

Інститут спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка
Національної академії педагогічних наук України

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ РАННЬОГО ТА
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ**

(Частина 1_ Під час війни)

Вовченко Ольга

Київ-2022

ЗМІСТ

	Вступ	3
I	Психологічна допомога за умов психотравмівних ситуацій	5
	дітям з порушеннями слуху	
	1.1. Психологічна підтримка дітей раннього віку з ООП за умов війни	6
	1.2. Психологічна допомога під час війни дітям дошкільного віку з порушеннями слуху	18
II	Особливості надання психологічної допомоги за умов військового конфлікту	34
	2.1. Психологічний супровід дитини з порушеннями слуху в умовах освітнього закладу	35
	2.2. Психологічна підтримка дітей з порушеннями слуху за межами освітнього простору	44
III	Методологія надання психологічної допомоги дітям з ООП ...	53
	3.1. Особистісно орієнтовані методики у роботі психолога за умов психотравми	55
	3.2. Психологічна діяльність у період військового конфлікту ...	84
	Висновки	95
	Література	97

ВСТУП

Психологам та психотерапевтам все частіше з моменту повномасштабного вторгнення ворога на територію України доводиться працювати з дітьми, родинами, які перенесли психологічну травму. Найбільш вразливою категорією серед осіб, що звертаються за психологічною допомогою та підтримкою є родини, що виховують дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху.

Психологічна травма, що спричинена початком військового конфлікту вплинула на сприйняття часу, розуміння минулого, сьогодення та майбутнього. Фахівці наголошують, що за інтенсивністю пережитих почуттів, травмівний стрес пропорційний усьому попередньому життю. Через це він здається нині найбільш істотною подією життя, як для дорослої особи, так і для дитини. Підкреслимо, що дитячі спогади, переживання, емоції та вихід із травм, стресу великою мірою залежать від поведінки батьків, близьких, рідних. Негайне психологічне втручання, якомога наближене за часом до перенесеної травми, дозволяє запобігти багатьох небажаних наслідків та переходу певних проблем у хронічну форму.

Значна увага у спеціальній психології приділяється виявленню, психологічного аналізу та психологічній допомозі (психокорекції та психотерапії) феноменів-наслідків військового конфлікту на території України. Найбільш характерними станами, які можна фіксувати у дітей з особливими освітніми потребами (**далі – «діти з ООП»*), зокрема дітей з порушеннями слуху, є домінування гострих чи/та хронічних негативних емоційних переживань: тривоги, страху, агресії, дратівливості, дисфорії. У таких станах виникають афекти, які можуть досягати такого рівня інтенсивності, що дезорганізує звичний стан когнітивних, поведінкових, саморегуляційних та соціальних систем особистості дитини, ускладнюючи процес адаптації до подій, що відбуваються. Підкреслимо, що інтенсивні емоційні переживання, такі, як страх, паніка, жах, розпач за умов стресу, характерні, переважно, дорослим, які виховують дитину з ООП (з порушенням слуху). Саме вони ускладнюють

адекватне сприйняття дитиною дійсності, правильність та оцінку ситуації, заважають прийняттю рішень, особливо їх постійності, та знаходженню адекватного виходу зі стресової ситуації.

У значній частині випадків дорослі потребують психологічної підтримки як для себе, так і для дитини, оскільки не можуть, наприклад, адекватно проводити освітній процес, знайти правильні слова, щоб пояснити, що відбувається або щоб заспокоїти. Оскільки, чим менше вік дитини, тим складніше знайти необхідні слова і батьки обирають поведінку відсторонення від дитини, нехтування її потреб, зазначаючи «ще мала – не запам'ятає», «не має часу на його/її сльози, є більші проблеми» та ін. Зважаймо ще й на те, що військовий конфлікт є надзвичайним стресовим впливом, не характерними буднями для населення України, що може викликати й незвичні поведінкові реакції з боку дорослих по відношенню до дитини: емоційна холодність, байдужість, агресивність, підвищена тривожність, злість тощо.

