичний ступор	**Вітальний жах:** нав'язливий страх не встигнути добігти до укриття, впустити дитину або втратити її в натовпі.	**Професійний страх провини:** колізія між ризиком завдати дитині фізичного болю при насильному перенесенні та ризиком її загибелі від уламків.
Комунікація та асистивні засоби	Безперебійний доступ до АДК, жестів, тифло- та сурдо супроводу, зарядні хаби.	Блекаути, шум, відсутність стробоскопів для глухих, розряджені планшети.	**Страх повної сенсорної ізоляції:** дитина залишається в абсолютній темряві або тиші, не розуміючи, чи живі дорослі поруч.	**Страх втрати дороговартісних апаратів:** острах розбити/загубити імплант чи візок, які неможливо швидко замінити в умовах війни.	**Комунікативне безсилля:** тривога через нездатність пояснити дитині інструкцію або заспокоїти її без звичних візуальних підказок чи АДК.
Кадри та ресурс взаємодії	Розподіл ролей у команді: психолог, дефектолог, тьютор, ерготерапевт.	1 педагог / асистент на групу з кількома дітьми з різними нозологіями ООП.	**Страх покинутості:** дитина відчуває дефіцит уваги дорослого, що посилює хаотичний руховий стимінг або плач.	**Страх стигматизації та відторгнення:** тривога, що через дефіцит персоналу їхню дитину ізолюють або попросять забрати додому.	**Синдром гострого вигорання / страх юридичної відповідальності:** тривога не впоратися із суперечливими потребами кількох дітей одночасно.
Родинна система та ко-регуляція	Батьки як емоційний стабілізатор, партнерство школи та сім'ї в середовищі укриття закладу	Глибоке виснаження батьків, відсутність послуг перепочинку (*respite care*), самотність матерів.	**Дзеркальний жах:** миттєва індукція паніки матері через тілесний тремор, зміни дихання чи голос (навіть за відсутності слів).	**Хронічна провина та безвихідь:** нездатність захистити дитину від хронічного стресу, відчай через регрес її розвитку та втрату навичок.	**Страх конфлікту з декомпенсованими батьками:** вимушена роль «контейнера» для виснажених опікунів на фоні власної вторинної травми.

Створено автором

Практичне значення інтеграції цих параметрів у дослідження дозволило нам: пояснити природу регресу щодо поєднання страху дитини перед сенсорним шоком та фонової тривоги матері створює психогенну основу для мутизму, логоневрозу чи втрати охайних навичок; переглянути критерії безпеки у закладі освіти на предмет організації інклюзивного освітнього простору (середовища), де безпека закладу освіти під час війни вимірюється не лише товщиною перекриттів укриття, а й здатністю персоналу мінімізувати прогнозовані страхи всіх трьох суб'єктів через чіткі, сенсорно адаптовані поведінкові протоколи.

3.6. Приклади протоколів першої психологічної допомоги

Нижче розгорнуто детальні прикладні протоколи комплексної психосоціальної та поведінкової стабілізації в системі тріади «дитина – батьки – фахівець» для кожної з 5 цільових категорій ООП (Таблиці 33-37). Алгоритми оптимізовані для умов гострого дефіциту часу (загроза балістики), тривалого перебування в укриттях, блекаутів і перевантаження простору.

1. Діти глухі.

Таблиця 33

Протокол першої психологічної допомоги для глухих дітей

Суб'єкт взаємодії	**дитина**		
Фокус регуляторної інтервенції	Купірування паніки через сенсорну дезорієнтацію та вібрації		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Світловий якір.** При вимкненні світла або сирені негайно спрямувати розсіяний промінь ліхтарика під ноги (не в очі), окреслюючи безпечну зону кроку	**Якірні жестові команди.** Коротка послідовність на рівні грудей: «УВАГА» → «БЕЗПЕКА / УКРИТТЯ» → «Я-З-ТОБОЮ». Жодних складних речень	**Вібраційна десенсибілізація.** При струсах стін від вибухів посадити дитину спиною до себе на дерев'яну поверхню або пінополіуретановий каримат (ізолятор від холодної підлоги) і здійснювати глибоке ритмічне поплескування долонею по плечах (ритм пульсу, 60 уд/*хв*).

Суб'єкт взаємодії	**батьки**	
Фокус регуляторної інтервенції	Зняття гіпертривоги втрати зв'язку та фізичної безпеки	
Операційний алгоритм і конкретні дії	Контейнер асистивної безпеки. Оснастити батьків герметичним нашийним боксом для запасних батарейок, серветок від вологи та картки дитини з піктограмами «Шукаю маму / тата».	Техніка «Візуальне дихання». Навчання матері робити видих у полі зору дитини (дмухати на долоню або паперову смужку), демонструючи стабільний фізіологічний патерн.
Суб'єкт взаємодії	**фахівець**	
Фокус регуляторної інтервенції	Організація безбар'єрного візуального контролю	
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Позиціонування.** Завжди сідати на рівні очей дитини, тримати відкриту міміку без маски/бафа, що блокує артикуляцію.	**Тактильна маршрутизація.** При переміщенні тримати дитину за передпліччя (не смикати за кисть), задаючи ритм кроку власним тілом

Створено автором

2. Діти зі зниженим слухом з СА, КІ.

Специфіка протоколу першої психологічної допомоги для цієї категорії наведена у Таблиці 34.

Таблиця 34

Протокол першої психологічної допомоги для КІ, СА дітей

Суб'єкт взаємодії	**дитина**		
Фокус регуляторної інтервенції	Запобігання гострому акустичному шоку та зриванню процесора		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Протокол захисту процесора.** При сирені та панічному галасі перевести мовний процесор на заздалегідь налаштовану шумову програму або негайно одягнути поверх нього пасивні захисні навушники з широкими	**Фіксація на голові.** Використання неопренової антиковзної пов'язки на лоб/голову, що запобігає злітанню	**Тактильне заземлення після дискомфорту.** Дати в руки еспандер або кубик високої щільності. стискання знімає спазм м'язів шиї, викликаний різким звуковим перевантаженням.

	амбушурами, що не зсувають магніт.	котушки при різких рухах.	
Суб'єкт взаємодії	**батьки**		
Фокус регуляторної інтервенції	Подолання страху поломки/втрати дороговартісного процесора		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Страхувальний фіксатор.** Навчити батьків обов'язково закріплювати процесор кліпсою до коміра дитини тонким силіконовим повідцем		**Психоедукація щодо вимкнення.** Зняти почуття провини: пояснити, що вимкнення апарата на час артилерійського обстрілу - це медично виправданий захист слухового нерва від контузійної хвилі, а не затримка розвитку.
Суб'єкт взаємодії	**фахівець**		
Фокус регуляторної інтервенції	Зниження реверберації середовища		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Просторове зонування.** Розмістити дитину в кутку укриття подалі від бетонних стін і вхідних дверей (джерела відлуння), використовувати тканинну перегородку або сенсорний намет.	**Візуальний дубляж інструкцій.** Не кричати у вухо: говорити чітко, прямо перед обличчям на відстані 40–50 *см*, супроводжувати слова картками-піктограмами.	

Створено автором

3. Діти з розладами аутистичного спектра.

Відповідний протокол ППД, адаптований для потреб дітей із РАС, представлено у Таблиці 35.

Таблиця 35

Протокол першої психологічної допомоги для дітей з РАС

Суб'єкт взаємодії	**дитина**		
Фокус регуляторної інтервенції	Запобігання та купірування сенсорного перевантаження (мелтдауну)		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Картка невідкладного переходу.** Показати одну картку PECS	**Сенсорний кокон.** Навушники + капюшон +	**Управління афектом.** При початку мелтдауну не

	«Укриття / Підвал» → «Потім планшет/іграшка». Жодних словесних дискусій.	глибокий тиск. Покласти на плечі чи коліна обтяжений жилет (або мішок із сіллю/піском вагою 2–3 *кг*).	тримати за руки, якщо немає прямої загрози каліцтва; прибрати тверді предмети навколо; підкласти під потилицю м'який валик або плед.
Суб'єкт взаємодії	**батьки**		
Фокус регуляторної інтервенції	Подолання страху соціального осуду та безсилля		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Інформаційний бар'єр.** Забезпечити батьків бейджем-карткою для оточуючих: «У дитини аутизм. Допомога не потрібна, нам потрібна хвилина тиші». Це захищає матір від порад сторонніх людей.		**Фізичне розвантаження.** Залучити матір до техніки «4–7–8» або синхронного пиття теплої води через тонку трубочку разом із дитиною.
Суб'єкт взаємодії	**фахівець**		
Фокус регуляторної інтервенції	Мінімізація стимуляції середовища		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Правило «Трьох НІ».** Не торкатися раптово, не говорити голосно, не дивитися пильно в очі.	**Створення мікропростору.** Розгорнути за 10 с. дитячий намет або відгородити куток спинками стільців, посадивши дитину обличчям до кута (зменшення візуального поля на 70%).	

Створено автором

4. Діти із синдромом Дауна.

Протокол першої психологічної допомоги для даної групи дітей наведено у Таблиці 36.

Таблиця 36

Протокол першої психологічної допомоги для сонячних дітей

Суб'єкт взаємодії	**дитина**		
Фокус регуляторної інтервенції	Подолання моторного заціпеніння та м'язової атонії		
Операційний алгоритм і	**Заборона тракції суглобів.** Категорично заборонено	**Ігровий моторний**	**Пропріоцептивна активація.**

конкретні дії	тягнути за кисті чи зап'ястя через гіпермобільність суглобів (високий ризик підвивиху ліктьового чи плечового суглоба)	**локомотив.** Техніка «Потяг» або «Разом крокуємо» (взяти під пахви або під лікті, задати чіткий ритмічний марш під короткий вірш - «Раз-два, ми йдемо, сумку несемо»).	Дати в долоні масажний м'ячик-їжачок і з силою стиснути разом зі своєю рукою: больові та пропріоцептивні імпульси виводять кору зі стану гальмування.
Суб'єкт взаємодії	**батьки**		
Фокус регуляторної інтервенції	Зняття паніки відмови дитини підкорятися командам		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Переформатування інструкцій.** Навчити батьків прибирати з мовлення частку «НЕ» («Не сиди», «Не бійся») і давати одну позитивну дію («Стань на ніжки», «Тримай маму»).		**Дзеркальний спокій.** Нагадати опікуну: діти з трисомією-21 сканують мікровираз обличчя матері за частки секунди; глибокий подих і тепла усмішка матері нормалізують пульс дитини швидше за ліки.
Суб'єкт взаємодії	**фахівець**		
Фокус регуляторної інтервенції	Монотонна стабілізація в укритті		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Діяльнісне заземлення.** Одразу після спуску дати структуровану механічну діяльність: сортування великих ґудзиків, відривання скотчу, стискання пластиліну та ін.	**Соматична підтримка.** Посадити на коліна, виконати повільний компресійний масаж пальців рук від основи до кінчиків.	

Створено автором

5. Діти з тяжкими порушеннями мовлення.

Спеціалізований протокол першої психологічної допомоги для дітей із ТПМ міститься у Таблиці 37.

Таблиця 37

Протокол першої психологічної допомоги для дітей з ТПМ

Суб'єкт взаємодії	**дитина**		
Фокус регуляторної інтервенції	Профілактика гострого логоневрозу та елективного мутизму		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Зняття мовленнєвого тиску.** Повне табу на вимогу «Поясни, що болить» або «Скажи, де страшно». Спілкування — виключно через візуальну шкалу емоцій або жест «палець вгору / вниз».	**Дихальний розрив спазму.** Вправа на подовжений видих для релаксації гортанних м'язів: дуття через трубочку у пляшку з водою (бульбашки), повільне здування папірця з долоні наставника	**Ритмізація дихання.** Повільне постукування дитиною по власному стегну під час видиху: це блокує клонічні судоми артикуляційного апарату.
Суб'єкт взаємодії	**батьки**		
Фокус регуляторної інтервенції	Купірування страху незворотного регресу та «втрати мови»		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Психологічна нормалізація німоти.** Пояснити, що відмова говорити в підвалі — це захисний фізіологічний рефлекс, який мине після зниження кортизолу. Припинити розпитування дитини в присутності свідків.		**Спільний голосовий резонанс.** Навчити матір гудіти разом із дитиною звук «М-м-м» із закритим ротом. Вібрація розслабляє голосові зв'язки та блукаючий нерв.
Суб'єкт взаємодії	**фахівець**		
Фокус регуляторної інтервенції	Інструментальне забезпечення комунікації		
Операційний алгоритм і конкретні дії	**Планшет/папка АДК першої лінії.** Наявність під рукою ламінованого комунікативного листа базових потреб: «Вода», «Туалет», «Холодно», «Страшно», «Обійми».	**Ритміко-мелодійна підтримка.** Застосування низького, монотонного, дещо приспівного тембру мовлення без підвищення тону наприкінці фраз.	

Створено автором

Важливим складником комплексної програми є застосування дворівневої архітектури (Таблиця 38), що поділяється на базову - інваріантну і варіативну

складові з віковими модулями, розкривається змістовно в оптимальній архітектурі.

Наведемо зразок оформлення комбінованого модуля за дворівневою архітектурою на прикладі розладів аутистичного спектра. Такий формат поєднує уніфіковані правила безпеки та адресні інструменти регуляції відповідно до вікових завдань розвитку.

Таблиця 38

Оптимальна архітектура базової основи інваріантної і варіативної складові з віковими модулями

ЧАСТИНА 1. БАЗОВА ІНВАРІАНТНА ОСНОВА БЕЗПЕКИ • Фізичний простір: безбар'єрність підвалів, сенсорне зонування • Стандарти MHPSS: алгоритм ППД (бачу – чую – поєдную) • Правило "Кисневої маски": протокол самостабілізації дорослої • Загальні принципи невербального супроводу (АДК)
ЧАСТИНА 2. ВАРІАТИВНІ ОПЕРАЦІЙНІ МОДУЛІ ЗА 5 НОЗОЛОГІЯМИ (глухі/КІ, РАС, Синдром Дауна, ТПМ) даємо: Блок А: Дошкільний вік (3-5 років) Провідний фокус: тілесна ко-регуляція, ігровий моторний локомотив, сенсорне капсулювання, безпосередній контакт із тілом дорослої, техніка “Термометр страху” та ін. Блок Б: Молодший шкільний вік (6-10 років) • Провідний фокус: покрокові візуальні чек-листи, соціальні ролі (допомога іншим), шкали самооцінки тривоги, шкільні опори

Створено автором

Модуль: діти з розладами аутистичного спектра.

І. Інваріантна основа (спільні вимоги безпеки незалежно від віку).

Сенсорне середовище укриття: категорична ізоляція від центрального проходу. Розміщення дитини обличчям до кута приміщення або використання швидкорозбірного тканинного намету/ширми (зниження візуального поля на 70%). Антиакустичний бар'єр - обов'язкове надягання шумопоглинальних навушників до виходу з приміщення під час повітряної тривоги.

Правило «Трьох НІ» для дорослих:

Не дивитися пильно в очі (зчитується як агресія).

Не торкатися раптово без попередження або ззаду.

Не використовувати складних мовленнєвих конструкцій та нотацій.

Категоричне ТАБУ - фізичне насильницьке стримування рук і ніг під час мелтдауну, якщо немає прямої загрози випадіння зі сходів або ушкодження об гострі кути.

II. Варіативна частина: вікові протоколи дій у Таблиці 39.

Таблиця 39

Вікові протоколи дій варіативної складової для дітей з РАС

Фаза кризи	Дії дитини / симптоми	Операційний алгоритм фахівця та батьків	Інструментальний набір
БЛОК А. Дошкільний вік (3–5 років) *Провідний механізм - тілесна ко-регуляція, сенсорне капсулювання, відсутність вимог до самоконтролю.*			
Сигнал тривоги (0–3 *хв*.)	Сенсорний шок, закривання вух, хаотичне метання або падіння на підлогу.	**Перехід за 1 піктограмою.** Мовчки показати 1 картку PECS «Укриття». Не чекати згоди: накинути капюшон, підхопити під пахви або взяти за передпліччя, спрямовуючи рух власним тілом.	Шумопоглинальні навушники. Картка PECS «Укриття».
Спуск і розміщення (3–10 хв)	Початок мелтдауну: плач, кусання рук, спроба битися головою об підлогу.	Пропріоцептивна компресія: Посадити дитину спиною до своїх грудей на каримат, накрити обтяженим пледом (або покласти на стегна мішечок із сіллю 1,5–2 кг). Застосувати «ведмежі обійми» зі стабільним тиском.	Обтяжений жилет або плед. Сенсорний фіджет (еспандер, слайм).
Стабілізація в укритті (>10 *хв*.)	Атонічне виснаження або монотонний стимінг (розгойдування тулуба).	Тактильно-смакове заземлення. Дати пити воду або яблучне пюре через тонку трубочку (сильне всмоктування задіює черепні нерви та парасимпатичну систему). Не зупиняти безпечний стимінг.	Поїльник із щільною трубочкою. Жувальний гризунок (сенсорний кулон).
БЛОК Б. Молодший шкільний вік (6–10 років) *Провідний механізм: опосередкована саморегуляція, функціональні ролі, покрокові візуальні алгоритми.*			
Сигнал тривоги (0–3 *хв.*)	Ступор, опір припиненню уроку/гри, спалах гніву через порушення порядку дій.	**Запуск візуального чек-листа.** Пред'явити смужку-планшет із 3 кроків на липучках: [1. Одягни навушники] → [2. Візьми рюкзак] → [3. Рука вчителя]. Дитина сама відриває виконану позначку.	Планшет дій на 3 кроки. Індивідуальний тривожний наплічник.

Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Панічне перевантаження натовпом у сховищі, аутизація, відмова йти у глибину підвалу.	**Введення захисної мікроролі.** Призначити завдання «Ти — охоронець ліхтарика» або «Ти тримаєш аптечку класу». Надати відчуття контролю над процесом замість відчуття жертви обставин.	Світлодіодний ліхтарик. Картка ролі на карабіні («Штурман»).
Стабілізація в укритті (>10 *хв.*)	Хронічна тривога, нав'язливі запитання («Чи вибухне школа?», «Де мама?»).	**Шкала «Термометр стресу» та структурована гра.** Запропонувати відзначити рівень страху маркером (від 1 до 5). Надати монотонне дискретне завдання: збирання конструктора за схемою, складання пазлів у навушниках.	Візуальна шкала стресу (1–5). Дорожній набір LEGO / головоломка.

Створено автором

III. Протокол розв'язки ситуаційних прикладів у тріаді: дитина – батьки – фахівець) запропоновано з урахуванням досвіду педагогів-дефектологів.

Приклад 1. Матір поруч із дитиною починає плакати чи панікувати.

Дія фахівця. Відокремити функції. Сказати матері коротку пряму команду: «Мені потрібна ваша допомога: розпакуйте воду і тримайте плед ось тут». Перемикання на механічну моторну дію перериває вегетативну панічну індукцію від матері до дитини.

Приклад 2. Сторонні дорослі в укритті вимагають «заспокоїти дитину, яка кричить».

Дія фахівця. Повісити на ширму/намет або показати ламіновану *інформаційну табличку*:

«У дитини розлад спектра аутизму. Відбувається сенсорне перевантаження. Будь ласка, зберігайте спокій і не підходьте ближче ніж на 2 метри».

Захист меж родини повертає опікуну психологічну стійкість.

Таким чином, стратегія підтримки дітей із РАС в умовах екстремального воєнного стресу базується на максимальному зниженні сенсорного перевантаження та чіткій просторовій структуризації. Незалежно від віку, ключовим інструментом є попередження мелтдаунів через сенсорне

капсулювання (навушники, укриття-намети) та відмову від вербального тиску. Водночас віковий вектор передбачає перехід від прямої тілесної ко-регуляції і сенсорної компресії у дошкільників до використання візуальних покрокових чек-листів, соціальних історій та надання відповідальних захисних ролей у молодшому шкільному віці, що повертає дитині відчуття контролю над ситуацією.

Модуль: діти глухі та користувачі СА, КІ

І. Інваріантна основа (спільні вимоги безпеки незалежно від віку). Візуалізація сповіщення замість звуку: відмова від виключно звукових сигналів. Сигнал тривоги в приміщенні дублюється стробоскопом (миготливим світлом) або спрямованим розсіяним променем ліхтарика під ноги (не в очі). Світловий супровід в укритті передбачає наявність локального автономного джерела м’якого світла (настільна лампа, ліхтар із розсіювачем) для забезпечення безперервного зорового контакту, читання з губ і жестової комунікації навіть під час повного блекауту.

Безпека асистивного обладнання з обов'язковою механічною фіксацією процесора КІ чи слухового апарата (кліпса на одяг, еластична пов'язка на голову), щоб уникнути втрати в натовпі або пошкодження при падінні.

Наявність герметичного маркованого контейнера для зберігання процесорів/апаратів під час спуску або у вологому підвалі.

Категоричні ТАБУ.

Заборонено кричати ззаду спини дитини чи зненацька хапати її поза полем її зору (викликає гострий соматовегетативний переляк).

Заборонено затуляти нижню частину обличчя руками чи маскою під час інструктажу (блокує зчитування з губ і розпізнавання емоцій).

Заборонено забороняти зняття або вимкнення процесора КІ під час інтенсивного обстрілу: це захищає слуховий нерв від баротравми та акустичного шоку.

II. Варіативна частина: вікові протоколи дій у Таблиці 40 для Блоку А (дошкільний вік 3-5 років) та Блоку Б (молодший шкільний вік 6-10 років)) з визначенням провідних механізмів.

Таблиця 40

Вікові протоколи дій варіативної складової для ГД, КІ, СА

Фаза кризи	Дії дитини / симптоми	Операційний алгоритм фахівця та батьків	Інструментальний набір
БЛОК А. Дошкільний вік (3-5 років) Провідний механізм - безперервний тілесно-зоровий контакт, повна відповідальність дорослого за збереження обладнання, захист від вібраційної паніки.			
Сигнал тривоги (0–3 *хв*.)	Паніка від метушні дорослих, нерозуміння причини бігу, спроби сховатися під стіл.	**Візуально-тактильний якір.** Опуститися на одне коліно (на рівень очей). Показати яскравий предмет-символ переміщення (червоний м'який брелок/ іграшку). Взяти дитину за передпліччя або підхопити на руки. Для дітей з КІ — одразу надіти захисні навушники поверх апарата або зняти його в захисний нашийний бокс.	Нашийний ліхтарик із теплим світлом. Захисний бокс для імпланта/апарата. Пасивні шумозахисні навушники з широкими чашами.
Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Дезорієнтація в темряві, сльози, острах вібрації східців від ударів.	**Ізоляція від холоду та вібрацій.** Не садити дитину на бетонну підлогу. Розмістити на багатошаровому кариматі спиною до себе. Ритмічне поплескування долонею по плечу (пульс ~60 уд/*хв.*) для повернення тілесної схеми та зняття відчуття провалювання опори.	Піно-поліуретановий каримат. Тактильний м'ячик або масажер для долонь.
Стабілізація в укритті (>10 *хв*.)	Спроби зірвати апарат/пов'язку, хаотичний плач, порушення рівноваги через вестибулярний стрес.	**Дзеркальне дихання та ритміка.** Покласти руку дитини собі на грудну клітку, роблячи глибокі помітні вдихи та видихи (візуально-тактильна ко-регуляція). Дати воду через товсту соломинку для вирівнювання тиску в середньому вусі.	Пляшка з водою і трубочкою. Картки базових жестів/піктограм (вода, туалет, обійми).
БЛОК Б. Молодший шкільний вік (6–10 років) Провідний механізм - усвідомлене керування власними асистивними засобами, читання текстово-графічних алгоритмів, рольова залученість.			

Сигнал тривоги (0–3 *хв.*)	Ступор, озирання на однолітків, тривога через неможливість розібрати слова вчителя під час шуму.	**Жестова та текстова команда.** Пред'явлення ламінованої картки великим шрифтом: «СИРЕНА. БЕРЕМО РЮКЗАК. ЙДЕМО В УКРИТТЯ» або жест «УКРИТТЯ / НЕБЕЗПЕКА». Дитина самостійно перемикає програму на процесорі на режим пригнічення шуму або надягає шумозахисні навушники.	Ламінована картка-інструкція з піктограмами та текстом. Смарт-годинник із вібробудильником/ оповіщенням.
Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Втрата орієнтації серед натовпу в коридорі, наростання тривоги через акустичний гул сходів.	**Призначення відповідальної ролі.** Закріпити дитину ведучою у парі з педагогом або дати завдання: «Ти тримаєш аварійний ліхтар і світиш під ноги нашому ряду». Це знімає стан безпорадності та фіксує увагу на руховій дії.	Аварійний ліхтар зі шнурком на зап'ястя. Браслет безпеки з контактами опікунів та позначкою про порушення слуху.
Стабілізація в укритті (>10 *хв.*)	Тривожне напруження м'язів шиї, лого-невротичний тремор, страх повної темряви.	**Комунікативний зошит та експресивна дія.** Робота в індивідуальному блокноті взаємодії, де дитина пише або малює свій стан, вчитель відповідає письмово/жестами. Виконання вправ на міофасціальне розслаблення шийного відділу (повільні повороти голови, самомасаж трапецій).	Планшет/блокнот для письма зі стираним маркером. Комплект запасних елементів живлення до апарата/ імпланта.

Створено автором

ІІІ. Протокол розв'язки ситуаційних прикладів у тріаді дитина – батьки – фахівець).

Приклад 1. Батьки панікують через ризик втрати/поломки імпланта під час евакуації.

Дія фахівця. Чітко зафіксувати алгоритм розділення відповідальності, «Процесор закріплено на шнурку до одягу. Під час спуску він захищений навушниками. Якщо шум у підвалі буде надмірним, ми його вимкнемо і помістимо в бокс. Життя і збереження нервової системи дитини зараз важливіші за акустичний зв'язок».

Приклад 2. Дитина в укритті боїться вібрації підлоги під час прильотів і починає безладно кричати.

Дія фахівця. Не намагатися перекричати або силою закрити рот. Негайно посадити дитину на коліна або на товстий ізолюючий шар (каримат + плед), притиснути її долоні до своїх щік або грудей, задаючи стабільний низькочастотний звук «М-м-м»: вібрація від грудей дорослого перебиває тривожну вібрацію підлоги й заспокоює вестибулярний апарат.

Приклад 3. Раптовий блекаут у підвалі, дитина втрачає можливість читати з обличчя.

Дія фахівця. Без паніки ввімкнути налобний або нашийний ліхтар, спрямувавши світловий потік строго знизу вгору на власне обличчя та долоні (освітлюючи артикуляцію та жести), узяти дитину за руку і подати жест: «Я ТУТ. ТИ БАЧИШ МЕНЕ. ВСЕ ДОБРЕ».

Таким чином, безпека дітей із порушеннями слуху та користувачів СА, КІ під час кризових ситуацій вимагає заміщення акустичних тривожних сигналів надійними візуальними та світловими індикаторами. Базовим пріоритетом є захист слухового нерва від баротравм і збереження асистивного обладнання через буферні навушники, фіксуючі пов'язки та захисні бокси. Якщо для дошкільників критично важливим є безперервний тактильно-зоровий супровід дорослого та захист від вібраційного шоку, то в молодшому шкільному віці фокус зміщується на самостійне керування програмами шумозаглушення, володіння текстовими картками-інструкціями та виконання функціональних ролей із ліхтарем чи зв'язком.

Модуль: діти із синдромом Дауна

І. Інваріантна основа (спільні вимоги безпеки незалежно від віку).

Анатомо-фізіологічна безпека зв'язкового апарату. Категорично заборонено тягнути, смикати або волокти дитину за кисті рук, зап'ястя чи передпліччя. Через системну генералізовану гіпермобільність зв'язок та м'язову гіпотонію існує критичний ризик підвивиху або вивиху ліктьових, плечових та атланто-аксіального суглобів. Будь-яке фізичне переміщення

здійснюється виключно підтримкою під пахви або фіксацією за ліктьовий згин корпусом дорослого.

Емоційна ко-регуляція та дзеркальне індукування. Діти із синдромом Дауна мають надвисоку чутливість до невербальних маркерів афекту. Панічний вираз обличчя, тремор рук, прискорене дихання або зрив голосу в дорослого миттєво запускають у дитини парасимпатичний колапс. Доросла зобов'язана тримати рівний, впевнений, злегка піднесений тон мовлення та спокійну міміку.

Синтаксис безпеки без частки «НЕ». Мозок дитини в стані тривоги фільтрує заперечні частки («Не біжи», «Не бійся», «Не сиди на підлозі» трансформуються в команди «Біжи», «Бійся», «Сиди»). Усі команди подаються як коротка ствердна дія «Стань на ніжки», «Тримай мою руку», «Дивись на мене».

Категоричне ТАБУ стосується фізичного примусу і крику при настанні ступору «завмирання». Тиск лише поглиблює сопорозне гальмування кори головного мозку.

II. Варіативна частина: вікові протоколи дій представлено у Таблиці 41.

Таблиця 41

Вікові протоколи дій варіативної складової для сонячних дітей

Фаза кризи	Дії дитини / симптоми	Операційний алгоритм фахівця та батьків	Інструментальний набір
БЛОК А. Дошкільний вік (3-5 років) *Провідний механізм - тілесна активація, ритмічна ігрова моторика, подолання гіпотонічного колапсу.*			
Сигнал тривоги (0–3 *хв*.)	Повна м'язова атонія: дитина раптово «обм'якає», сідає або лягає на підлогу, відмовляється рухатися.	**Протокол «Моторний потяг з асоціативним прогнозуванням».** Підхопити під пахви (спиною або обличчям до себе), не відриваючи повністю стопи дитини від підлоги для збереження відчуття опори. Задати чіткий ритмічний рух із промовлянням звуконаслідування: «Тук-тук-тук - поїхали, поворот проїхали, сходи пере.., в сховище за.., накінець при..».	Ритмічний вірш/лічилка. Тактильний ремінь або повідець безпеки за корпус (не за руки).

Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Втрата балансу на сходах через диспраксію, плач від холоду чи гучних звуків у підвалі.	**Пропріоцептивне пробудження.** Вкласти в обидві долоні масажні м'ячики-їжачки і стиснути своїми руками. Імпульси від рецепторів долонь знімають стан сопору. Посадити дитину на стегна дорослої обличчям до себе.	Гумові м'ячики з шипами різної щільності. Теплий плед/жилетка (компенсація порушень терморегуляції).
Стабілізація в укритті (>10 *хв.*)	Апатичне смоктання пальців, регрес гігієнічних навичок, відмова від контакту.	**Монотонне сортування та тілесний контакт.** Дати просту циклічну дію - вкладати великі кульки/кубики в коробку, перебирати великі фактурні намистини. Виконати м'який масаж фаланг пальців від основи до нігтя.	Коробка із сенсорними вкладками /гудзиками. Вода в пляшці з силіконовим клапаном/соскою.
БЛОК Б. Молодший шкільний вік (6-10 років) *Провідний механізм - соціальне наслідування колективу, опора на звичні ритуали, прості візуальні алгоритми.*			
Сигнал тривоги (0–3 хв)	Поведінковий негативізм - дитина схрещує руки, повторює «Ні, я тут буду», ховає речі в парту та ін.	**Прийом «Соціальне дзеркало» та предмет-якір.** Не сперечатися індивідуально. Звернути увагу на групу «Подивись, Богдан одягнув рюкзак і став біля дверей. Ставай за Богданом!». Вкласти в руку улюблену м'яку іграшку-антистрес.	Візуальна карта класу з чергою евакуації. Кишенькова іграшка-заземлювач (сквіш).
Спуск і розміщення (3–10 хв)	Страх темних сходів, гальмування ходи, острах спіткнутися через знижене відчуття глибини.	**Парний рух «Рука в лікоть».** Вчитель або асистент бере дитину під лікоть, забезпечуючи жорстку бічну опору. Освітлювати сходи чітко на крок уперед, коментуючи: «Сходинка вниз - раз, сходинка вниз -два».	Налобний ліхтарик зі стабільним пучком світла. Картка ролі «Помічник учителя» на шийній стрічці.
Стабілізація в укритті (>10 *хв.*)	Застрягання на тривожних питаннях («Мама прийде?», «Ми тут назавжди?»), ехолалічні повтори слів тривоги.	**Візуальний розклад перебування та арт-дії.** Показати стрічку подій: [Сидимо на килимку] → [П'ємо чай] → [Граємо в лото] → [Відбій]. Задіяти дитину в розфарбовуванні великих контурних малюнків пальчиковими фарбами чи	Планшет із візуальним розкладом на липучках. Великі розмальовки з товстим чорним контуром (2–3 мм).

		восковою крейдою.	

Створено автором

ІІІ. Протокол розв'язки ситуаційних прикладів у тріаді: дитина – батьки – фахівець)

Приклад 1. Дитина сіла на сходах під час евакуації і категорично не підводиться.

Дія фахівця. Жодних ривків за руки. Доросла підходить ззаду, підхоплює під пахви і піднімає одним рухом, одночасно даючи інструкцію ведучому педагогу йти попереду: «Дивись на червону шапку вихователя, наздоганяємо!». Якщо дитина важка — двоє дорослих формують «замкові руки» під стегна й спину дитини («стільчик»).

Приклад 2. Мати в укритті плаче, хапає дитину, безперервно цілує і притискає до себе, транслюючи і поширюючи панічний страх.

Дія фахівця. Тактовно розірвати дисфункційний контакт через надання мамі практичного завдання: «Оксано, мені потрібна ваша допомога. Візьміть ось цю пляшку, налийте в склянку і давайте разом із сином порахуємо, скільки ковтків він зробить. Мені потрібен ваш спокійний рахунок». Це перемикає матір з афекту на лічбу.

Приклад 3. Дитина в укритті вимагає повернення додому, вивертається і біжить до виходу.

Дія фахівця. Не кричати «Стій, вб'є!». М'яко перекрити шлях власним корпусом, опуститися на коліна, зловити погляд, показати на годинник або пісочний годинник: «Ми вийдемо, коли пісочок пересиплеться ось сюди. А зараз треба розкласти ось ці картки». Перевести вектор уваги з дверей на просторово локалізований предмет.

Таким чином, супровід дітей із синдромом Дауна в умовах воєнного дистресу спирається на дотримання суворих біомеханічних обмежень (категорична заборона на ривки за суглоби через гіпермобільність) та абсолютний емоційний контроль дорослої, оскільки дитина миттєво індукує паніку опікуна. Усі регуляторні протоколи виключають заперечні

формулювання, спираючись на ствердні дії. Для дошкільників основним методом виведення зі ступору є ігровий моторний локомотив та пропріоцептивна активація долонь, тоді як для молодших школярів ефективні соціальне наслідування колективу, парний рух та чіткі візуальні розклади дій в укритті.

МОДУЛЬ: діти з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ, алалія, заїкання, дизартрія, ЗНМ).

І. Інваріантна основа (спільні вимоги безпеки незалежно від віку).

Тотальне зняття мовленнєвого тиску. Категорично заборонено вимагати від дитини вербального звіту, відповідей на запитання або коментування свого стану («Скажи чітко!», «Поясни, де болить», «Не плач, а розкажи нормально»). За умов гострого стресу та викиду адреналіну домінантний мовленнєвий центр зазнає захисного позамежного гальмування. Примус до мовлення провокує гострий логоневротичний спазм або стійкий елективний мутизм.

Перехід на візуально-тактильні модальності комунікації. Усі взаємодії здійснюються через засоби АДК: комунікативні таблиці базових потреб, жести схвалення/незгоди («великий палець вгору/вниз»), графічні шкали емоцій.

Синхронізація дихально-артикуляційного ритму. Стабілізація тонусу м'язів гортані, діафрагми та мімічної мускулатури досягається через техніки подовженого видиху з опором (через трубочку, складені губи) без участі голосоутворення.

Категоричне ТАБУ стосується фіксації уваги дитини на її мовленнєвому дефекті чи заїканні під час тривоги (заборонено говорити: «Зупинись, вдихни і скажи повільно без запинань»). Це закріплює логофобічну травму.

ІІ. Варіативна частина: вікові протоколи дій представлено у Таблиці 42.

Таблиця 42

Вікові протоколи дій варіативної складової для дітей з ТПМ

Фаза	Дії дитини /	Операційний алгоритм	Інструментальний

кризи	симптоми	фахівця та батьків	набір
БЛОК А. Дошкільний вік (3-5 років) *Провідний механізм - соматовегетативне розвантаження артикуляційного апарату, ігрові дихальні вправи, жестова підтримка дій.*			
Сигнал тривоги (0–3 *хв*.)	Афективне замикання (німота), стискання зубів/щелеп, хаотичний безгучний плач або спастичний крик на вдиху.	**Візуальний покажчик без слів.** Дорослий сідає навпочіпки, мовчки бере дитину за руку, показує картку- піктограму «Крокуємо вниз» або свій жест «рука в руці». Не ставити запитань. Рух уперед задається кроком наставника.	Ламінована піктограма переміщення на зап'ясті. Тактильний предмет-провідник (м'яка стрічка або іграшка).
Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Клонічні судорожні посмикування губ, ковтання повітря, розрив дихального ритму, тремор щелепи.	**Зняття орального спазму через опір.** Дати дитині пити теплу воду через тонку трубку або втягувати густе пюре з пауч-пакета. Робота кругового м'яза рота на всмоктування рефлекторно розслабляє голосові зв'язки.	Пляшка з водою та коктейльною соломинкою. Пауч із дитячим пюре.
Стабілізація в укритті (>10 *хв*.)	Повна відмова від звукового контакту, опущення голови, ізоляція від однолітків.	**Артикуляційно-дихальна гра.** Вправи на безгучний довгий видих - здування пір'їнки або шматочка серветки з долоні дорослого, видування кульок із мильного розчину. Малювання пальцем на манній крупі чи кінетичному піску.	Пір'ячко або ватні кульки. Міні-піднос із піском / крупою для пальчикового малювання.
БЛОК Б. Молодший шкільний вік (6-10 років) *Провідний механізм - опосередковане вираження потреб через картки АДК, подолання шкільної логофобії, ритмізація мовлення.*			
Сигнал тривоги (0–3 *хв*.)	Гострий ступор мовлення: дитина намагається покликати вчителя, відкриває рот, але застрягає на судомному звуці (тонічне заїкання); паніка від неможливості повідомити про себе.	**Картка безголосого сигналу.** Вчитель підходить і без слів кладе руку на плече. Дитина показує пальцем на ламінований брелок допомоги: [Мені страшно] / [Я йду з вами]. Вчитель киває і подає лікоть для супроводу.	Кишеньковий комунікатор-брелок на карабіні (4–6 піктограм). Індивідуальний бейдж тривожного супроводу.