Навчально-методичний посібник має як свій теоретичний аспект, пов'язаний з вивченням особливостей психологічного функціонуванні дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху за умов війни, так і практичний додаток для психологів, який визначається методологією надання психологічної допомоги постраждалим дітям та їх родинам в умовах психотравмуючої ситуації (за умов війни). Оскільки, психологічна допомога необхідна не лише дитині, а й родині, для запобігання порушенням поведінки, афективних чи/та психосоматичних розладів. Вона передбачає нормалізацію психологічного стану з мінімізацією негативних переживань, які спричиняють руйнівний вплив як на психічні, так і на соматичні функції дитини. Основним завданням психологічної допомоги є актуалізація адаптивних та компенсаторних ресурсів особистості дитини, мобілізація психологічного потенціалу дорослого, що перебуває поруч з дитиною для подолання негативних наслідків стресової ситуації. Від так, результатом ефективної психологічної допомоги постраждалій родині, що виховує дитину з ООП, зокрема з порушеннями слуху є оптимізація психічного стану та поведінки дитини за умов війни на території України.

I. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА УМОВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ ДІТЯМ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Психотравмівна ситуація – це стан, що характеризується дезорганізацією емоційної, поведінкової та когнітивної сфер особистості дитини/дорослого. Психологічна допомога за умов такого стану надається особистості якомога швидше. Вона має свої характерні особливості. Психодіагностика, психотехніки впливу та процедура надання психологічної допомоги/супроводу в екстремальних ситуаціях мають свою специфіку. Все залежить від цілей психологічної допомоги, стану дитини з порушеннями слуху та родини, близьких, що нині знаходяться поруч.

Основними принципами надання допомоги дітям з ООП, зокрема і з порушеннями слуху, які опинилися в психотравмівні ситуації внаслідок впливу військового конфлікту є:

- невідкладність;*
- віддаленість від місця події;*
- переконання близького оточення і дитини, що звичний, нормальний стан відновиться («принцип наближеності»);*
- доречність технік психологічного впливу;*
- єдність та простота психологічної допомоги.*

Невідкладність означає, що допомога психолога має бути надана якнайшвидше: чим більше часу проходить з моменту травми, впливу події, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі страхів, агресивності, посттравматичного стресового синдрому, панічних атак, депресії тощо.

Важливим та необхідним є використання «принципу наближеності», що полягає у наданні допомоги у звичному оточенні, йдеться мова про соціально близьку сферу спілкування (рідні, друзі) але із врахуванням травмівної події.

Єдність та простота психологічної допомоги передбачає, що її джерелом має виступати одна особа, або процедура надання повинна бути уніфікованою.

1.1. Психологічна підтримка дітей раннього віку з ООП за умов війни

Психологічна підтримка дітей за умов війни – це не класичне професійне психологічне консультування, оскільки воно не передбачає детального обговорення, аналізу чи встановлення хронології та суті подій, які викликали стан стресу у батьків, що виховують дитину раннього віку з порушеннями слуху. Сутність проблеми за умов військового конфлікту, перебування на окупованих територіях чи втрати помешкання із змушеним переїздом до іншого населеного пункту, селища, міста чи навіть країни є очевидним стресом для родини, як наслідок і для дитини з ООП, зокрема з порушенням слуху. Таким чином сутність психологічної допомоги містить такі аспекти, як то:

- ненав'язлива але термінова у часі надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінка основних потреб і проблем;
- надання допомоги у задоволенні нагальних потреб (наприклад, таких як їжа, вода, теплий одяг, приміщення для відпочинку, інформація тощо);
- вміння вислуховувати родину/дитину, але не примушуючи говорити;
- вміння втішити і допомогти дитині заспокоїтися;
- навчити батьків, як за таких умов правильно спілкуватись з дитиною, не травмуючи її;
- надання допомоги в отриманні інформації.

Основними завданнями психологічної допомоги дітям раннього віку з порушеннями слуху за умов травмівної події, як то війна, є:

1. Формування почуття безпеки, спокою, надії, за можливості, зв'язку з іншими однолітками.
2. Сприяти дитині доступу до емоційної, а її батькам (близьким, що зараз знаходяться із нею) доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки.

3. Зміцнювати віру батьків, що поруч із дитиною, в можливість допомогти собі та оточуючим, зокрема власній дитині.

Важливість раннього дитинства у формуванні окремої особистості і у становленні суспільства загалом все більше усвідомлюється і є беззаперечним фактом за результатами багатьох наукових досліджень [2]. «Раннє дитинство» – це період від народження дитини до чотирьох років. Це найінтенсивніший період росту і змін, оскільки відбувається формування організму, активно розвивається нервова система, збільшується рухливість, формуються життєві навички, комунікаційні уміння. На цьому етапі батьки сприймаються як зразок для наслідування, як безпека, захист. Тому так важливо під час травмівних ситуацій працювати не лише з дитиною, а обирати шлях «через батьків до благополуччя дитини». На цьому віковому етапі дитина сильно пов'язана із своїми батьками, найближчим оточенням (сестри/брати, бабуся/дідусь), від їх впливу залежить і стан самої дитини.

За умов травмівного впливу, як то війна, можна виокремити чотири типи реакції дорослих, що відповідно, відображається на стані дитини раннього віку з ООП, зокрема з порушеннями слуху: реагування на травмівну подію без ознак порушення адаптації, непатологічна психічна адаптація, патологічна психічна адаптація, адаптація через порушення [17].

Реагування на травмівну подію без ознак порушення адаптації. Характеризується настанням події, що є небезпечною для життя дорослої особистості, яка її переживає. Як наслідок, організм готується до інтенсивного реагування (боротьби, втечі тощо). Певні миті після травми триває стан шоку, в організмі з'являються гормони, необхідні для швидкого, раптового, несподіваного реагування на ситуацію – адреналін, норадреналін, кортизол; крім того, організм збагачується на знеболюючі речовини, що зменшують, а в певних ситуаціях зовсім нівелюють чутливість тіла (подібна реакція зменшує страждання, оберігає людину від больового шоку) [5]. Наступний етап функціонування особистості – це збудження: активізується частина мозку, що відповідає за емоції, та нервова система. Таким чином, впродовж певного часу

(від 3 до 8 годин) доросла людина без шкоди для власного здоров'я (без наявності сну, їжі і води) може переносити такі навантаження, які не змогла б перенести в стані звичайного функціонування. Саме в цей період дорослий здатен захистити дитину майже за будь-яких умов: підхопити вагу, яка в звичному стані була тяжкою, недоступною, перетягти предмети, рештки меблів, пробігти досить велику відстань із дитиною на руках та багато іншого.

Коли небезпека минає, починається етап розслаблення, що характеризується неконтрольованим тремтінням тіла (може тривати кілька годин). Таким чином організм вивільняє напруження, зменшує стан нервового збудження. Тремтіння починається несподівано (одразу після стресової чи через певний невеликий проміжок часу). Тремтіти може все тіло або його окремі частини. Таку реакцію зупинити не можна і не потрібно, оскільки якщо таким чином тіло не заспокоїться самостійно, залишаться м'язові утиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть з'явитися психосоматичні порушення тощо. Крім того, завершальним етапом є втома. У цей період знову активізуються системи соціального й емоційного контролю. Людина може відчувати пригнічення, бажання плакати. В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки, як в кращу сторону, так і на гірше.

Реагування на травмівну подію з непатологічною психічною адаптацією – гостра стресова реакція. У багатьох із дорослих, які переживають травмівну подію, одразу після неї виникають короткочасні симптоми, які зникають впродовж кількох днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією дорослої людини на нестандартну ситуацію (військовий стан, вимушений переїзд через ескалацію конфлікту з метою збереження власного життя і життя дитини тощо). Такий стан триває не менше, ніж два дні, але не довше чотирьох тижнів [15]. Протягом місяця після травмівної події людина може описувати симптоми ПТСР (**посттравматичний стресовий розлад*), за винятком того, що під час травми або одразу після неї може виникати шоківий стан. Відмітимо, що

він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження, змінюється сприйняття звуків, іншими є голоси людей, з'являється відчуття зміни відстані, часу тощо. У такому стані дорослому з дитиною раннього віку необхідна підтримка та спілкування з фахівцем. Якщо симптоми чи стан погіршуються – також важливою є співпраця та допомога медичного психолога та/або лікаря психіатра.