Спуск і розміщення (3–10 *хв.*)	Дизартричний зрив ковтання від страху, поверхневе ключичне дихання, судомне стискання кулаків.	**Ритмо-моторне заземлення.** Під час ходи або сидіння дорослий синхронізує дихання з дитиною через спільне легке відстукування пальцями по стегнах: рахунок на 4 удари - вдих носом, на 6–8 ударів - видих ротом через складені трубочкою губи («як на свічку»).	Метроном на телефоні (або ритмічний таймер на 60 с.). Силіконовий браслет-фіджет для перебирання пальцями.
Стабілізація в укритті (>10 *хв.*)	Страх говорити перед класом (раптом однолітки почують заїкання чи незрозумілу вимову), замикання в собі.	**Письмовий або піктографічний діалог.** Робота з двостороннім планшетом: дитина пише стираним маркером, обирає картки дій або малює лінію свого настрою. Спілкування дорослого пошепки або напівголосом (зниження тривожного порогу слухового контролю).	Планшет зі стираним маркером. Комунікативна матриця PECS/АДК для укриття (потреби/стан).

Створено автором

III. Протокол розв'язки ситуаційних прикладів у тріаді: дитина – батьки – фахівець)

Приклад 1. Батьки в паніці вимагають від дитини в укритті заговорити («Ти чуєш мене? Скажи, що ти живий! Скажи: "мама"!»).

Дія фахівця. Негайно стати між матір'ю та дитиною, м'яко зупинити руку дорослого і твердо сказати: «Зараз мовленнєвий центр перевантажений стресом. Будь-яке слово зараз викликає спазм голосових зв'язок. Покладіть руку на серце дитини, дивіться їй в очі і просто дихайте разом. Вона чує вас без слів».

Приклад 2. Однолітки в укритті починають сміятися або копіювати судомні звуки дитини із заїканням чи дизартрією.

Дія фахівця. Жорстко перервати насмішки без звинувачення дитини з ТПМ: «У підвалі кожен захищає свій організм по-своєму. Зараз ми всі тренуємо силу мовчання. Завдання для всього класу: 3 хвилини повної тиші, рахуємо видихи». Перевести увагу групи на загальне командне завдання.

Приклад 3. Дитині терміново потрібно в туалет або стало зле, але через мутизм вона не може про це сказати і починає плакати від розпачу.

Дія фахівця. Регулярно (кожні 20–30 *хв*.) показувати дитині комунікативну дошку із запитанням-вказівкою пальцем на піктограми: «Туалет?», «Вода?», «Болить живіт?». Дитині достатньо лише торкнутися відповідного сектора або кивнути головою.

Таким чином, усі п'ять розроблених модулів тепер спираються на спільний алгоритмічний стрижень інваріантної складової щодо забезпечення безбар’єрного простору укриття, протоколу «Дивись – Слухай – Зв'язуй», стабілізації емоційного стану наставника («принцип кисневої маски») та захисту від вторинної травматизації.

Враховано варіативність за віком. Дошкільний вік (3–5 років) з пріоритетом прямої тілесної ко-регуляції, пасивного заземлення, ігрової ритміки та повного зняття когнітивного навантаження. Молодший шкільний вік (6–10 років) - з опорою на наочні покрокові алгоритми, функціональні рятувальні мікроролі в колективі та зовнішні інструменти альтернативної комунікації й саморегуляції.

Таким чином, психосоціальна допомога дітям із мовленнєвими розрухами під час обстрілів та евакуації вимагає безупинного табу на будь-який вербальний примус, що провокує логоневротичний спазм і стійкий мутизм. Надійною опорою стають альтернативні канали комунікації (АДК), картки базових потреб та соматовегетативне розвантаження через вправи на подовжений видих з опором (пиття через соломинку, видування повітря). Вікторова диференціація передбачає використання ігрових дихальних технік і тілесної підтримки для дошкільників, а для молодших школярів - безголосові брелоки сигналізації, ритмізацію дихання за метрономом та індивідуальні письмові планшети взаємодії.

3.7. Результати формувального експерименту

Перевірка ефективності комплексної програми соціально-психологічної допомоги «Острівець безпеки» здійснювалася шляхом оцінювання

результатів системної діяльності фахівця-психолога у експериментальних закладах, спрямованої на купірування воєнного дистресу у матерів (опікунів), що виховують дітей з ООП. Практична реалізація програми охоплювала послідовне впровадження тріадичної моделі екстреної стабілізації «СТОП», де першочерговим завданням психолога було навчання матерів алгоритмам вагусної саморегуляції за протоколом «Киснева маска» (застосування технік пропріоцептивного заземлення, сенсорних мішечків та тілесно-орієнтованої техніки «Обійми»). Після блокування механізму патологічного «губчастого» емоційного зараження, фахівець розгортав диференційовану роботу з дітьми відповідно до їхнього нозологічного профілю за розробленими протоколами і проєктивними методиками: забезпечував організацію доступного візуально-комунікативного простору (картки АДК, візуальні розклади), фасилітував процес екологічної екстерналізації переживань через адаптовану невербальну «Мапу страхів війни», а також купірував сенсорні мелтдауни та логоневротичні спазми шляхом залучення дітей до відновлювальної мікророльової діяльності (арттерапія на мольбертах, терапевтична взаємодія з іграшкою Хібукі, музичні релаксаційні паузи та ін. Такий комплексний та екосистемний супровід дозволив розірвати замкнене коло материнської тривоги, трансформувавши хаотичний простір укриття у прогнозований та контрольований «Острівець безпеки».

Критерії оцінки результативності формувального впливу нами фіксовано у зрушеннях, які виявлено шляхом порівняння констатувального зрізу та контрольного пост-зрізу за Таблицею 43.

Таблиця 43

Порівняння констатувального зрізу та контрольного пост-зрізу

Діагностичний рівень	**Інструментарій перевірки**	**Критерії успішності (маркери часткових/ суттєвих змін)**
І. Психо-фізіологічний (стан дитини)	Моніторинг вегетативних реакцій під час евакуації | Зникнення тахіпное, падіння частоти мелтдаунів при РАС, відсутність моторного ступору при синдромі	тахіпное, частоти мелтдаунів при РАС, моторний ступор при синдромі Дауна, ковтальний рефлекс та ін.

	Дауна, збереження ковтального рефлексу.	
II. Афективно-поведінковий	“Драбина страхів” війни, “Термометр страху”	(підвищення, зниження) сумарного балу за провідними нозологічними страхами (у %)
III. Материнський ресурс	Шкала Спілбергера — Ханіна (РТ та ОТ)	особливості РТ матерів з характеристикою змін (якщо такі є)
IV. Математико-статистичний	Кореляційний аналіз Пірсона (r_{xy})	Особливості кореляційних зв'язків у дошкільноиу і молодшому шкільному віці

Створено автором

У дослідженні брали участь 49 пар учасників, які були розділені на дві групи (контрольну та експериментальну).

Контрольна група матерів і дітей (21 пара) не брали участі у проходженні експериментальної програми, але бажала користуватися окремими протоколами безпеки. Їхні результати не зазнали суттєвих змін у діагностичних показниках (Рис. 14).

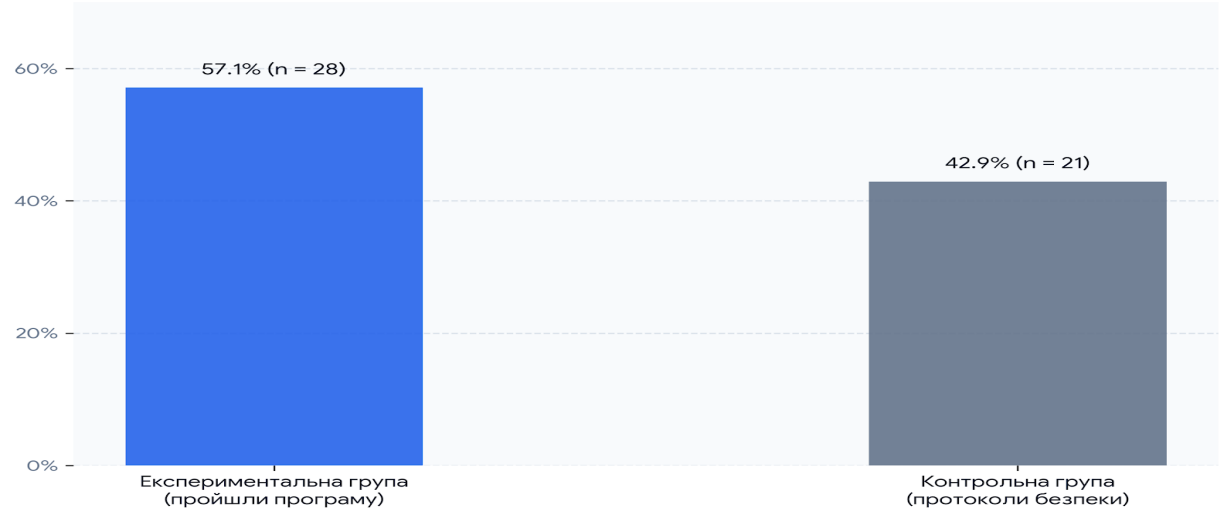


Рис. 14. Розподіл учасників дослідження за групами

Експериментальна група матерів і дітей (28 пар) пройшли програму і їхні результати зазнали суттєвих змін у діагностичних показниках.

Зокрема, очікуваний результат якісно виконаних протоколів ППД для дитини з ООП формулюється однією фразою: дитина зберегла фізичну цілісність, не отримала додаткової сенсорної чи соматичної травми та

зберегла мінімальний комунікативний місток із дорослим для подальшого виходу зі стану тривожності і долання страхів.

Завдяки застосуванню комплексної програми питання діагностики та корекції страхів набули, важливого значення, зважаючи на їх досить широке розповсюдження серед дітей загалом і серед дітей з ООП зокрема. У ході аналізу досліджень формувального етапу та інших з'ясувалося, що найбільш оптимальними засобами психокорекції в роботі з такою категорією дітей віку слід визнати тілесну ко-регуляцію, малювання, розповідь казок і розвиваючі ігри.

Страхи, емоційні порушення піддаються корекції та без наслідків проходять у дітей до десяти років. Тому надзвичайно важливо вчасно звертатися до фахівця психолога, провести заходи щодо подолання негативних наслідків у дитини, що було засвідчено у експериментальної групи респондентів-матерів на відміну від контрольної групи.

Глухі діти і кохлеарно імплантовані діти. Порівняльна вікова специфіка глухих і кохлеарно імплантованих і слухопротезованих дітей часткового покращення у дошкільному віці спостерігається через призму тілесної ко-регуляції. Порівняння значень у середніх показниках провідних страхів (Таблиця 44) впали з критичного коридору (74–88%) до помірного рівня (48–54%) у середньому зниженні на 38%. РТ матерів знизилася на 24.7% на основі часткового, взаємозалежного покращення. Зниження кореляції Пірсона з 0.78 до 0.44 підтверджує: малюк не став автономним (у 3–6 років це неможливо при відсутності слуху), але характер залежності змінився. Зникла афективна панічна воронка, коли перелякане обличчя матері доводило глуху дитину до ступору. Спокійніша матір тепер виступає дієвим зовнішнім регулятором (спрямований ліхтарик, погладжування грудей, ритмічні поплескування, застосування доступної і зрозумілої комунікації), що переводить реакцію дитини з істеричного крику у спокійне очікування.

Молодший шкільний вік демонструє динаміку через суб'єктну автономію. При порівнянні значень інтенсивності страхів за Драбиною

можемо зазначити, що є більш виражене падіння — з діапазону 68–80% до безпечного плато 36–45% (середній спад на 45%). РТ матерів скоротилася на 26.9%. Тут спостерігаємо покращення, яке базується на когнітивному розщепленні залежності від материнської тривоги. Падіння кореляції Пірсона нижче порогу статистичної значущості ($r = 0.22 - 0.24$, $p > 0.05$) свідчить про подолання індукованого страху. Школяр отримав функціональні замісники маминої опіки. Автономний ліхтарик повністю прибрав залежність від зовнішнього освітлення підвалу, а браслет із вібросигналізацією замінив смикання за руку дорослих; візуальна картка алгоритму дій ліквідувала страх невідомості.

Зіставлення емпіричних даних *до* та *після* реалізації програми комплексного соціально-психологічного супроводу засвідчило наявність стійкої позитивної динаміки за всіма діагностичними маркерами в обох вікових групах глухих дітей. У дошкільній групі редукція воєнних страхів за розробленою "Драбиною страхів" склала в середньому 37.9%, що супроводжувалося депатологізацією коефіцієнта кореляції Пірсона з реактивною тривожністю матерів (зниження з $r = 0.78$ до $r = 0.44$, $p < 0.01$). Це відображає перехід від деструктивного симбіотичного зараження страхом до конструктивної тілесно-зорової ко-регуляції.У молодшому шкільному віці зафіксовано ще глибшу позитивну реструктуризацію: інтенсивність страхів знизилася на 45.1%, а кореляційний зв'язок між тривогою матері та показниками дитячого дистресу розпався до статистично незначущих величин ($r = 0.24$, $p > 0.05$). Отриманий контраст доводить, що формування навичок діяльнісного заземлення, візуальної самонавігації та надання адаптивних мікроролей у шкільному віці забезпечує перехід дитини від прямої залежності від психоемоційного стану матері до формування первинної особистісної резильєнтності в умовах надзвичайних ситуацій воєнного стану.

Діти з сидромом Дауна. Впровадження формувальної корекційно-розвиткової програми на засадах спеціалізованих протоколів

ППД (техніка «Моторного потяга», пропріоцептивна активація долонь, візуальні алгоритми дій без частки «НЕ» та соматична ко-регуляція матері) забезпечило виражений якісний перехід від стану афективної декомпенсації до суттєвого покращення в обох вікових групах дітей із синдромом Дауна продемонстровано у Таблиці 45, де здійснено порівняльний кількісно-якісний аналіз динаміки середніх значень (M\pm SD), розрахунок відсоткового зсуву (Delta M,%) та математична перебудова кореляційних плеяд Пірсона (rxy). Якісна диференціація суттєвого покращення за віковими категоріями. Дошкільний вік (3-5 років) демонструє у дітей депатологізацію тілесного дзеркалення (0.84\0.41), що свідчить про сутність кількісного перелому. Відбулася редукція провідних маркерів дистресу і за повні 10 місяців проходження програми сягнула до 48-54%. Це підтверджено переходом показників з критичної зони катастрофи (78-89%) у контрольовану зону помірного функціонального напруження (39-43%). Психологічний механізм демонструє усунення феномену патологічного соматовегетативного резонансу. Завдяки оволодінню матір'ю технікою саморегуляції, прибрано хаотичний тремор кінцівок і спастичний вираз обличчя, які запускали у дитини рефлекторне відключення тонусу кори.

Зниження кореляції Пірсона з критичних 0.84 до помірних 0.41 доводить, що: дитина перестала реагувати на сигнал небезпеки м'язовим «обм'яканням». Застосування алгоритму «Моторного потяга» та пропріоцептивних м'ячиків-їжачків трансформувало ступор у цілеспрямовану, ритмізовану локомоцію без ризику травмування гіпермобільних суглобів.

Молодший шкільний вік (6-10 років) відзначається подоланням негативізму та когнітивною стабілізацією (0.71\0.26). Сутність кількісного перелому зафіксована на максимально середньому падінні інтенсивності страхів - на 53-59% (досягнуто діапазону 31-34%), що відповідає критеріям повної соціально-психологічної компенсації в умовах кризового середовища.

Таблиця 44

Порівняльна таблиця показників глухих і зі СА, КІ дітей до та після формувального експерименту

Вікова група / Діагностичний параметр	До формування (M_1)	Після формування (M_2)	Динаміка (ΔM, %)	Зміна кореляції Пірсона (r_{xy} з РТ матері)	Вектор змін за критеріями покращення
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК (3-5 років)					
РТ матерів (бали)	61.4±4.84	6.2±4.1	-24.7%	-	Зниження з «високого» до «помірного» рівня тривоги
Страх темряви / раптового блекауту (%)	84.5±6.2	54.1±5.8	-38.9%	0.78*** → 0.44**	Перехід з піку «панічного жаху» до «керованого остраху»
Страх вібрації стін та перекриттів (%)	74.2 ±7.1	48.6±6.4	-34.5%	0.61*** → 0.32**	Соматосенсорне розвантаження через каримати й тіло мами
Сепараційна тривога (втрата зору дорослого) (%)	82.7±5.9	49.3±5.2	- 40.4%	0.74***→0.39*	Зменшення тактильного «судомного чіпляння» за одяг
МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК (6-10 років)					
РТ матерів (бали)	56.8±5.14	41.5±3.9	- 26.9%	-	Досягнення стабільного діапазону психоемоційного самоконтролю
Страх раптового блекауту під час тривоги (%)	71.3±6.8	38.2±4.9	- 46.4%	0.51***→0.22 (н.з)	Зняття фобії завдяки наявності власного налобного ліхтарика
Гіперпильність / страх загибелі рідних (%)	79.6± 6.4	45.8±5.5	- 42.5%	0.48**→0.24 (н.з)	Припинення постійного панічного сканування дверей укриття
Страх дезорієнтації в натовпі сховища (%)	68.4±7.0	36.7±4.6	- 46.3%	0.53**→0.28*	Впевненість завдяки ролі «світлового помічника» та карткам дій

Створено автором

Таблиця 45

Порівняльна динаміка показників до і після формувального впливу (Діти із синдромом Дауна)
(рівні значущості кореляцій Пірсона: $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$; н/з — статистично незначуще)

Вікова група / Діагностичний параметр	До формування (M_1)	Після формування (M_2)	Динаміка (ΔM, %)	Зміна кореляції Пірсона (r_{xy} з РТ матері)	Вектор змін за критеріями покращення
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК (3–6 років)					
РТ матерів (бали, 20 – 80)	63.7±4.5	42.1±3.8	-33.9%	-	Зниження з «високого декомпенсованого» до «помірного адаптивного» рівня
Парасимпатичний ступор / атонія на підлозі (%)	89.52 ±5.8	41.3±4.9	-53.7%	0.84*** → 0.41**	**Суттєве покращення.** повне усунення некерованого заціпеніння, збереження м'язової активності за підтримки дорослого
Страх спусків у підвал / втрати опори під ногами (%)	78.4 ±6.3	39.65 ±5.1	-49.6%	0.72*** → 0.35*	Зняття вестибулярної паніки за рахунок бічної фіксації «рука в лікоть»
Сепараційна паніка (страх втрати тактильного контакту) (%)	83.6±5.4	43.2±4.7	- 48.3%	0.76***→0.38*	Перехід від панічного чіпляння до впевненого тримання за тактильний повідець/пояс
МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК (6–10 років)					
РТ матерів (80 -20 балів)	59.4±4.9	38.56 ±3.4	- 35.0%	-	Вихід із хронічного афекту; набуття навичок тілесної саморегуляції («киснева маска»)
Поведінковий негативізм / опір евакуації / зривання речей (%)	81.5 ±6.1	33.4±4.2	- 59.0%	0.51***→0.22 (н.з)	**Суттєве покращення.** заміна деструктивного протесту на виконання ролі «Помічника вчителя» за картою
Парасимпатичний ступор на сходах / застрягання (%)	79.6± 6.4	31.9 ±3.9	- 56.2%	0.67**→0.28*	Швидке подолання маршів сходів завдяки синхронізованому лічбою кроку
Нав'язливі вербальні страхи / тривожна ехолалія (%)	69.3±6.5	34.7±4.0	- 49.9%	0.46**→0.21 (н.з)	Припинення нав'язливого повторення катастрофічних фраз; фокус на арт-рутині в укритті

Створено автором

Психологічний механізм пояснюється статистичним розщепленням залежності дитячого спротиву від материнського афекту ($r = 0.26$, $p > 0.05$). Якщо до формування напад тривоги матері породжував у дитини посилену тривожність, іноді агресивну відмову рухатися, втечу або зривання куртки, то після навчання дитина отримала зовнішні регуляторні опори. Ефективно спрацював ламінований візуальний розклад на липучках, завдяки чому усунувся чинник раптовості. Системне застосування принципу ствердних інструкцій без частки «НЕ» («Ставай за Богданом») ліквідував когнітивну дезорієнтацію. Крім того, в укритті тривожна ехолалія була витіснена структурованою арт-діяльністю (розмальовки з товстим контуром), що усунуло феномен застрягання на темі руйнувань.