Часто на несподівану ситуацію, екстремальну подію люди реагують психомоторним збудженням, що проявляється швидкими, хаотичними, незвичними рухами. Увага звужується, цілеспрямована діяльність стає неможливою або наявні проблеми з концентрацією, адекватним сприйняттям реальності. Дорослому складно відтворювати інформацію, особливо щодо травмивної події. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабо модульованим або можна спостерігати протилежне явище. Людина оніміла, не може вимовити, сформулювати речення, підібрати слова. Часто повторює однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими. В такому стані дорослій людині складно залишатися в одному положенні: вона лежить, встає, безцільно рухається [14]. Також можна спостерігати вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду.

У той момент, коли реальна загроза зникає, мінімізується настає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмуючої ситуації (від 15 до 30 днів) та типу нервової системи дорослого. В цьому стані, як правило, люди не скаржаться і не звертаються за допомогою до психолога. Можна констатувати порушення сну, зміну харчової поведінки, зменшення маси тіла, прискорення пульсу (на відміну від звичного), підвищення артеріального тиску тощо [13]. Але за такого стану дорослий здатен виконувати буденні завдання, дотримуватися порядку денного та здійснювати прості освітні завдання із дитиною раннього віку, надавати їй моральну підтримку. З часом є бажаним здійснення огляду у терапевтів дорослого (мати, батько, опікун,

сестри/брати, бабуся/дідусь), а у корекційних педагогів, дитячих психологів та педіатрів – огляду дитини.

Реагування на травмівну подію патологічною психічною дезадаптацією. За умов патологічних реакції на травмівну стресову подію у людини може сформуватися «психогенне заціпеніння» або, так званий «психогенний ступор». Такий стан характеризується великим розподілом енергії на виживання, а фізичні, емоційні, моральні сили для контакту із соціумом втрачаються. Людина може бути повністю нерухомою (в стані «заціпеніння»), її реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) уповільнене, часом відсутнє: зіниці уповільнено реагують на світло, дихання повільне, неглибоке. Іншим варіантом психопатологічної реакції дорослого на травмівну подію може бути «реактивний психоз», що характеризується порушеннями сприймання, різким психомоторним збудженням, дезорганізацією поведінки (різкі рухи, часто безцільні, дії, неадекватні, незрозумілі для сторонніх спостерігачів і небезпечні для життя вчинки), досить голосним мовленням або підвищеною мовною активністю. У потерпілих часто відсутня реакція на оточуючих (зауваження, прохання, накази тощо) [20].

Окрім зазначених вище станів, у людини можуть розвинутиися галюцинації, маячня, а також реакції страху.

Галюцинації – це сприймання (зорове, слухове, чуттєве) неіснуючих об'єктів, що переживаються особистістю як реальні [17]. Це особливий різновид мимовільних спогадів про травмівні події, коли пам'ять характеризується яскравими образами, що є актуальнішими за події довкола («тут і зараз»), тобто спогади реальніші за теперішнє оточення людини. У цьому стані особистість поводить так, ніби вона знову переживає колишню подію; вона діє, думає і відчуває так, як тоді, коли доводилося рятувати своє життя [1]. Зрозумілим є той факт, що така доросла людина не може бути поруч із дитиною раннього віку з порушеннями слуху і потребує лікування, догляду. Дитина ж має бути під опікою іншого близького дорослого, яка не має подібних симптомів.

Маячня – сукупність різних уявлень, суджень, ідей особистості, що не відповідають дійсності (проте вона переконана у своїй правоті). Маячні може викликати тривогу, почуття небезпеки. Реакції страху також можуть бути наслідком переживання травмівної події чи очікування повтору подібної ситуації, спричинювати втечу, заціпеніння, агресивну поведінку, побоювання, переляк, жак, паніку [3]. Такий дорослий, що виховує дитину раннього віку з ООП також потребує допомоги фахівців різного спектру та рідних, які б певний час могли б опікуватися дитиною. Оскільки дорослий із можливими охарактеризованими порученнями є небезпечним для дитини, яка не усвідомлює складність ситуації та безпеку.