Таким чином, аналіз емпіричних результатів формувального експерименту засвідчив подолання стану патологічної декомпенсації та досягнення стійкого суттєвого покращення психоемоційного статусу дітей із синдромом Дауна в обох вікових групах. У дошкільній групі якісне зрушення виразилося в редукції парасимпатичного моторного ступору на 53.7% (M1 = 89.2% проти M2 = 41.3%), що супроводжувалося деструктуруванням критичної кореляційної залежності Пірсона з реактивною тривожністю матері (зменшення коефіцієнта з $r = 0.84$ до $r = 0.41$, $p < 0.01$). Це емпірично верифікує перехід дитини від захисного рухового колапсу до здатності утримувати кінестетичну взаємодію з дорослою за алгоритмом моторного супроводу. У групі молодшого шкільного віку зафіксовано перехід до повної поведінкової адаптивності, де інтенсивність реакцій опозиційної відмови та поведінкового негативізму зменшилася на 59.0% (M1 = 81.5% проти M2 = 33.4%), а кореляційний зв'язок між афектом матері та поведінкою дитини втратив статистичну значущість ($r = 0.26$, $p > 0.05$). Зниження показників материнської реактивної тривожності на 33.9-35.0% у поєднанні з опорою на візуалізовані алгоритми дозволило переорієнтувати психічну активність сонячних дітей із пасивної ехолалічної фіксації страху на виконання адаптивних алгоритмів безпеки, що підтверджує високу ефективність упровадженої комплексної моделі допомоги.

Діти з розладами аутистичного спектру. Порівняльний аналіз динаміки показників за «Драбиною страхів» (шкала 0-100%) та рівня реактивної тривожності матерів (шкала Спілбергера - Ханіна) до і після формувального впливу демонструє якісний перехід дітей з РАС дошкільного і молодшого шкільного віку (Таблиця 46).

У дошкільному віці (3-5 років) - від гострого сенсорно-афективного колапсу, некерованих мелтдаунів з автоагресією, панічної рухової дезорганізації та симбіотичного «афективного зараження» материнською панікою (М1 = 86.4%; зв'язок із РТ матері r = 0.76***) - до керованого соматосенсорного напруження, відновлення просторової орієнтації через предметне заземлення, прийняття безпечного тілесного контакту з дорослою та зниження частоти самопошкоджень (М2 = 49.7%; редукція страху на 42.5%; послаблення зв'язку до помірного r = 0.38*).

У молодшому шкільному віці (6–10 років) - від деструктивного поведінкового опору евакуації, монотематичних воєнних обсесій, вторинного кататонічного ступору та паралізуючої ригідності перед зміною умов сховища (М1 = 78.9%; зв'язок із РТ матері r = 0.68***) - до довільного дотримання покрокових візуальних сценаріїв дій (візуальний розклад/PECS), конструктивного використання сенсорних протекторів (шумопоглинальні навушники, обтяжувачі) та здатності до самостійної стабілізації в укритті за підтримки ресурсної матері (М2 = 41.2%; редукція страху на 47.8%; депатологізація зв'язку до статистично незначущого рівня r = 0.25, p > 0.05).

Порівняльний аналіз емпіричних даних свідчить про подолання декомпенсованого стану та досягнення стійкого часткового покращення психоемоційного статусу дітей із РАС обох вікових груп.

У дошкільному віці сутнісний зміст динаміки полягає у переході від некерованого рухового збудження, сенсорного мелтдауну та автоагресії до стадії організованого сенсорного заземлення. Про це свідчать показники за "Драбиною страхів", які знизилися на 42.5% (М1 = 86.4% проти М2 = 49.7%), що супроводжувалося зниженням коефіцієнта кореляції Пірсона з реактивною

Таблиця 46

Зведена таблиця емпіричної динаміки дітей з РАС (до і після формувального впливу)

Вікова група / Діагностичний параметр	До формування (M_1)	Після формування (M_2)	Динаміка (ΔM, %)	Зміна кореляції Пірсона (r_{xy} з РТ матері)	Вектор змін за критеріями покращення
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК (3–5 років)					
РТ матерів (бали, 20-80)	64.8±4.6	44.3±3.9	-31.6%	-	Зниження з критично високого до помірного адаптивного рівня
Сенсорний колапс / мелтдаун / SIB (%)	86.4±5.9	49.7±5.1	-42.5%	0.76*** → 0.38**	Перехід від афективного вибуху до тілесної ко-регуляції за протоколом
Тактильний опір / втеча при евакуації	79.1 ±6.4	43.5 ±4.8	-45.0%	0.69*** → 0.31*	Зняття панічного захисту через глибокий пропріоцептивний тиск
МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК (6–10 років)					
РТ матерів (80 -20 балів)	60.2±4.8	39.8±3.5	- 33.9%	-	Оволодіння алгоритмом самостабілізації («киснева маска»)
Опір зміні простору сховища / ригідність (%)	78.9 ±6.2	41.2±4.4	- 47.8%	0.54***→0.22 (н.з)	Опора на візуальні соціальні історії замість сліпої паніки
Вторинний ступор (%)	37.6± 4.1	31.9 ±3.9	- 47.4%	0.68**→0.25 (н.з)	Розрив індукованого зв'язку; діяльнісне заземлення через PECS/фіджети

Створено автором

тривожністю матері з r = 0.7 до r = 0.38 (p < 0.05). Зняття материнської моторної паніки дозволило розірвати коло патологічної сенсорної індукції.

У групі молодшого шкільного віку зафіксовано перехід від деструктивного опозиційного спротиву, стереотипного застрягання та воєнних обсесій до функціональної поведінкової автономії, адже інтенсивність страхів знизилася на 47.8% (M1 = 78.9% проти M2 = 41.2%), а кореляційна залежність між дитячим страхом і материнською РТ розпалася до статистично незначущої величини (r = 0.25, p > 0.05). Це свідчить про успішну екстерналізацію тривоги через використання низькотехнологічних засобів альтернативної комунікації (АДК) та сенсорних бар'єрів, застосованих у Комплексній програмі, що забезпечило перехід дитини з РАС від хаотичної дезінтеграції до підконтрольної участі в алгоритмах цивільного захисту.

Діти з ТПМ. Порівняльний аналіз динаміки показників за «Драбиною страхів» (шкала 0–100) та рівня реактивної тривожності матерів до і після формувального впливу демонструє у Таблиці 44 якісний позитивний перехід дітей із тяжкими порушеннями мовлення дошкільного і молодшого шкільного віку:

- у дошкільному віці (3-5 років) маємо картину від гострого психогенного мутизму, тяжких тоніко-клонічних судом мовного апарату (логоневротичних спазмів), соматовегетативної декомпенсації (пароксизмальна задишка, енурез) та патологічної реакції на вербальний тиск переляканих матерів (M1 = 84.7$; кореляція з РТ матері r = 0.78***) до зняття м'язових затисків дихально-артикуляційного комплексу, подолання комунікативної блокади через використання невербальних карток і жестів АДК, відновлення фізіологічного дихання та прийняття спокійної тілесної ко-регуляції з матір'ю (M2 = 43.8%; середня редукція страху на 48.3%; послаблення кореляції до адаптивного рівня r = 0.36*).

- у молодшому шкільному віці (6-10 років) картина змінюється від деструктивної соціальної логофобії, панічного страху насмішок у багатолюдному укритті, відмови від озвучення базових вітальних потреб та

індукованого материнського сорому за свій мовленнєвий дефект (М1 = 76.2% зв'язок із РТ матері r = 0.69***, з ОТ r = 0.74***) до впевненої комунікативної самонавігації за допомогою комунікативних браслетів і блокнотів дій, готовності звертатися по допомогу до дорослих. Позитивна динаміка спостерігається і щодо використання карток-символів та подолання страху мовленнєвого прояву в соціумі (М2 = 36.5%; середня редукція страху на 52.1%; розпад кореляції з материнським афектом до статистично незначущого рівня r = 0.23, p > 0.05).

Зіставлення емпіричних результатів констатувального та контрольного зрізів підтвердило високу ефективність розробленої комплексної програми й засвідчило стійкий позитивний перехід у психоемоційному та комунікативному функціонуванні дітей із ТПМ в обох вікових групах (Таблиця 47).

У дошкільній групі якісний зсув полягав у ліквідації явища гострої соматизації та мовленнєвого ступору: середнє значення показників за Зіставлення емпіричних результатів констатувального та контрольного зрізів підтвердило високу ефективність розробленої комплексної програми й й засвідчило стійкий позитивний перехід у психоемоційному та комунікативному функціонуванні дітей із ТПМ в обох вікових групах.

У дошкільній групі якісний зсув полягав у ліквідації явища гострої соматизації та мовленнєвого ступору: середнє значення показників за "Драбиною страхів" зазнало редукції на 49.8% (М1 = 80.5% проти М2 = 40.4%), що супроводжувалося депатологізацією коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона з реактивною тривожністю матері (зменшення з r = 0.78*** до r = 0.36*, p < 0.05*). Навчання матерів принципу "не вимагати слів під час атаки" та впровадження тактильно-дихальних протоколів ППД розірвало патологічне коло, у якому страх матері підсилював логоневротичний спазм дитини.

У групі молодшого шкільного віку зафіксовано подолання вторинної соціальної декомпенсації: рівень страхів знизився на 52.2% (М1 = 72.1% проти М2 = 34.5%), а кореляційна залежність між дитячим страхом і материнською РТ розпалася до статистично незначущих величин (r = 0.23, p> 0.05).

Таблиця 47

Зведена таблиця емпіричної динаміки дітей з ТПМ (до і після формувального впливу)

(рівні значущості кореляцій Пірсона: p < 0.05p < 0.01***p < 0.001; н/з — статистично незначуще)*

Вікова група / Діагностичний параметр	**До формування (M_1)**	**Після формування (M_2)**	**Динаміка (ΔM, %)**	**Зміна кореляції Пірсона (r_{xy} з РТ матері)**	**Вектор змін за критеріями покращення**
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК (3-5 років)					
РТ матерів (бали, 20 – 80)	84.7±6.1	42.5±3.6	-32.4%	-	Зниження з «високого» до «помірного адаптивного» рівня
Тоніко-клонічний спазм / заїкання під час тривоги (%)	84.7 ±6.1	43.8±4.9	-48.3%	0.78*** → 0.36**	Перехід від спастичного замикання до дихальної релаксації
Психогенний мутизм / відмова від контакту (%	81.2 ±6.5	39.4±4.3	-51.5%	0.73*** → 0.31*	Заміна мовного ступору на жести та низько-технологічну АДК
Соматовегетативні прояви (задишка, енурез) (%)	75.6±5.8	38.1±4.5	- 49.6%	0.66***→0.29*	Соматична стабілізація завдяки диханню з опором
МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК (6-10 років)					
РТ матерів (80 -20 балів)	58.1 ± 4. 5	37.9±3.2	- 34.8%	-	Оволодіння навичками підтримки дитини без вербального тиску
Соціальна логофобія в укритті / страх осуду (%)	76.2± 6.3	36.5±4.1	- 52.1%	0.64***→0.23 (н.з)	**Суттєвий прогрес.** подолання сорому, вільне використання піктограм
Сепараційна паніка / страх загубитися в натовпі (%)	70.8± 5.9	34.2±3.8	- 51.7%	0.52**→0.21*	Відчуття контролю завдяки комунікативному бейджу-ідентифікатору
Мовленнєвий ступор перед незнайомцями (%)	69.4± 6.4	32.8±3.5	- 52.7%	0.69**→0.25 (н.з)	Повна автономізація контакту через картки швидкого запиту

Створено автором

Інтеграція низькотехнологічних засобів альтернативної і додаткової комунікації (комунікативні картки базових потреб, візуальні бейджі) забезпечила дестигматизацію перебування школяра у сховищі. Діти перестали інтерпретувати власний мовленнєвий дефект як перешкоду для безпеки, перейшовши від повної замкненості до активної адаптивної взаємодії із соціумом.

За критеріями оцінки результативності формувального впливу ми зафіксували зрушення (Таблиця 48) шляхом порівняння констатувального зрізу та контрольного пост-зрізу

Таблиця 48

Порівняння констатувального зрізу та контрольного пост-зрізу

Діагностичний рівень	Інструментарій перевірки	Критерії успішності (маркери часткового/суттєвого покращення)
I. Психо-фізіологічний (стан дитини)	Моніторинг вегетативних реакцій під час евакуації | Зникнення тахіпное, падіння частоти мелтдаунів при РАС, відсутність моторного ступору при синдромі Дауна, збереження ковтального рефлексу.	Зникнення тахіпное, падіння частоти мелтдаунів при РАС, відсутність моторного ступору при синдромі Дауна, збереження ковтального рефлексу та ін.
II. Афективно-поведінковий	«Мапа страхів”, “Драбина страхів” війни, “Термометр страху”, опитувальники, малювання, спостереження та ін.	Зниження сумарного балу за провідними нозологічними страхами не менше ніж на 35–50%
III. Материнський ресурс	Шкала Спілбергера — Ханіна (РТ та ОТ)	Редукція РТ матерів на 25–35% (перехід із високого декомпенсованого рівня в адаптивний помірний)
IV. Математико-статистичний	Кореляційний аналіз Пірсона (r_{xy})	Депатологізація зв'язків: зниження високих кореляцій ($r > 0.70$) до помірних значень ($r = 0.30 - 0.40$) у дошкільнят та розпад зв'язків до рівня статистичної незначущості ($p > 0.05$) у молодших школярів

Створено автором

Подана таблиця репрезентує комплексну багаторівневу матрицю критеріїв оцінювання ефективності впровадженої програми «Острівець

безпеки». Її структура охоплює чотири ключові вектори діагностики: від фіксації первинних психофізіологічних та поведінкових маркерів стабілізації дитини (купірування мелтдаунів, моторного ступору та зниження інтенсивності специфічних нозологічних страхів на 35–50%) до оцінки відновлення материнського ресурсу (редукція показників реактивної тривожності) і глибокої математико-статистичної верифікації. Така систематизація дозволяє не лише комплексно відстежити динаміку адаптації дітей з ООП наших категорій за апробованою комплексною програмою “Острівець безпеки”, а й науково обґрунтувати надійність результатів формувального впливу через статистично підтверджену депатологізацію зв'язків між материнською панікою та дитячим дистресом у контрольному пост-зрізі.

Висновки до третього розділу

Науково *обґрунтовано, розроблено та експериментально* апробовано комплексну програму соціально-психологічної допомоги «Острівець безпеки», орієнтовану на подолання дезадаптивних воєнних страхів і тривожності у дітей з ООП засобами адаптованих протоколів першої психологічної допомоги та ко-терапевтичної взаємодії в системі тріади «дитина – мати – фахівець». Програму *побудовано* на засадах уніфікованого алгоритму «СТОП», що дозволило стандартизувати надання екстреної допомоги в кризових умовах укриттів.

Експериментально доведено ефективність створеної дворівневої системи протоколів ППД, що гармонійно поєднує інваріантну та варіативну складові, де перша забезпечила базові умови фізичної та психологічної безпеки в захисних спорудах (світлове зонування, соматосенсорне капсулювання, алгоритми безстресового переміщення без ризику травмування кінцівок і суглобів, стабілізація вегетативного тонусу матері за 60 с.), варіантна складова за нозолічними модулями дозволяє реалізували адресні компенсаторні мішені для п'яти категорій дизонтогенезу: подолання «сенсорного блекауту» через спрямований промінь світла й тактильний якір у

глухих дітей; захист мовного процесора від поломок і демпфування акустичного удару в користувачів КІ; соматосенсорне капсулювання (глибокий тиск, обтяжувачі) проти мелтдаунів при РАС; техніка локомоції «Моторний потяг» і пропріоцептивна стимуляція для купірування парасимпатичного ступору при синдромі Дауна; повне усунення вербального тиску дорослих і перехід на картки/браслети АДК для ліквідації логоневротичних спазмів і мутизму при ТПМ.

Здійснено порівняльний аналіз результатів констатувального та контрольного зрізів, які засвідчили перехід дітей з ООП експериментальної групи від стану гострої декомпенсації до стійкої адаптації на тлі відсутності значущих позитивних змін у контрольній групі. Показники реактивної тривожності матерів знизилися в середньому на 24.7–35.0%, що забезпечило відновлення їхньої ролі як ресурсного буфера безпеки. Інтенсивність дитячих страхів за «Драбиною страхів війни» зазнала статистично значущої редукції: у дошкільному віці (3-5 років) — на 34.5–53.7% (вихід із зони вітального жаху 74–89% у безпечний коридор 39–54%); у молодшому шкільному віці (6-10 років) - на 42.5–59.0% (зниження з критичних 69-81% до плато функціонального самоконтролю 31–41%). Цим *доведено*, що програма «Острівець безпеки» надійно утримує психоемоційний стан дітей обох вікових груп нижче критичної дезадаптивної межі (до 70%).

Здійснений кореляційний аналіз за Пірсоном (r_{xy}) математично верифікував ліквідацію механізму вторинного патологічного зараження страхом у тріаді з вираженою віковою динамікою, у дошкільників зафіксовано депатологізацію зв'язків - зниження надвисоких, деструктивних кореляцій ($r = 0.73^{***} - 0.84^{***}$, $p < 0.001^{*}$) до помірних адаптивних значень ($r = 0.31^{**} - 0.44^{**}$, $p < 0.05^{*}$), що відображає перехід від симбіотичної паніки дитини на фоні матері до конструктивної тілесно-емоційної ко-регуляції. У молодших школярів зафіксовано статистичне розщеплення залежностей - розпад кореляційних зв'язків між материнським афектом і дитячими страхами до рівня повної незначущості ($r = 0.21^{*} - 0.28^{*}$, $p >$

0.05*), що підтверджує сформованість у школярів із сенсорними, ментальними та мовленнєвими порушеннями початкової особистісної автономії, резильєнтності та вміння самостійно застосовувати низькотехнологічні засоби цивільного захисту й самостабілізації.

Психосоціальні програми підтримки дітей з ООП у період воєнних дій повинні передбачати інтеграцію спеціальних комунікативних засобів, адаптацію діагностичних і терапевтичних методик, а також активне залучення родин до процесу підтримки. Системна міждисциплінарна взаємодія є необхідною умовою ефективної допомоги. Подальші дослідження мають бути спрямовані на апробацію і вдосконалення інклюзивних моделей психоемоційної підтримки з урахуванням специфіки реагування дітей різних категорій на екстремальні ситуації.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1.Аналіз теоретичних джерел засвідчує фундаментальну розробленість феноменів тривожності й страху в загальній психології (В. Кремень, С. Максименко, З. Фройд, Ч. Спілбергер, К. Ізард, Є. Ільїн, Ю. Ханін та ін.), де тривожність розглядається як генералізована властивість особистості або реактивний афект, а страх — як конкретна емоційна реакція на об'єктивну чи уявну загрозу. Водночас у контексті воєнного дистресу сучасна наука дедалі частіше спирається на нейробіологічні концепції стресу (моделі функціональної дезінтеграції префронтальної кори, гіперактивації лімбічної системи за Дж. Леду, С. Порджеса), які пояснюють зрив адаптивних механізмів дитини за умов екстремального сенсорного, звукового перевантаження. Доведено, що попри значний масив досліджень психотравми, проблема воєнних страхів у дітей з особливими освітніми потребами залишається фрагментарно висвітленою. У спеціальній психології та педагогіці традиційно акцентувалася увага на навчальних труднощах чи вторинних порушеннях розвитку, тоді як питання декомпенсації дитини з дизонтогенезом під дією акустичних ударів, темряви, виття сирен та втрати сенсорних опор розглядалися спорадично. Відсутність цілісної концепції специфікації воєнних страхів з урахуванням структури первинного дефекту створює суттєву прогалину в теорії спеціальної психології та освітній практиці.

2. Проаналізовано концептуалізацію небезпеки в умовах воєнного стану з опертям на на міжнародні директиви психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (міжвідомчі керівні принципи IASC, стандарти MHPSS, рекомендації UNICEF і WHO), які визначають багаторівневу піраміду інтервенцій. Центральне місце посідає доктрина першої психологічної допомоги, зорієнтована не на глибоку терапію, а на збереження життя, швидку соматичну стабілізацію вегетативного тонусу та відновлення суб'єктивного відчуття безпеки в перші хвилини кризової події з урахуванням концепції подвійної діагностики. Доведено, що критичний аналіз мінімальних стандартів ППД засвідчив їхню переважно нормотипову

орієнтованість: більшість протоколів вимагають розвиненого вербального діалогу, раціонального усвідомлення інструкцій та нормативного сенсорного сприйняття. Для дітей з ООП ці стандарти потребують адаптації та розширення: запровадження невербальних сигналів, візуальних соціальних історій дій у сховищі, застосування сенсорних бар'єрів (шумозаглушення, захисні кейси для процесорів КІ) та обов'язкової пропедевтичної стабілізації матері за алгоритмом «кисневої маски», без якої стандартні протоколи цивільного захисту виявляються неефективними.

3. Продіагностовано психологічні витоки воєнних страхів у дітей з ООП, які детерміновані структурою первинного дефекту та функціональною неспроможністю нервової системи переробляти гіперінтенсивні стимули війни. За допомогою комплексу підібраних методик емпірично виявлено категоріальну диференціацію дезадаптації (≥70%): панічний «сенсорний блекаут» через втрату зорового контакту в глухих; больовий акустичний дисторшн і страх руйнування апарата в користувачів КІ; сенсорний колапс (мелтдаун з автоагресією) при РАС; парасимпатичний ступор при синдромі Дауна; респіраторно-артикуляційні спазми та психогенний мутизм при ТПМ. На основі поєднання методів якісного спостереження, клініко-психологічного інтерв'ю та проєктивних технік створено й верифіковано авторську "Мапу страхів війни" для дітей з ООП, що дозволило систематизувати поліморфні прояви дитячого дизонтогенезу: якщо в дітей із сенсорними порушеннями епіцентр тривоги зосереджений у зонах депривації провідного аналізатора (зорового чи слухового), то в дітей із ментальними та мовленнєвими розладами ядерними секторами виступають зони соціально- комунікативної дезорієнтації та моторно-вестибулярної нестабільності. Діагностично визначено ієрархічну драбину загрозливих страхів (найбільш критичних (80-100%), середніх ситуативних (40-70%), найменш значущі (0-30%) для всіх категорій дітей з ООП і встановлено, що в дошкільному віці переважає пряма соматизація небезпеки через відсутність когнітивних фільтрів оцінки дійсності, тоді як у молодших школярів формується вторинна невротизація:

страх осуду дефекту в натовпі укриття (ТПМ), фіксація на тривожних монотематичних обсесіях (РАС) або страх раптового зникнення рідних (глухі діти). Це підтвердило валідність діагностичного комплексу для виявлення як базових афективних реакцій, так і прихованих вторинних декомпенсацій. Здійснено математико-статистичний аналіз за критерієм Пірсона (r_{xy}) на констатувальному етапі, який виявив феномен деструктивного «афективного зараження»: реактивна тривожність матерів корелювала з гострими зривами дітей на рівні $r=0.68-0.84$ ($p<0.001$), що свідчило про функціонування матері як каталізатора дитячої паніки через спотворену міміку, тремор і вербальний тиск. Натомість материнська особистісна тривожність ($r=0.64-0.79$) виступала джерелом хронізації дитячих логофобій та нав'язливих воєнних ритуалів у молодшому шкільному віці.

4. Науково обґрунтовано, розроблено та експериментально апробовано комплексну програму соціально-психологічної допомоги «Острівець безпеки», спрямовану на зниження тривожності та подолання дезадаптивних воєнних страхів у дітей з ООП. Її концептуальною основою став уніфікований алгоритм «СТОП», який забезпечує системність і послідовність надання екстреної психологічної підтримки дітям з ООП у кризових умовах перебування в захисних спорудах. Програма передбачає застосування адаптованих протоколів ППД та ко-терапевтичного супроводу в межах системи взаємодії «дитина – мати – фахівець», що інтегрує універсальні та спеціалізовані заходи психологічної стабілізації. Інваріантний компонент спрямований на забезпечення базових умов фізичної й психологічної безпеки в укриттях, передбачає світлове зонування простору, соматосенсорне капсулювання, використання алгоритмів безпечного переміщення для запобігання травмуванню кінцівок і суглобів, а також стабілізацію вегетативного тонусу матері впродовж 60 секунд. Варіативний компонент реалізується через спеціалізовані модулі, адаптовані до особливостей п’яти категорій порушень розвитку. Для глухих дітей передбачено подолання сенсорної дезорієнтації за допомогою спрямованого світлового сигналу й

тактильного якоря; для користувачів КІ - захист мовного процесора від пошкодження та зменшення впливу інтенсивних акустичних подразників; для дітей із РАС - застосування глибокого тиску, обтяжувальних засобів та інших прийомів соматосенсорного капсулювання для запобігання й купірування мелтдаунів. Для дітей із синдромом Дауна запропоновано техніку локомоції «Моторний потяг» у поєднанні з пропріоцептивною стимуляцією, спрямовану на подолання станів психомоторного загальмування. Для дітей із ТПМ передбачено мінімізацію вербального навантаження з боку дорослих і використання карток та комунікативних браслетів АДК, що сприяє зменшенню комунікативного напруження та подоланню проявів мовленнєвого блокування й мутизму.

5. Експериментальна перевірка комплексної програми у закладах спеціальної освіти підтвердила її результативність: зафіксовано редукцію дитячих страхів за шкалою «Драбина страхів війни» на 34.5-53.7% у дошкільнят із переходом від показників вітального жаху (74-89%) до безпечного коридору (39-54 %), а в молодших школярів віком 6-10 років — на 42,5-59,0 %, зі зниженням критичних показників (69-81%) до рівня функціонального самоконтролю (31-41 %). Завдяки системному супроводу вдалося вивести психоемоційний стан дітей з критичної дезадаптивної зони (≥70%) у діапазон помірної адаптивності (31-54%), попередивши психогенний регрес навичок, випадки травматизму під час евакуації та соматичні зриви. Впровадження тріадичної ко-терапії та протоколу «кисневої маски» забезпечило математично доведену депатологізацію цієї взаємозалежності. У дошкільників усіх п'яти нозологій надвисокі кореляційні зв'язки знизилися до помірних адаптивних значень ($r=0.31-0.44$, $p<0.05$), трансформувавши залежність із патологічного страху в захисну тілесну ко-регуляцію. У молодших школярів відбулося статистичне розщеплення залежності ($r=0.21-0.28$, $p>0.05$): сформовані навички самонавігації, застосування засобів АДК і виконання адаптивних мікроролей забезпечили дитині психологічну автономію та поведінкову резильєнтність незалежно від

коливань емоційного стану дорослої. За результатами порівняльного аналізу констатувального та контрольного зрізів встановлено позитивну динаміку психоемоційного стану дітей з ООП експериментальної групи, що проявилася переходом від гострої декомпенсації до стійкої адаптації, тоді як у КГ значущих позитивних змін не зафіксовано. Зокрема, показники реактивної тривожності матерів знизилися в середньому на 24,7-35,0 %, що сприяло відновленню їхньої здатності забезпечувати дітям емоційну підтримку та відчуття безпеки. Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона засвідчив позитивні зміни у взаємозв'язках між емоційним станом матерів і страхами дітей, що свідчить про послаблення механізму вторинного емоційного зараження страхом у сімейній тріаді. У дошкільників виявлено зниження сили деструктивних кореляційних зв'язків із високих значень ($r = 0,73$-$0,84$; $p < 0,001$) до помірних адаптивних показників ($r = 0,31$-$0,44$; $p < 0,05$), що відображає перехід від взаємного посилення тривоги до конструктивної тілесно-емоційної корегуляції. У молодших школярів встановлено послаблення кореляційних зв'язків між материнським емоційним станом і дитячими страхами до статистично незначущого рівня ($r = 0,21$–$0,28$; $p > 0,05$), що може свідчити про формування передумов особистісної автономії, психологічної резильєнтності та здатності самостійно застосовувати доступні засоби цивільного захисту й самостабілізації в дітей із сенсорними, ментальними та мовленнєвими порушеннями.

Отже, результати дослідження підтверджують доцільність комплексного супроводу сімей, які виховують дітей з ООП, із залученням батьків і фахівців для зменшення впливу воєнних страхів та підтримки психологічного благополуччя дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астремська І.В., Чернюк С.В. (2024). Вплив стилів материнської поведінки на психоемоційний розвиток дитини. *Габітус, 66*, 43 - 47.

2. Астремська І.В. (2025). Психологічне консультування та основи корекції : *методичні рекомендації* до вивчення навчальної дисципліни зі спеціальності 053 Психологія. Миколаїв: ЧНУ імені Петра Могили. 72 с.

3. Бабяк, О. О., Вовченко, О. А., Гладченко, І. В., Данілавічютє, Е. А., Довгопола, К. С., Жук, В. В., Кульбіда, С. В., Легкий, О. М., Литвинова, В. В., Литовченко, С. В., Литовченко, В. П., Міськов, Г. В., Рибак, О. А., Таранченко, О. М., Чеботарьова, О. В. (2024). Запровадження безбар'єрності освітніх послуг в закладах дошкільної та загальної середньої освіти: *аналітичні матеріали для МОН України* (Л. І. Прохоренко, В. В. Засенко, & Н. А. Ярмола, ред.). Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742529/

4. Безпечне освітнє середовище: надання індивідуальної підтримки учням з особливими освітніми потребами під час підготовки до реагування на надзвичайні ситуації : *методичні рекомендації*. Лист МОН України від 03.08.2023 № 1/11479-23. https://mon.gov.ua/osvita-2/inklyuzivne-navchannya/dlya-fakhivtsiv/metodichni-rekomendatsii-2 (дата звернення: 05.05.2026).

5. Бех І. Д. (2018). Особистість на шляху до духовних цінностей: *монографія*. Київ – Чернівці : «Букрек», 2018. – 320 с.

6. Біланова О.А. (2021). Роль і значення жестової мови у набутті компетентнісного досвіду дітей з порушеннями слуху. *Грааль науки, (2-3)*. https://doi.org/10.36074/grail-of-science.02.04.2021.093

7. Біланова О.А., Іващенко Л.Д., Кульбіда С.В. (2026). Екстралінгвістичні чинники мовних контактів української жестової мови. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 1(28), 81-101. https://doi.org/10.33189/epsn.v1i28.315

8. Брушневська І.М. (2024). Теоретичні аспекти побудови моделей психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП та її сім'ї. *Acta Padagogika Volynienses, 2024.* 2, 54-60. DOI: https://doi.org/10.32782/apv/2024.2.9

9. Булах, І. С. (2020). *Психологічні засади розвитку особистісної зрілості молодшого школяра* (Монографія). НПУ імені М. П. Драгоманова.

10. Бурлачук, Л. Ф., & Морозов, С. М. (2000). *Словник-довідник з психодіагностики* (С. Д. Максименко, Ред.). Наукова думка.

11. Вовченко, О.А. (2024). Особливості роботи психологів в спеціальних освітніх закладах за умов воєнного часу. *Перспективи та інновації науки* (Серія «Психологія»), 7 (41), 658-670.

12. Вовченко, О.А. (2024). Прояви резильєнтності на різних рівнях соціо-системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни. Science and society: modern trends in a changing world. *Proceedings of the 4th International scientific and practical conference*. MDPC Publishing, c. Vienna, Austria, 258-263.

13. Воробель Г.М. (2022). Спільнота дітей з порушеннями слуху в Україні: забезпечення права на якісні освітні послуги. Sectoral research XXI:characteristics and features. Volume 3, April 22, 2022. Chicago, USA. Collection of scientific papers «SCIENTIA», 52-55.

14. Грабовська Н. (2018). Психологічна арт-терапія у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. *Психологія і соціальна робота,* 5, 21–27.

15. Гріньова, О. М., Терещенко, Л. А. (2015). *Дитяча психодіагностика: навчально-методичний посібник для студентів ВНЗ*. Нілан-ЛТД.

16. Данілавічютє, Е. А. (2022). Подолання комунікативних бар'єрів та вторинної тривожності у дітей з тяжкими порушеннями мовлення в кризових умовах. *Особлива дитина: навчання і виховання*, (3), 89–98.

17. Дзугань Т.В., Астремська І.В., Кругляк М.А. (2025). Особливості соціальної тривожності в контексті емоційного інтелекту особистості. *Габітус*, 73, 118-123.

18. Дігтенко, М. (2024). Дослідження психологічного стану матерів і поведінкових особливостей дітей із синдромом Дауна в умовах нестабільності. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 116(4), 230–248. https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4.207

19. Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги: *монографія*. В. Зливков, С. Лукомська. Київ-Ніжин: Лисенко М. М., 2022. 221 с.

20. Дитина зі світу тиші. На допомогу батькам нечуючої дитини : *наук.-метод. посіб*. / ред.: С. В. Кульбіда; уклад.: Н. А. Зборовська; Ін-т спец. педагогіки АПН України. - Київ : Педагогічна думка, 2008. - 184 с.

21. Дрозд Л. (2024). Сучасні аспекти психологічного супроводу дітей зі спектром аутичних порушень в умовах військової агресії. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 3 (115), 88–103.

22. Емоції війни: горе й втрати. К. Карачун. Київ: Психобук, 2023. 93 с.

23. Іванюшева Н. В. (2019). Роль дитячої пізнавальної книжки для нечуючої дитини. Роль і місце психології і педагогіки у формуванні сучасної особистості : *Зб. тез міжнародної* науково-практичної конференції: (м. Харків, Україна, 11–12 січня 2019 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2019. 17-19 с.

24. Іванюшева Н.В., Кульбіда С.В. (2005). Українська жестова абетка. Науково-методичний посібник (доповнений і доопрацьований). Київ: ТОВ «Київська Русь», 2005. 64 с.

25. Запорожець, О. В. (2023). Психологічні особливості трансформації дитячих страхів в умовах війни: Віковий та діагностичний аспекти. *Вісник психології і педагогіки*, 28(2), 140–147.

26. Заяць, Т. (2021). Організація комунікативного середовища з використанням жестової мови в освітньому процесі сучасного навчально-реабілітаційного центру. *Збірник наукових праць* ΛΌГОΣ. https://doi.org/10.36074/logos-26.02.2021.v2.46

27. Зборовська, Н. (2021). Педагогічні умови використання жестової мови як засобу оптимізації навчального процесу для учнів з порушеннями слуху. *Грааль науки, (2*-3). https://doi.org/10.36074/grail-of-science.02.04.2021.103

28. 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

29. Клименко, В. А. (2024). Особливості стану тривожності страхів у молоді під час військового часу. У О. Г. Романовський (Ред.), *Наукова школа академіка Івана Зязюна у працях його соратників та учнів: матеріали 8-ї Міжнародної науково-практичної конференції* (с. 208–210). НТУ «ХПІ».

30. Кобильченко, В., Омельченко, І., Душка, А. (2025). Шляхи формування життєстійкості у дітей з особливими освітніми потребами. Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія»), 8(54), 1383-1396. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-8(54)-1383-1396

31. Коломоєць, А. (2020). Досвід застосування української жестової мови як засобу навчання вчителями і вихователями навчально-реабілітаційного центру «Сузір′я ДОР». *Збірник наукових праць* ΛΌГОΣ, 41-45. https://doi.org/10.36074/05.06.2020.v2.15

32. Коломоєць А.О., Луценко Л.М., Кульбіда С.В. (2022). Виховне гуманістичне середовище закладу освіти в сучасних умовах. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: *науково-методичний збірник*. Вип. 21. С.58-73. DOI: https://doi.org/10.33189/epsn.v1i21.212

33. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 07.07.2026 р.).

34. Кремень, В. Г. (Ред.). (2021). *Енциклопедія освіти* (2-ге вид.). Юрінком Інтер.

35. Кульбіда С.В. (2020). Освітній простір для всіх (застосування компетентнісного і білінгвального підходів в умовах модернізації освітньої діяльності). Стратегія післядипломної освіти для сталого розвитку : монографія; за ред. Н.М. Рідей, Л.М. Панченко. 2 вид., доповнене і перероблене, 229-256. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2020.

36. Кульбіда С.В. (2021). Особливості комунікативної діяльності нечуючих учнів: монографія. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, відділ навчання жестової мови. Київ: Інтерсервіс. 200 с. https://doi.org/10.33189/isp21.01.

37. Кульбіда, С. (2020). Функціонування мережі закладів для осіб з особливими освітніми потребами в Україні в умовах перехідного періоду реформування. *Збірник наукових праць* ΛΌГОΣ, 114-119. https://doi.org/10.36074/15.05.2020.v4.44

38. Кульбіда С.В., Рибак О.А., Міськов Г.В. (2025). Аналітичні матеріали для МОН України : препринт. Відділ української жестової мови Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ, 2025. 50 с. https://doi.org/10.33189/articles25001

39. Кульбіда С.В., Рибак О.А., Рапіна Л.А. (2025). Шляхи реалізації мовної політики української жестової мови: монографія. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, відділ української жестової мови. Київ, 2025. 440 с. https://doi.org/10.33189/ectu.m2605a1.216

40. Ладивір, С. О. (2021). *Емоційний розвиток дошкільника в кризових умовах*. Педагогічна думка.

41. Литовченко, С. В. (2021). Дошкільна освіта дітей з порушеннями слуху: сучасні моделі та перспективи розвитку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології, 1(105),* 445-458. DOI 10.24139/2312-5993/2021.01/445-458

42. Литовченко, С., Кульбіда, С. (2025). Інноваційна модель освітнього середовища для дітей з порушеннями слуху. *Особлива дитина: навчання і виховання, 120(4), 264-280*. https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.301

43. Литовченко, С., Кульбіда, С., Жук, В., Таранченко, О., Вовченко, О., Литвинова, В., Рибак, О., Міськов, Г. (2024). Забезпечення безбар'єрності в освітньому процесі для дітей з порушеннями слуху. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 116(4), 29–44. https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4.194

44. Луценко Л.М. (2024). Досвід науково-експериментальної роботи криворізької спеціальної школи «Сузір'я»: від планування до результатів. *Матеріали* X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології, частина 2. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743670

45. Максименко, С. Д. (2018). *Генезис існування особистості*. ВД «Персонал».

46. Максименко, С. Д. (Ред.). (2018). *Психологічний енциклопедичний словник*. ВД «Персонал».

47. Малинович Л.М. (2022). Специфіка забезпечення комплексного супроводу дітей з порушеннями слуху в умовах воєнного стану. Досвід дистанційного навчання учнів з порушеннями слуху (організаційно-ресурсне забезпечення в умовах воєнного часу): *збірка тез* Всеукраїнського науково-практичного семінару в рамках фестивалю Тижня науки (20 травня 2022 року). – Київ: ФОП «Симоненко О.І», 2022. С. 75-78.

48. Малинович Л.М., Адамюк Н.Б. (2023). Технології забезпечення комунікативної доступності освітнього середовища для осіб із порушеннями слуху: *методичні рекомендації*. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Відділ української жестової мови. Київ, 2023. 110 с. https://lib.iitta.gov.ua/739461/

49. Малинович, Л., Кульбіда, С., Міськов, Г. (2023). Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 112(4), 95–118. https://doi.org/10.33189/ectu.v112i4.158

50. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). *Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP* (Клінічна настанова). МОЗ України. https://moz.gov.ua/

51. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). *Оперативний план заходів з реалізації Національної програми психічного здоров'я та*

психосоціальної підтримки в Україні. МОЗ України. https://moz.gov.ua/uk/mental-health

52. Міськов, Г. В. (2023a). Діти і війна: досвід екстреної психологічної допомоги. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 2(25), 155–169. https://doi.org/10.33189/epsn.v2i25.262

53. Міськов, Г. В. (2023b). Освітні потреби глухих здобувачів як соціокультурні детермінанти потреб. У *Збірка тез матеріалів IX Міжнародного конгресу «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру та війни»* (с. 354–356). ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738579

54. Міськов, Г. В. (2024). Соціально-психологічні дослідження тривоги і страхів у дітей. У *Безбар'єрність в освіті особи з особливими потребами: досвід та інновації: Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології* (с. 284–289). ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743120/

55. Міськов, Г. В. (2025a). Вимірювання базових емоційних реакцій під час війни: кроки емпіричного дослідження. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 118(2), 193–213. https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.239

56. Міськов, Г. В. (2025b). Інформаційний супровід дієвих практик забезпечення психологічного благополуччя родин з дітьми в умовах воєнного стану. У *Утвердження української національної ідентичності в умовах воєнного стану: стратегічні орієнтири та інноваційні практики: збірник наукових праць* (с. 346–349). НАЇР. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745446

57. Міськов, Г. В. (2025c). Інформаційний супровід практики HADS для дослідження психологічного стану дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану України. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*, 7(53), 1472–1480. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1472-1480

58. Міськов, Г. В. (2025d). Напрями психосоціальної підтримки дітей у надзвичайних ситуаціях. У *Освітні і культурно-мистецькі практики в*

контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу: збірник тез доповідей VI Міжнародної науково-практичної конференції (с. 529–531). Вид-во Хортицької національної академії.

59. Міськов, Г. В. (2025e). Соціально-психологічна допомога родинам з дітьми з особливими освітніми потребами з числа переселенців. У *Профорієнтація: стан і перспективи розвитку: збірник матеріалів ювілейних XV Всеукраїнських психолого-педагогічних читань* (с. 68–70). Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746016

60. Міськов, Г. В. (2025f). Тривожність і страхи дітей у діагностичних характеристиках. У *Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни: матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених* (с. 51–54). ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. https://ispukr.org.ua/?p=14323

61. Міськов, Г. В. (2026a). Деформація антиципаційних механізмів як чинник тривожності дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни та шляхи їх цифрової стабілізації. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*, 1(28), 229–243. https://doi.org/10.33189/epsn.v1i28.325

62. Міськов, Г. В. (2026b). Соціально-психологічні технології формування життєстійкості та зниження тривожності у дітей з особливими освітніми потребами. *Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів: Матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених* (с. 58–61). ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. https://ispukr.org.ua/?p=15599

63. Москалець, В. П. (2019). *Психологія особистості: Словник-довідник*. ВЦ «Академія».

64. Мякушко О., Костенко Т. (2024). Психофізіологічний підхід до подолання мовленнєвої тривожності у дітей з мовленнєвими порушеннями.

Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2024. Вип. 23. С. 214–225.

65. Мякушко О., Попович Ф. (2024). Особливості розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. *Особлива дитина: навчання і виховання,* 116, 4, 23-34. DOI: https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4

66. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні : монографія. Нац. акад. пед. наук України. Київ: Педагогічна думка, 2026. – 448 с. https://doi.org/10.37472/NAES-2026-ua https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/750066/2/%D0%9D%D0%90%D0%A6_%D0%94%D0%9E%D0%9F_2026.pdf

67. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text (дата звернення: 25.07.2026 р.).

68. Омельченко, І., Кобильченко, В. (2026). Плекання ментального здоров'я дитини з особливими освітніми потребами в кризових ситуаціях життя як чинник сучасного психотравмівного соціуму. Наукові інновації та передові технології. (Серія «Психологія»). 1 (53). 1962-1977. https://doi.org/10.52058/2786-5274-2026-1(53)-1962-1977

69. Омельченко, І.М., Кобильченко, В.В. (2026). Арт-терапія як простір сучасного психологічного супроводу дошкільників із особливими освітніми потребами в кризових викликах життя. *Наукові перспективи*. (Серія «Психологія»), 1(67). 2042-2054. https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-1(67)-2042-2054

70. Омельченко, І.М., Кобильченко, В.В. (2026). Теоретичні виміри психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами: сталий розвиток і кризова парадигма. Перспективи та інновації науки (Серія «Психологія»), 1(59). 3558-3575. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3558-3575

71. Орленко І.М., Борінштейн Є.Р. (2026). Психолого-педагогічний супровід батьків дітей раннього віку в умовах війни: розвиток резильєнтності, здатності до емоційної підтримки дитини та безпечної прив'язаності. *Габітус*, 85, 148-153. https://doi.org/10.32782/hbts.85.23

72. Орленко І., Літвінов О.С. (2025). Роль батьків у розвитку комунікативних навичок дітей з аутичними проявами. Габітус, 79 (2), 144-148. https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.27

73. Островська, К. О. (2023). Сенсорне перевантаження та травматичний стрес у дітей з розладами аутистичного спектра в умовах війни: шляхи стабілізації. *Психологічний часопис*, 9(5), 41–52. https://doi.org/10.31108/1.2023.9.5.4

74. Панок В. А. (2023). Психологічна допомога дітям в умовах війни. Київ : Товариство психологів України, 2023.

75. Прохоренко, Л. І. (2024a). Інклюзивність та безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами в умовах війни: експериментальне дослідження. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 116(4), 193–210. https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4.205

76. Прохоренко, Л. І. (2024b). Психологія інклюзії: освіта та соціалізація дітей з особливими потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 115(3), 7–20. https://doi.org/10.33189/ectu.v115i3.181

77. Психолого-педагогічні засади технологій супроводу дітей з особливими освітніми потребами у процесі їх соціальної інтеграції : кол. монографія / [авт. кол.: Т. В. Жук, Т. Д. Ілляшенко, Т. Д. Каменщук, А. Г. Обухівська, Г. В. Якимчук] ; наук. ред. А. Г. Обухівська, Т. Д. Ілляшенко. – Київ : Ніка-Центр, 2020. – 113 с.

78. Психолого-педагогічний супровід дитини з особливими освітніми потребами в умовах нової української школи: матеріали інтернет конференції /укладачі Литвин І.М., Гавриленко Т.Л.: Черкаси, 2020 р. «ЧОІПОПП» Черкаської обласної ради. URL: https://lnk.ua/YhCjdROhb

79. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: посібник з проведення тренінгу. Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко. Національний університет «Києво-Могилянська академія». Київ. НаУКМА, 2017. 174 с

80. Раєвська Я., Кульбіда С., Лавлінський Р., Сениця Н. (2025). Психоемоційна стабільність особистості в період суспільних трансформацій. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2025. N13. С. 519–543. https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-21

81. Рекомендації щодо роботи команди психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами у закладі дошкільної освіти. І. Білецька та ін./ Київ: ЮНІСЕФ 2024.

82. Рибак О., Луценко Л., Спіцина О. (2025). Результати досягнень в експериментальній жестомовній діяльності творчих осередків вчителів. *Особлива дитина: навчання і виховання, 119(3), 319-331*. https://doi.org/10.33189/ectu.v119i3.282

83. Рибалка, В. В. (2022). *Психологічна допомога дітям молодшого шкільного віку в ситуаціях воєнного стресу*. Інститут обдарованої дитини НАПН України.

84. Ручна-Зручна розмова. Путівник жестовою мовою / Ганна Ткач. Ілля. Ірини Куценко. - Київ : ТОВ «Видавничий дім «Міміно»», 2023. - 120 с. (переклад жестовою мовою Ольги Рибак).

85. Сергієнко, Р. О. (2022). Травматичний дистрес та подолання тривожності у дітей дошкільного віку. *Практична психологія та соціальна робота*, (4), 65–72.

86. Синьов, В. М., Фомічова, Л. І., & Матвєєва, М. П. (2023). Травма війни та специфіка її подолання у дітей з комплексними порушеннями розвитку. *Вісник кафедри дефектології та інклюзивної освіти*, 17(1), 72–84.

87. Соколова Г.Б., Орленко І.М. (2025). Застосування ідіографічного підходу до експрес-психотерапії емоційних та поведінкових розладів у дітей

(метод кейсів). Ментальне здоров’я, 3, 158-162. https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-3.27

88. Технології забезпечення психічного здоров’я та благополуччя освітнього персоналу в умовах війни та післявоєнного відновлення : монографія / за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інт психол. імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 288 с. URL: https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi79/0059579.pdf (дата звернення: 01.06.2026).

89. Титаренко, Т. М. (2021). *Посттравматичне зростання особистості: Бар'єри та ресурси відродження*. Талком.

90. Тищенко, Л. В. (2021). Страх. В І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, & М. Г. Железняк (Ред.), *Енциклопедія сучасної України* (Т. 23). Інститут енциклопедичних досліджень НАН України. https://esu.com.ua/

91. Токарчук, А., Коваль, І. (2024). Підвищений рівень тривожності у дітей і підлітків свідків воєнного конфлікту: порівняльний аналіз, прогноз. *PMGP*, 9(3), Article e0903540. https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/540

92. Труляєв Р.О. (2022). Вдосконалення соціально-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами засобами інформаційно-комунікаційних технологій. Освіта осіб з особливими потребами: виклики воєнного часу. *Матеріали* VIII Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології (19-20 жовтня 2022 року). С. 305-309.

93. Труляєв Р. О. (2020). Соціально-педагогічне забезпечення емоційного благополуччя нечуючої дитини в опікунській сім'ї. *Збірник наукових праць* ΛΌГОΣ, 121-126. https://doi.org/10.36074/18.09.2020.v2.30

94. Український жестівник для батьків. Жестівник. С. В. Кульбіда, І. І. Чепчина, Н. В. Іванюшева, Н. Б. Адамюк. НАПН України, Ін-т спец. педагогіки, Лаб. Жестової мови, Укр. т-во глухих. К.: СПКТБ УТОГ, 2011. 380 с.

95. Чеботарьова, О. (2024). Дошкільна освіта дітей з особливими освітніми потребами: навчально-методичне забезпечення. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 2(25),* 284-300. https://doi.org/10.33189/epsn.v2i25.272

96. Чеботарьова, О., Білецька Н.М. (2025). Психокорекційні технології як інструмент оптимізації психічного розвитку, самовираження та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання, 120(4), 223-233*. https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.298

97. Чеботарьова, О., Павлюк, Т., Молошнюк, Л., Молошнюк, В. (2023). Психолого-педагогічна підтримка дітей із синдромом Дауна та їхніх батьків. *Особлива дитина: навчання і виховання, 112(4),* 39-59. https://doi.org/10.33189/ectu.v112i4.155

98. Шаблевська, Т. (2023). Основні навички психосоціальної підтримки. *PMGP*, 8(4), Article e0804426. https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i4.426

99. Швалб, Ю. М. (2020). Тривожність. В І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк (Ред.), *Енциклопедія сучасної України* (Т. 22, с. 312–313). Інститут енциклопедичних досліджень НАН України. https://esu.com.ua/

44. Ясточкіна І. (2020). Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету*. Серія: Психологічні науки. 2020. Вип. 6, 165–170. DOI: https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-24

45. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

46. American Psychological Association. (n.d.-a). Anxiety. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved from https://dictionary.apa.org/anxiety

47. American Psychological Association. (n.d.-b). Fear. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved from https://dictionary.apa.org/fear

48. American Psychological Association. (n.d.-c). Trait anxiety. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved from https://dictionary.apa.org/trait-anxiety

49. Batrachenko, I. H. (1996). *Psykholohiia rozvytku antytsypatsii liudyny* [Psychology of human anticipation development: monograph]. Oles Honchar Dnipro National University Press.

50. Batrachenko, I. H., Poliakova, N. O., & Ploshynska, A. A. (2011). Kontseptualizatsiia fenomena antytsypatsii u psykholohii [Conceptualization of the phenomenon of anticipation in psychology]. *Visnyk Dnipropetrovskoho Universytetu. Seriia: Pedahohika i Psykholohiia*, 19(17), 24–30. https://www.dnu.dp.ua/docs/visnik/fpsih/program_5e45b9fd9aa80.pdf#page=25

51. Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(2), 70–91. https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f

52. Bettelheim, R., Sharon, N., & Ziv, Y. (2022). Sensory over-responsivity and war-related trauma in neurodivergent children: Diagnostic markers and adaptive challenges. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(1), 213–224. https://doi.org/10.1007/s10803-021-05112-9

53. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Hogarth Press.

54. Cartwright-Hatton, S., Ewing, D. L., Dash, S., & Eames, C. (2022). Preventing anxiety disorders in children of anxious parents: Cognitive-developmental markers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1), 93–102. https://doi.org/10.1111/jcpp.13456

55. Chebotariova, O., Kysla, O. (2025). Effectiveness of Art-Therapy-Based Intervention Programmes for Improving Social Communication in Children with Rett Syndrome. Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment, 13(1), 1–11. DOI: https://doi.org/10.6000/2292-2598.2025.13.01.1

56. Chebykin, O. (2017). Emotsiina rehuliatsiia piznavalnoi diialnosti: kontseptsiia, mekhanizmy, umovy [Emotional regulation of cognitive activity: concept, mechanisms, conditions]. *Psykholohiia i Suspilstvo*, 3(69), 86–103. https://doi.org/10.35774/pis2017.03.086

57. Clark, A. (2016). *Surfing uncertainty: Prediction, action, and the embodied mind*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001

58. Colman, A. M. (2015). *A dictionary of psychology* (4th ed.). Oxford University Press.

59. Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2021). Practitioner review: Anxiety disorders in children and young people — Assessment and treatment principles. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(5), 485–497. https://doi.org/10.1111/jcpp.13197

60. Dahlberg, K., Drew, N., & Nystrom, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd ed.). Studentlitteratur.

61. Danilavichiutie E. Digital Tools in Speech Therapy: Features of Supporting Children with Speech Needs in an Inclusive Environment. International Journal of Special Education. 2026. Vol. 41(7s). P. 762–789. URL : https://internationalsped.com/index.php/ijse/article/view/3279 (date of access : 08.09.2026).

62. Danilavichiutie E. Neurological Approaches in an Inclusive Educational Environment: Effectiveness of Support for Children with Speech Disorders. Adolescência E Saúde. 2026. Vol. 21(1). P. 200–206. DOI: https://doi.org/10.67440/ahj.v21i1.616 (date of access : 04.08.2026).

63. Danopoulos, C. P., Kapor-Stanulovic, N., & Skandalis, K. S. (2012). Children and armed conflict: The Yugoslav experience. *Journal of Balkan and Near Eastern Studies*, 14(1), 151–163. https://doi.org/10.1080/19448953.2012.656972

64. Field, A. P., Lester, K. J., & Cartwright-Hatton, S. (2020). Information processing biases and the development of anxiety in young children. *Development*

and Psychopathology, 32(2), 413–425. https://doi.org/10.1017/S095457941900034X

65. Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429–451. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00034-3

66. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283–315. https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283

67. IASC. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : Inter-Agency Standing Committee, 2007.

68. Inter-Agency Network for Education in Emergencies. (2004). *Minimum standards for education in emergencies, chronic crises and early reconstruction*. UNESCO; INEE. https://inee.org/resources/inee-minimum-standards-education-preparedness-response-recovery

69. Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings

70. Inter-Agency Standing Committee. (2019). *Inclusion of persons with disabilities in humanitarian action* (IASC Guidelines). IASC. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-team-inclusion-persons-disabilities-humanitarian-action/iasc-guidelines-inclusion-persons-disabilities-humanitarian-action-2019

71. Iryna M. Orlenko, Hanna B. Sokolova, Lesia I. Prokhorenko, Olena V. Chebotariova, Yuliia O. Kravets, Olena M. Balbuza, Marharyta M. Bespalko (2026). Coping Strategies among Female Employees of Inclusive Resource

Centres (IRC) under Adverse Conditions of Professional Activity. The new education review. Volume 84, 219-233. DOI: 10.15804/tner.2026.84.2.15

72. Johnco, C., Knight, A., Tadic, D., & Wuthrich, V. M. (2015). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1089–1097. https://doi.org/10.1017/S1041610214001586

73. Kagan, J. (2018). *Galen's prophecy: Temperament in human nature* (Rev. ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429497742

74. Kamel, H. (2006). *Early childhood care and education in emergency situations* (Background paper for EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations: Early childhood care and education). UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147458

75. Kulbida, S. (2023). *Sotsiokulturnyi dyskurs ukrainskoi zhestovoi movy v umovakh sohodennia* [Socio-cultural discourse of Ukrainian Sign Language in today's conditions: monograph]. Interservis. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/739970/

76. Kulbida, S. (2019). Features of bilingual approach application in special institutions for deaf in Ukraine. Education: Modern Discourses, 2, 141-152. https://doi.org/10.32405/2617-3107-2019-1-17

77. Kultenko, V., Morska, N., Fesenko, G., Poperechna, G., Polishchuk, R., & Kulbida, S. (2022). The natural human rights within the postmodern society: A philosophical socio-cultural analysis. *Postmodern Openings*, 13(1), 186–197. https://doi.org/10.18662/po/13.1/391

78. LeDoux, J. E. (2015). *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. Viking.

79. Leshchii, N. P., Pakhomova, N. G., Baranet, I. V., Kulbida, S. V., Yanovskaya, T. A., Sheremet, M. K., & Suprun, M. O. (2021). Features of the physical and psycho-emotional state of children with special educational needs.

Світ медицини та біології, (3), 91–96. https://doi.org/10.26724/2079-8334-2021-3-77-91-96

80. Long, J., Attuquayefio, T., & Hudson, J. L. (2021). Factors associated with anxiety symptoms in Australian deaf or hard of hearing children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(1), 13–20. https://doi.org/10.1093/deafed/enaa035

81. Madani, R. A. (2019). Analysis of educational quality, a goal of education for all policy. *Higher Education Studies*, 9(1), 100–109. https://doi.org/10.5539/hes.v9n1p100

82. Matsumoto, D. (Ed.). (2009). *The Cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.

83. Mental health and psychosocial support. UNICEF Ukraine. URL: https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/mental-health-and-psychosocial-support-0 (дата звернення: 10.10.2025).

84. Merriam-Webster. (n.d.). Anxiety. In *Merriam-Webster.com medical dictionary*. Retrieved from https://www.merriam-webster.com/medical/anxiety

85. Miskov, H. (2026). Psychological mechanisms of the interrelation between anticipatory capacity and the structure of fears in children with special educational needs. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 120(3).

86. Muris, P., Loxton, H., & Knoesen, R. (2020). The regularities of fear development in preschool and primary school children: A developmental perspective. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(2), 244–256. https://doi.org/10.1007/s10578-019-00925-w

87. Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 43–52. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_5

88. Perez-Edgar, K., MacNeill, L. A., & Fu, X. (2021). Behavioral inhibition and the emergence of anxiety: From neural circuitry to social context.

Annual Review of Developmental Psychology, 3(1), 305–329. https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-085025

89. Pigozzi, M. J. (1999). *Education in emergencies and for reconstruction: A developmental approach*. UNICEF.

90. Raievska, Y., Kulbida, S., Lavlinskyy, R., & Senytsia, N. (2025). Psycho-emotional stability of the individual in the period of societal transformations. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 13, 519–543. https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-21

91. Rapee, R. M., Creswell, C., & Kendall, P. C. (2020). The developmental course of anxiety disorders in children and adolescents. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 701–712. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30067-7

92. Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Penguin Press.

93. Spence, S. H., Zubrick, S. R., & Lawrence, D. (2021). The structure and developmental stability of fears and anxiety symptoms in young children: A longitudinal population-based cohort study. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, Article 102409. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102409

94. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.

95. Su, Y., Murray, L., & Green, J. (2023). Cognitive mediation of threat and fear responses in children with developmental and intellectual disabilities exposed to armed conflict. *Disability and Rehabilitation*, 45(6), 85–94. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2045612

96. Teaching with care: a practical guide for teachers to support mental health and well-being in schools. UNESCO, UNICEF, WHO. 2026. URL: https://www.unesco.org/en/articles/teaching-care-practical-guide-teachers-support-mental-health-and-well-being-schools (дата звернення: 16.03.2026).

97. UNESCO. (1999). *The right to education: An emergency strategy*. UNESCO.

98. UNESCO. (n.d.). *INEE minimum standards for education (2024 edition)*. SDG4 - Education 2030 Knowledge Hub. https://www.unesco.org/sdg4education2030/en/knowledge-hub/inee-minimum-standards-education-2024-edition

99. UNICEF Ukraine. (2023). *Spilno Child Spots: Providing a sense of normalcy, safety and creative expression amidst conflict* (Program Evaluation Report). United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org/ukraine/spilno-child-spots

100. United Nations Children's Fund. (2021). *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families* (Operational Guidance). UNICEF. https://www.unicef.org/documents/operational-guidelines-community-based-mental-health-and-psychosocial-support-humanitarian

101. United Nations Children's Fund. (2022a). *Guidance: Including children with disabilities in humanitarian action — Mental health and psychosocial support* (Sectoral Guidance No. 6). UNICEF. https://www.unicef.org/disabilities/guidance-including-children-disabilities-humanitarian-action

102. United Nations Children's Fund. (2022b). *The war in Ukraine has left 5.7 million children without access to education, leaving an entire generation at risk* (Briefing Paper). UNICEF. https://www.unicef.org/press-releases/war-ukraine-has-left-57-million-children-without-access-education-leaving-entire

103. United Nations Children's Fund. (2023a). *A year of war, a generation of resilience: Voices and drawings of children from Ukraine* (Analytical Report). UNICEF Ukraine. https://www.unicef.org/ukraine/reports/year-of-war-children-resilience

104. United Nations Children's Fund. (2023b). *Mental health and psychosocial support for children and families affected by the war in Ukraine:*

Technical guidance and response overview (Technical Report). UNICEF. https://www.unicef.org/documents/mhpss-response-ukraine-war

105. United Nations Children's Fund. (2024). *Two years of war in Ukraine: The impact on children's mental health, displacement and social connections* (Regional Situation Report). UNICEF Europe and Central Asia Regional Office. https://www.unicef.org/eca/reports/two-years-war-ukraine-children

106. VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of clinical psychology*. American Psychological Association.

107. Vargas-Barón, E. (2005). *Planning policies for early childhood development: Guidelines for action*. UNESCO; UNICEF; Association for the Development of Education in Africa (ADEA). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000140224

108. Velykodna, M., Deputatov, V., Horbachova, O., Miroshnyk, Z., & Mishaka, N. (2023). Providing inclusive primary school education for children with special educational needs in wartime Ukraine: Challenges and current solutions. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 11(2), 109–123. https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.02.5

109. Vuletic, V., & Demarin, V. (2003). Psychological impact of war stress in vulnerable groups. *Multiple Sclerosis Journal*, 5, 35–54.

110. Wessman, A. E., & Ricks, D. F. (1966). An empirical study of emotional states. *Journal of Clinical Psychology*, 22(1), 131–134. https://doi.org/10.1002/1097-4679(196601)22:1<131::AID-JCLP2270220138>3.0.CO;2-4

111. What you need to know about mental health and psychosocial support in schools. UNESCO. URL: https://www.unesco.org/en/health-education/mental-health (дата звернення: 16.01.2025).

112. World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

113. Yule, W., Stuvland, R., Baingana, F. K., & Smith, P. (2003). Children in armed conflict. In *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy* (pp. 217–242). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0179-4_11

114. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

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. **Міськов Г.В.** (2024). Діти і війна: досвід екстреної психологічної допомоги. *Збірник наукових праць. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 2(25), 155-169.* https://doi.org/10.33189/epsn.v2i25.262 https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/262

2. **Міськов Г.В.** (2025). Вимірювання базових емоційних реакцій під час війни: кроки емпіричного дослідження. *Особлива дитина: навчання і виховання, 118(2), 193-213.* https://doi.org/10.33189/ectu.v118i2.239 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/239

3. **Міськов Г.В.** (2026). Деформація антиципаційних механізмів як чинник тривожності дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни та шляхи їх цифрової стабілізації. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови, 28, 229-243.* https://doi.org/10.33189/epsn.v1i28.325 https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/.

4. **Міськов Г.В.** (2025). Інформаційний супровід практики HADS для дослідження психологічного стану дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану України. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)», 7 (53), 1472-1480.* https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1472-1480 https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/26692

5. **Міськов Г.В.** (2026). PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF THE INTERRELATION BETWEEN ANTICIPATORY CAPACITY AND THE STRUCTURE OF FEARS IN CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS. *Особлива дитина: навчання і виховання, 120(3), 194-206.* https://doi.org/10.33189/ectu.v123i3.371

6. Литовченко, С., Кульбіда, С., Жук, В., Таранченко, О., Вовченко, О., Литвинова, В., Рибак, О., **Міськов, Г**. (2024). Забезпечення безбар'єрності в освітньому процесі для дітей з порушеннями слуху. *Особлива дитина: навчання і виховання*, *116*(4), 29-44. https://doi.org/10.33189/ectu.v116i4.194 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/194

Публікації в інших виданнях

Стаття у періодичному науковому виданні України

7. Малинович, Л., Кульбіда С., **Міськов Г.** (2023). Створення доступного мовного середовища для дошкільників: необхідність і виклики. Особлива дитина : навчання і виховання, 112(4), 95-118. https://doi.org/10.33189/ectu.v112i4.158 https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/158

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. **Міськов Г.В.** (2023). Освітні потреби глухих здобувачів як соціокультурні детермінанти потреб. Збірка тез матеріалів IX Міжнародного конгресу «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру та війни» 25-26 жовтня 2023 року. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. С.354-356. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738579

9. **Міськов Г.В.** (2024). Соціально-психологічні дослідження тривоги і страхів у дітей. Безбар'єрність в освіті особи з особливими потребами: досвід та інновації. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, С.284-289. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743120/

10. **Міськов, Г.** (2025). Інформаційний супровід дієвих практик забезпечення психологічного благополуччя родин з дітьми в умовах воєнного стану. Утвердження української національної ідентичності в

умовах воєнного стану: стратегічні орієнтири та інноваційні практики: збірник наукових праць, 346-349. НАЇР. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745446

11. **Міськов Г.В.** (2025). Тривожність і страхи дітей у діагностичних характеристиках. Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни. *Матеріали* Всеукраїнської конференції молодих вчених. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, 51-54. https://ispukr.org.ua/?p=14323

12. **Міськов, Г. В.** (2025). Напрями психосоціальної підтримки дітей у надзвичайних ситуаціях. Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу : *збірник тез доповідей* VI Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Вид-во Хортицької національної академії, м. Запоріжжя, Україна, 529-531. https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/conference-hna-2025?pli=1&authuser=0

13. **Міськов, Г. В.** (2025). Соціально-психологічна допомога родинам з дітьми з особливими освітніми потребами з числа переселенців. Профорієнтація: стан і перспективи розвитку: *збірник матеріалів* ювілейних XV Всеукраїнських психолого-педагогічних читань, присвячених пам'яті доктора педагогічних наук, професора Федоришина Бориса Олексійовича. Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, м. Київ, Україна, 68-70. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746016

14. **Міськов Г.В**. (2026) Соціально-психологічні технології формування життєстійкості та зниження тривожності у дітей з особливими освітніми потребами. Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів. *Матеріали* Всеукраїнської конференції молодих вчених. ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна, 58-61. https://ispukr.org.ua/?p=15599

ДОДАТОК Б

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Участь у наукових заходах та
апробація результатів дисертаційного дослідження

Міжнародні наукові та науково-практичні конференції,
конгреси та інші наукові заходи:

1. IX Міжнародний конгрес «Освіта осіб з особливими потребами в умовах миру та війни» (25-26 жовтня 2023 р., м. Київ, Україна, Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України). https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738579

Форма участі: публікація тез у збірнику матеріалів конгресу.

Тема тез: «Освітні потреби глухих здобувачів як соціокультурні детермінанти потреб» (с. 354-358).

2. X Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки та психології "Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації" (24-25 жовтня 2024 року). https://ispukr.org.ua/?p=12711

Форма участі: публікація тез у збірнику матеріалів конгресу.

Тема тез: «Соціально-психологічні дослідження тривоги і страхів у дітей» (с. 284–289).

3. VI Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Освітні і культурно-мистецькі практики в контексті інтеграції України у міжнародний науково-інноваційний простір в умовах воєнного часу» (10-11 квітня 2025 року). https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/conference-hna-2025/

Форма участі: публікація тез у збірнику матеріалів науково-практичної конференції.

Тема тез: «Напрями психосоціальної підтримки дітей у надзвичайних ситуаціях» (с. 529–531).

4. XI Міжнародний конгрес зі спеціальної педагогіки і психології «Освіта без бар'єрів: євроінтеграційні виклики» (23-24 жовтня 2025 року, м.

Київ, Україна, Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України). URL: https://ispukr.org.ua/?p=14099

Форма участі: публікація тез у збірнику матеріалів конгресу.

Тема тез: «Інформаційно-аналітичний супровід формування жестомовної політики і практики з урахуванням євроінтеграційного курсу» (с. 245-248).

Всеукраїнські наукові та науково-практичні конференції, методологічні семінари та інші наукові заходи:

5. Всеукраїнський науково-практичний семінар «Інформаційний освітньо-психологічний супровід національно-патріотичного виховання у воєнний і повоєнний періоди України» в рамках Міжнародної виставки «Сучасні заклади освіти - 2025» та Сьомого Міжнародного науково-практичного Web-форуму «FORUM SOIS - 2025 : Розбудова єдиного відкритого інформаційного простору освіти впродовж життя», 27 березня 2025 року, Київ, Державна науково-педагогічна бібліотека України імені В.О. Сухомлинського та ін. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745553/ .

Форма участі: доповідь та публікація тез у збірнику матеріалів всеукраїнського науково-практичного семінару

Тема доповіді та тез: «Інформаційно-освітній супровід патріотичного виховання: вплив цифрових ресурсів на свідомість дітей та молоді під час війни» (с. 101-103).

6. Методологічний семінар «Стратегічні орієнтири та інноваційні практики утвердження української національної ідентичності в умовах воєнного стану» (3 квітня 2025 року). https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745971/

Форма участі: доповідь та публікація тез у збірнику матеріалів методологічного семінару.

Тема доповіді та тез: «Інформаційний супровід дієвих практик в умовах воєнного стану: психосоціальне благополуччя родин з дітьми» (с. 346-349).

7. Всеукраїнська конференція молодих вчених «Сила підтримки: психологічна допомога особам з особливими потребами у період війни», (1

травня 2025 року). ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна https://ispukr.org.ua/?p=14323

Форма участі: доповідь та публікація тез у збірнику матеріалів всеукраїнської конференції молодих вчених.

Тема доповіді та тез: «Тривожність і страхи дітей у діагностичних характеристиках» (с. 51-54).

8. XV Всеукраїнські психолого-педагогічні читання, присвячені пам'яті доктора педагогічних наук, професора Федоришина Бориса Олексійовича «Професійна орієнтація: стан і перспективи розвитку» (22 травня 2025 року, Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, м. Київ, Україна) https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746445/

Форма участі: доповідь та публікація тез у збірнику матеріалів всеукраїнських психолого-педагогічних читаннях.

Тема доповіді та тез: «Соціально-психологічна допомога родинам з дітьми з особливими освітніми потребами з числа переселенців» (с. 68-70).

9. Круглий стіл «Євроінтеграційні процеси в сучасній науці та освіті України» (23 червня 2025 р., м. Київ, Україна, ІПООД імені Івана Зязюна НАПН України). https://doi.org/10.5281/zenodo.17804532

Форма участі: публікація тез.

Тема тез: «Організаційно-педагогічні бар'єри та шляхи їх подолання в процесі адаптації освітньої системи України до європейських стандартів (на матеріалі інтеграції освітніх потреб глухих здобувачів)» (с. 53-57).

10. Всеукраїнська конференція молодих вчених «Психолого-педагогічна підтримка, реабілітація та життєстійкість особистості в умовах сучасних суспільних викликів» (9 липня 2026 року, ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, м. Київ, Україна) https://ispukr.org.ua/?p=15599

Форма участі: доповідь та публікація тез у збірнику матеріалів всеукраїнської конференції молодих вчених.

Тема доповіді та тез: «Соціально-психологічні технології формування життєстійкості та зниження тривожності у дітей з особливими освітніми потребами» (с. 58-61).

11. Психологічна майстерня: науково-практичний семінар «Психологічні майстерні», присвячений Всеукраїнському Дню психолога. 23 квітня 2026 року https://ispukr.org.ua/?p=15064

Форма участі: доповідь на семінарі.

Назва доповіді “Цифрова стабілізація та антиципаційні механізми: інноваційні підходи до подолання тривожності у дітей з ООП в умовах війни”.

ДОДАТОК В

Шкала реактивної (ситуативної) тривожності (РТ)

(Ч. Д. Спілбергер, адаптація Ю. Л. Ханіна)

Інструкція. Уважно прочитайте кожне з наведених нижче суджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся зараз, у цей момент.

Над запитаннями довго не думайте, правильних чи неправильних відповідей немає.

Градація відповідей:

- 1 - Ні, це зовсім не так
- 2 - Мабуть, так (трохи так)
- 3 - Так, це так
- 4 - Абсолютно так

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я почуваюся спокійно				
2	Мені нічого не загрожує				
3	Я напружений/а				
4	Я відчуваю жаль				
5	Я почуваюся вільно				
6	Я засмучений/а				
7	Мене хвилюють можливі невдачі				
8	Я почуваюся відпочилим/ою				
9	Я відчуваю тривогу				
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11	Я впевний/а у собі				
12	Я нервую				
13	Я не знаходжу собі місця				
14	Я напружений/а				
15	Я не відчуваю скутості, напруги				
16	Я задоволений/а				
17	Я стурбований/а				
18	Я занадто збуджений/а і спантеличений/а				
19	Мені радісно				
20	Мені приємно				

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Уважно прочитайте кожне з наведених суджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся зазвичай. Над запитаннями довго не замислюйтеся.

Градація відповідей:

- 1 - Майже ніколи
- 2 - Іноді
- 3 - Часто
- 4 - Майже завжди

№	Твердження	1	2	3	4
21	У мене буває піднесений настрій				
22	Я буваю дратівливим(-ою)				
23	Мене легко засмутити				
24	Я хотів(-ла) б бути таким(-ою) же щасливим(-ою), як інші				
25	Мені важко приймати рішення				
26	Зазвичай я почуваюся бадьорим(-ою)				
27	Я спокійний(-а), холоднокровний(-а) і зібраний(-а)				
28	Мені здається, що труднощі нагромаджуються, і я не подолаю їх				
29	У мене буває піднесений настрій				
30	Я буваю дратівливим(-ою)				
31	Мене легко засмутити				
32	Я хотів(-ла) б бути таким(-ою) же щасливим(-ою), як інші				
33	Мені важко приймати рішення				
34	Зазвичай я почуваюся бадьорим(-ою)				
35	Я спокійний(-а), холоднокровний(-а) і зібраний(-а)				
36	Мені здається, що труднощі нагромаджуються, і я не подолаю їх				
37	Я надто переживаю через дрібниці				
38	У мене буває піднесений настрій				
39	Я буваю дратівливим(-ою)				
40	Мене легко засмутити				

Ключ і підрахунок результатів. Для підрахунку сумарного показника застосовуються формули, де пункти діляться на «прямі» (ознаки тривожності) та «зворотні» (ознаки емоційного благополуччя/спокою).

1. Реактивна тривожність (РТ)

- Прямі пункти (Σ_1): 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.
- Зворотні пункти (Σ_2): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

ДОДАТОК Г

Бланк «Ієрархія страхів та тривожних тригерів» (КПТ-протокол)
Клієнт (ПІБ) _____

Вік дитини _____ років

Дата заповнення _____

Градація шкали дистресу (SUDs):

- **0** - абсолютний спокій, повне розслаблення.
- **20–30** - легке занепокоєння, фонова настороженість, дискомфорт легко контролюється.
- **40–50** - помірна тривога: з'являються м'язове напруження, нав'язливі думки, потреба перевірити дитину.
- **60–70** - сильний дистрес: тахікардія, труднощі з концентрацією, виражена потреба у контролюючих діях.
- **80–90** - дуже висока тривога: близькість до паніки, відчуття втрати контролю, сильні вегетативні реакції.
- **100** - нестерпна катастрофічна паніка, максимальний жах.

Робоча матриця драбини страхів

Заповнюється знизу вгору: від тригерів легкого дистресу до пікових катастрофічних очікувань.

Ща-бель	**Тригерна ситуація або думка**	**Оцінка SUDs (0–100)**	**Типова охоронна / компенсаторна дія (що роблять батьки)**	**Автоматична катастрофічна думка («Що станеться?»)**
10 (вершина)	Дитина потрапляє під обстріл / гине під час сигналу тривоги далеко від дому.	**100**	Заборона взагалі виходити з квартири, постійний плач.	«Я не захистив(-ла) дитину, я винен(-на) у її загибелі».
9	Телефонний (відео, смс) зв'язок з дитиною обривається під час тривоги або вибуху неподалік.	**90**	Неперервний автодозвон, істерика, хаотичні спроби бігти на вулицю.	«Сталося непоправне, вона під завалами».

Ща-бель	Тригерна ситуація або думка	Оцінка SUDs (0–100)	Типова охоронна / компенсаторна дія (що роблять батьки)	Автоматична катастрофічна думка («Що станеться?»)
8	Дитина не бере слухавку понад 15 хв. у звичайний час після школи.	**75–80**	Дзвінки вчителям, друзям дитини, сусідам, погрози покаранням.	«Її викрали / збила машина».
7	Дитина іде на прогулянку з однолітками в інше місце, ніж зазвичай.	**65–70**	Вимога скидати геолокацію кожні 30 хв, нав'язливі дзвінки.	«Потрапить у небезпечну компанію чи біду».
6	Дитина повертається зі школи пішки сама (20–25 хв.).	**55–60**	Супровід поглядом з вікна, очікування біля під'їзду.	«Хтось нападе, або вона не встигне добігти до укриття».
5	Дитина отримує низький бал або завалює тестування	**45–50**	Читання нотацій, сварка, погрози позбавленням ґаджетів.	«Вона не справляється, це я винна…».
4	Дитина зачиняє двері до своєї кімнати і не хоче контактувати.	**40**	Спроби виламати двері, розпитування з підозрою, образа.	«Я втрачаю зв'язок, дитина мене зненавидить».
3	Дитина залишається вдома сама на 2–3 год. під час відключення світла.	**30–35**	Детальні інструктажі під запис, дзвінки щогодини.	«Вона злякається в темряві, замкнеться, виникне пожежа».
2	Дитина самостійно готує уроки без перевірки чернеток батьками.	**20–25**	Таємна перевірка зошитів уночі.	«Зробить помилки, скотиться на погані оцінки».
1 (база)	Дитина сама обирає собі одяг у школу або їжу на сніданок.	**10–15**	Нав'язування власного вибору, критика.	«Зробить дурість, захворіє або матиме безглуздий вигляд».

ДОДАТОК Д

Бланк методики «Самооцінка емоційних станів»

А. **Спокій - тривожність**

10. Досить спокійн*а/ий*. Непохитно впевнен*а/ий* у собі.

9. Виключно холоднокровн*а/ий*, на рідкість впевнен*а/ий* і не хвилююся.

8. Відчуття повного благополуччя. Упевнений і відчуваю себе невимушено.

7. В цілому впевнена/ий і вільна/ий від неспокою.

6. Ніщо особливо не турбує мене. Почуваюся більш-менш невимушено.

5. Трохи стурбован*а/ий*, відчуваю себе скуто, трохи тривожуся.

4. Переживаю деяку заклопотаність, страх, занепокоєння або невизначеність. Знервован*а/ий*, хвилююся, роздратован*а/ий*.

3. Відчуваю значну невпевненість. Травмован*а/ий* невизначеністю. Страшно.

2. Відчуваю величезну тривожність, заклопотаність. Постійно огортає страх.

1. Абсолютно збожевол*іла/в* від страху. Втрат*ила/в* розум. Налякан*а/ий* нерозв`язними питаннями-труднощами.

Б. **Енергійність - втома**

10. Порив, що не знає перешкод. Життєва сила вихлюпується через край.

9. Б`є через край, життєздатність, величезна енергія, сильне прагнення до діяльності.

8. Багато енергії, сильна потреба в дії.

7. Відчуваю себе свіж*ою/им*, в запасі значна енергія.

6. Відчуваю себе досить свіж*ою/им*, в міру бадьор*ою/им*.

5. Злегка втоми*лася/вся*. Лінощі. Енергії не вистачає.

4. Досить втомлен*а/ий*. В запасі не дуже багато енергії.

3. Велика втома. Млява*/ий*. Мізерні ресурси енергії.

2. Жахливо стомлен*а/ий*. Майже виснажен*а/ий* і практично не здатн*а/ий* до дії. Майже не залишилося запасів енергії.

1. Абсолютно видиха*лася/вся*. Нездатн*а/ий* навіть до самого незначного зусилля.

В. **Піднесеність - пригніченість**

10. Сильний підйом, захоплюють веселощі.

9. Збуджена/ий, в піднесеному стані. Захопленість.

8. Збуджена/ий, в хорошому настрої.

7. Відчуваю себе дуже добре. Життєрадісна/ий.

6. Відчуваю себе досить добре, «в порядку».

5. Почуваюся трохи пригнічено, «так собі».

4. Настрій пригнічений і дещо сумно.

3. пригноблена/ий і відчуваю себе дуже пригнічено. Настрій безумовно сумний.

2. Дуже пригнічена/ий. Відчуваю себе просто жахливо.

1. Крайня депресія і смуток. Пригнічена/ий. Все чорно і сіро. Впевненість в собі - безпорадність.

Г. **Впевненість у собі – безпорадність**

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.

9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнен*а*/*ий* у своїх звершеннях.

8. Дуже впевнен*а*/*ий* у своїх здібностях.

7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо й мої перспективи хороші.

6. Почуваю себе доволі компетентним.

5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.

4. Почуваю себе доволі нездібним.

3. Пригнічен*а*/*ий* своєю слабкістю й нестатком здібностей.

2. Почуваю себе жалюгідним і нещасним. Втомився від своєї некомпетентності.

1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

ДОДАТОК Е

SCAS – Дитяча версія для дитячого садка (адаптовано)

SCAS-1 – Бланк для дошкільнят (3-5 років)

Інструкція: Шановні батьки! Нижче наведено висловлювання, які описують можливу поведінку дитини.

Оцініть, наскільки часто кожне твердження відповідає вашій дитині, використовуючи шкалу:

0 – Ніколи

1 – Іноді

2 – Часто

3 – Завжди.

Будь ласка, поставте позначку (☑) у відповідному стовпчику.

Ім’я дитини _____

Вік _____

Дата _____

Зараз ми будемо читати речення. Скажи, будь ласка, чи трапляється це з тобою: ніколи, іноді, часто чи завжди. Тут немає правильних чи неправильних відповідей — просто відповідай, як у тебе насправді.

Формат відповіді: 4-бальна шкала від "ніколи" до "завжди".

№	Твердження	0	1	2	3
1	Моя дитина боїться темряви.	☐	☐	☐	☐
2	Моя дитина легко лякається.	☐	☐	☐	☐
3	Моя дитина уникає розлуки з батьками.	☐	☐	☐	☐
4	Моя дитина сильно засмучується, коли я йду з дому.	☐	☐	☐	☐
5	Моя дитина боїться залишатися без мене або іншої дорослої.	☐	☐	☐	☐
6	Моя дитина засмучується, коли не знає, де я знаходжусь.	☐	☐	☐	☐
7	Моя дитина відмовляється залишатися в дитячому садку або в когось іншого.	☐	☐	☐	☐

8	Моя дитина засмучується, коли їй треба щось сказати чужій людині.	☐	☐	☐	☐
9	Моя дитина не хоче гратися з іншими дітьми.	☐	☐	☐	☐
10	Моя дитина тривожиться, коли бачить нових людей.	☐	☐	☐	☐
11	Моя дитина соромиться говорити при інших.	☐	☐	☐	☐
12	Моя дитина скаржиться на біль у животі, коли розчарована чи засмучена.	☐	☐	☐	☐
13	Моя дитина скаржиться на головний біль, коли нервує.	☐	☐	☐	☐
14	Моя дитина часто плаче без очевидної причини.	☐	☐	☐	☐
15	Моя дитина виглядає сумною або пригніченою.	☐	☐	☐	☐
16	Моя дитина часто сумує без причини.	☐	☐	☐	☐
17	Моя дитина часто виглядає втомленою або млявою.	☐	☐	☐	☐
18	Моя дитина часто боїться, що трапиться щось погане.	☐	☐	☐	☐
19	Моя дитина здається надто серйозною або напруженою.	☐	☐	☐	☐
20	Моя дитина наполегливо повторює ті самі дії знову і знову.	☐	☐	☐	☐
21	Моя дитина дуже хвилюється через незначні речі.	☐	☐	☐	☐
22	Моя дитина дуже чистоплотна і не любить бруд.	☐	☐	☐	☐
23	Моя дитина тривожиться, коли не все «ідеально».	☐	☐	☐	☐
24	Моя дитина боїться певних тварин (наприклад, собак, павуків).	☐	☐	☐	☐
25	Моя дитина боїться гучних звуків (наприклад, пилосос, феєрверки).	☐	☐	☐	☐
26	Моя дитина нервує в незнайомому місці.	☐	☐	☐	☐
27	Моя дитина має складнощі із засинанням без допомоги.	☐	☐	☐	☐
28	Моя дитина прокидається вночі і кличе мене.	☐	☐	☐	☐

ДОДАТОК Є

Методика SCAS 2 – Бланк для початкової школи (6-10 років)

Ім’я дитини _____

Вік _____

Дата _____

Зараз ми будемо читати речення. Скажи, будь ласка, чи трапляється це з тобою: ніколи, іноді, часто чи завжди. Тут немає правильних чи неправильних відповідей — просто відповідай, як у тебе насправді.

Інструкція: Прочитай або послухай кожне речення. Вибери смайлик, який найкраще показує, як ти зазвичай себе почуваєш у такій ситуації. Немає правильних чи неправильних відповідей.

Оцінювання:

😄 Ніколи (0)	🙂 Іноді (1)	😟 Часто (2)	😢 Завжди (3)
Зовсім не так	Іноді так буває	Часто так буває	Майже завжди так

Познач галочкою (☑️) той смайлик, який підходить найбільше:

№	Як ти себе почуваєш?	😄	🙂	😟	😢
1	Я часто хвилююся через різні речі.	☐	☐	☐	☐
2	Мені страшно, коли темно.	☐	☐	☐	☐
3	Коли щось хвилює, в мене крутить живіт.	☐	☐	☐	☐
4	Я боюся без причини.	☐	☐	☐	☐
5	Мені страшно залишатися вдома без мами чи тата.	☐	☐	☐	☐
6	Я боюся контрольних або ігор, де перевіряють.	☐	☐	☐	☐
7	Я боюся йти до туалету, коли вдома нікого нема.	☐	☐	☐	☐
8	Мені страшно без мами або тата.	☐	☐	☐	☐
9	Мені страшно щось говорити при інших дітях.	☐	☐	☐	☐
10	Я боюся, що з рідними щось станеться.	☐	☐	☐	☐
11	Я не хочу відповідати, коли мене питають.	☐	☐	☐	☐
12	Я часто сумую.	☐	☐	☐	☐
13	Я боюся, що мама або тато зникнуть.	☐	☐	☐	☐
14	Коли хвилююся — важко дихати.	☐	☐	☐	☐
15	Мені важко знайомитися з іншими дітьми.	☐	☐	☐	☐
16	Мене лякає гроза або сильний вітер.	☐	☐	☐	☐
17	Коли хвилююся — серце б’ється швидко.	☐	☐	☐	☐
18	Я боюся йти в садочок.	☐	☐	☐	☐
19	Я боюся мікробів або бруду.	☐	☐	☐	☐
20	Я часто думаю про страшне.	☐	☐	☐	☐

21	Коли хвилююся — паморочиться голова.	☐	☐	☐	☐
22	Я хвилююся про те, що станеться.	☐	☐	☐	☐
23	Мені страшно, коли багато людей.	☐	☐	☐	☐
24	Хочу, щоб усе було правильно і чисто.	☐	☐	☐	☐
25	Я боюся, що хтось загине.	☐	☐	☐	☐
26	Я не хочу залишатися у когось без мами чи тата.	☐	☐	☐	☐
27	Я боюся, що хтось буде сміятися з мене.	☐	☐	☐	☐
28	Я панікую, коли не можу вдихнути.	☐	☐	☐	☐
29	Я уникаю страшних речей.	☐	☐	☐	☐
30	Я не можу заснути без мами чи тата.	☐	☐	☐	☐
31	Я боюся показувати щось іншим.	☐	☐	☐	☐
32	Я перевіряю по кілька разів.	☐	☐	☐	☐
33	Мені важко зупинити тривожні думки.	☐	☐	☐	☐
34	Я боюся, коли серце сильно б’ється.	☐	☐	☐	☐
35	Я уникаю розмов із дорослими.	☐	☐	☐	☐
36	Іноді мені тривожно, і я не знаю чому.	☐	☐	☐	☐
37	Я боюся, що мені стане зле, і ніхто не допоможе.	☐	☐	☐	☐
38	Я боюся заходити в кімнату, де багато дітей.	☐	☐	☐	☐

ДОДАТОК Ж

Бланк швидкого протоколу аналізу для картки дитини

ПІБ дитини _____

Вік ____

Нозологія (якщо є ООП) _____

Дата спостереження _____

Умови малювання _____(*в укритті / у групі / вдома*)

Просторові характеристики (0–2 б.) ____

Графічні характеристики та натиск (0–2 б.) ____

Колірний спектр і світлотінь (0–2 б.) ____

Зображення людини та тілесність (0–2 б.) ____

Сюжет та прямі маркери небезпеки (0–2 б.) ____

Загальний бал _____ / 10.

Висновок спеціаліста _____

План реагування _____

ДОДАТОК З

Алгоритм терапевтичної роботи з бланком

Ідентифікація та сепарація охоронної поведінки

Психолог показує батькам четвертий стовпчик таблиці. Охоронні дії (гіперконтроль, 20 дзвінків на годину, заборони) короткочасно знижують SUDs на 10–20 пунктів, але у довгостроковій перспективі лише підкріплюють тривогу та інвалідизують дитину.

Вибір мішені для поведінкового експерименту (експозиції)

Робота ніколи не починається з верхніх щаблів (80–100 балів). Обирається ситуація на рівні SUDs 30–45 (наприклад, крок 3 або 4).

Протокол експозиції (тут або в уяві)

Батьки добровільно відмовляються від охоронної дії (наприклад, дитина залишається сама на 2 *год*., а мама робить лише один контрольний дзвінок (віде, *смс* замість п'яти).

Фіксується зростання тривоги: пульс піднімається, наприклад, з 35 до 60.

Батьки не здійснюють компульсивних дій, застосовують техніки заземлення/дихання.

Через 30-45 *хв*. запускається процес габітуації (звикання нервової системи) - рівень пульсу природно падає без зовнішнього контролю.

Когнітивна реструктуризація

Після перевірки реальності формулюється адаптивна думка:

«Дитина впоралася сама. Мій страх був на 60 балів, але нічого з катастрофічного сценарію не сталося. Я можу витримати власну тривогу, не контролюючи кожен її крок».

Для психологічного тестування вікова класифікація дітей з особливими освітніми потребами вибудовано з урахуванням вікових норм психіки, мовлення, когнітивних і соціально-емоційних навичок, специфіки і особливостей розвитку можливостей і здібностей.

Тілесна мапа. Респондент малює силует власного тіла та за допомогою кольорів, заштриховок або символів позначає ділянки, у яких відчуває

напругу чи локалізацію страху (стиснення в грудях, «грудок» у горлі, важкість у животі).

Основні завдання поділяємо на: діагностичні, терапевтичні, корекційні.

Діагностичні: ідентифікація та уточнення як свідомих, так і витіснених страхів, тривожних станів та фобій; визначення характеру страхів (соціальні, психосоматичні, екзистенційні) та ступеня їхнього впливу на поведінку дитини; аналіз локалізації емоційної напруги на рівні тілесних відчуттів (у тілесній варіації).

Терапевтичні та корекційні: екстерналізація страху полягає у відокремленні тривожного переживання від особистості («страх - це не я, це об'єкт на папері»), що суттєво зменшує його інтенсивність; пошук ресурсів щодо виявлення внутрішніх і зовнішніх опор для подолання тривоги через створення «безпечних зон» або шляхів подолання перешкод; трансформація стосується перетворення лякливих образів на контрольовані, нейтральні або безпечні.

Методика є універсальною та легко адаптується під різні вікові групи. Старший дошкільний та молодший шкільний вік (5-10 років) - у формі гри чи казки («Країна/хатка, де живуть страхи») - допомагає дітям, яким важко висловити почуття словами. «Мій острівець безпеки» із зображенням місця, де дитина почувається захищеною. «Страх на папері» з малюванням образу страху з подальшим його перетворенням на менш загрозливий образ. «Сонечко спокою» - створення малюнка із символами тепла, підтримки та безпеки. «Чарівний щит» - зображення людей, предметів або символів, які допомагають дитині почуватися захищеною.

Також використовувалися техніки «Кольори мого настрою» для розпізнавання та позначення емоцій і «Малюємо спокій» для зниження психоемоційного напруження за допомогою вільного малювання, вибору кольорів і повторюваних графічних рухів. Робота проводилася в комфортному для дитини темпі, без примушування до відтворення травматичних подій або детального обговорення пережитого.

Ігрові прийоми були спрямовані на формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток відчуття контролю над ситуацією та засвоєння доступних моделей поведінки під час повітряної тривоги й перебування в укритті. Застосовано ігри «Лялька теж боїться» (розпізнавання емоцій і пошук способів заспокоєння через турботу про іграшкового персонажа), «Мандрівка до Острівця безпеки» (ігрове моделювання переходу до безпечного місця), «Ведмедик дихає спокійно» (опанування повільного дихання через наслідування рухів іграшки), «Чарівна валізка допомоги» (визначення предметів і дій, які допомагають відновити спокій), «Світлофор емоцій» (розпізнавання власного емоційного стану та вибір відповідної стратегії самозаспокоєння) і «Допоможи героєві» (пошук безпечних рішень у змодельованих ситуаціях). Для дітей із мовленнєвими порушеннями важливим є використання карток емоцій, піктограм, жестів та альтернативної й додаткової комунікації, а для дітей із сенсорними особливостями — адаптація ігрових матеріалів і середовища. Поєднання малюнкових та ігрових технік сприяє поступовому зниженню інтенсивності страхів, розвитку емоційного самовираження та формуванню доступних дитині способів відновлення відчуття безпеки.

Зниження рівня тривожності за рахунок відреагування накопичених емоцій та зменшення емоційного напруження. Усвідомлення та вербалізація, переведення невизначеного, туманного відчуття тривоги в конкретні, зрозумілі картини й слова. Відновлення відчуття контролю, коли: суб'єктивна зміна позиції з «безпорадної жертви страху» на «картографа/дослідника», який керує простором на аркуші. Формування копінг-стратегій щодо виявлення наявних ресурсів та побудова кроків для подолання страхів у реальному житті.

Для фахівця такий ресурс сприяє отриманню цілісної діагностичної картини та визначення векторів подальшої індивідуальної чи групової корекційної роботи.

ДОДАТОК И

«Термометр страху» (або «Емоційний термометр») - це класичний інструмент когнітивно-поведінкової терапії (Рис. 15), який допомагає дитині візуалізувати, виміряти та повідомити дорослій про інтенсивність своєї тривоги без використання складних словесних описів.

Він ідеально доповнює такі невербальні методики, як «Мапа страхів», оскільки переводить абстрактне відчуття паніки у конкретний візуальний показник і екстерналізувати страх.

Наш авторський намальований термометр поділений на кольорові зони (від 0 до 5, або від 1 до 10) з відповідними смайликами-картинками:

🟢 зелена зона (0-2): «Я спокійна/ий». Дитина почувається в безпеці, дихання рівне.

🟡 жовта/помаранчева зона (3-7): «Мені трохи страшно / Я напружена/ий». З'являється тривога. Це зона, де дитина ще може застосувати техніки саморегуляції (наприклад, подихати, обійняти іграшку).

🔴 червона зона (8-10): «Паніка / Вибух!». Максимальний рівень страху, при якому дитина втрачає контроль (мелтдаун, ступор, істерика). Тут потрібна екстрена допомога дорослого (наприклад, алгоритм «СТОП»).

Ця техніка незамінна для дітей з ООП. Зокрема, для дітей з ТПМ дозволяє обійти «вербально-комунікативну пастку». Дитині в стані логоневротичного спазму чи мутизму не потрібно говорити слова — достатньо просто показати пальцем на червону чи жовту позначку термометра. Для дітей з РАС - допомагає перетворити хаотичний сенсорний біль і незрозумілі емоції на чітку, структуровану й логічну візуальну шкалу.

Екстерналізація страху у цій техніці дозволяє звернути увагу на термометр і відділити емоцію від самої дитини. Замість відчуття «я погана/ий/ чи я втрачаю розум», дитина бачить: «я в нормі, просто зараз мій страх піднявся до червоної позначки, і ми можемо його опустити».


ТЕРМОМЕТР СТРАХУ
5. ПАНІКА / ВИБУХ!
4. Дуже сильно боюсь
3. Мені страшно
2. Трохи тривожно
1. Мені спокійно і безпечно
Покликати дорослого
STOP
Техніка «СТОП»
Обійняти іграшку
Попросити допомоги
Порахувати
Обійняти іграшку
Попросити допомоги
Порахувати
Погратися
Глибоко вдихнути
Погратися
Глибоко вдихнути

У межах програми «Острівець безпеки» цей інструмент часто використовується як проміжний місток, коли дитина показує свій стан на «Термометрі», а наставник розуміє, який саме рівень підтримки зараз необхідний.