Реагування на травмівну подію адаптаційними порушеннями. Більшість із тих осіб, які пережили травмівну подію, пристосовуються до нових умов життя, реалій і, як наслідок, короточасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких – симптоми залишаються, і, часом, стан може навіть погіршитися. Симптоматика у таких випадках різна, але, переважно, поєднує неспокій, страх, стрес, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку, невротичні стани [15].

Наголошуємо, що неминучими наслідками екстремальних ситуацій, травмівних подій є руйнування базової потреби людини в безпеці, порушення стабільності, передбачуваності, можливості планувати життя. Як наслідок, це призводить до складних відтермінованих наслідків: невротизації, депресивних станів, ПТСР, втрати віри в себе, втрати перспективи та ін.

Деякі люди, наприклад, відносно швидко долають ситуації кризи і, зазвичай, це відбувається завдяки ефективним механізмам психіки, які спрацьовують у момент загострення несприятливих обставин. Алгоритм ефективного механізму психіки у кризових обставинах має вигляд:

1. Фаза зіткнення з кризовою ситуацією: людина зустрічається з кризовою для неї ситуацією, травмівною подією, стресом тощо; вона певний час дезорієнтована, втрачає свою цілісність, розгублена; розвивається кризовий стан.

2. Фаза актуалізації переживань: активація переживань, що супроводжують кризовий/стресовий період (агресія, тривога, страх, образа, розпач тощо); особистість активно проживає актуалізовані переживання, але не гіперболізує їх, не пригнічує та не витісняє з свідомості.
3. Фаза опанування кризовими/травмівними обставинами: символізація переживання (вербальна/образна); опанування кризовою ситуацією (цілісне усвідомлення того, що сталося, бачення власної ролі у розвитку подій чи навпаки – усвідомлення неможливості вплинути на хід ситуації); людина нікого не звинувачує; свідомість перебуває у пошуку способів адаптації до ситуації чи/та перспектив розвитку.
4. Фаза інтегрування досвіду: особистість усвідомлює кризову ситуацію як таку, що сприяє її розвитку, збагачуючи уявлення про себе, інших та про оточуючий світ; інтегрує знання у власний досвід, намагається функціонувати і реалізувати себе [9].

Подібний алгоритм подолання кризових обставин, травмівних подій, що описано вище, є рідкістю. Переважно, можна спостерігати дорослих, які не можуть подолати кризові обставини, в результаті, перебувають у стані хронічної кризи. Найбільш типовим є застрягання на перших чи других фазах переживання травмівної події.

Застрягання на першій фазі характеризується почуттями безпорадності, досить часто спричинює появу/розвиток депресії, викликає психосоматичні захворювання. Доросли у такому стані не повноцінно виховує свої батьківські обов'язки. Як найбільш позитивний варіант – механічне, автоматичне виконання ролі матері чи батька [18].

Застрягання на другій фазі має декілька варіацій поведінкових реакцій. По-перше, дорослий може заглибитись у свої переживання, вважати їх природними, не бажати їх відпускати. По-друге, особистість заперечує свої переживання і не дає їм способів вивільнення або не усвідомлює їх. Обидва типи реакції є

руйнівними і призводять до деструктивної життєвої організації людини і всієї родини, особливо, якщо це мати, яка виховує дитину раннього віку. Тобто, її життя формується через образ жертви, ображеного на життя агресора. Як наслідок можуть виникати психосоматичні захворювання, постійно активується травмуюча ситуація, що накладає відбиток на всі події життя людини, стосунки у родині [5].

Розглядаючи вплив стресу, травмівних ситуацій, важливим є саме сприймання, ставлення батьків (дорослого) до того, що відбулося. Оскільки сучасні стратегії впливу на розвиток і формування дитини раннього віку у світі розглядаються як такі, що сприяють виживанню, росту, розвитку і навчанню дітей, включаючи навіть аспекти травмівних подій, стресів, в яких можуть опинитися сім'ї, що виховують дитину такого віку.

Науковці освітньої сфери обережно ставляться до терміну «ранній розвиток дитини за умов стресу» або «розвиток дитини раннього віку під час війни» і розглядають ці поняття, як навчання дитини в немовлячому й дошкільному віці, обґрунтовуючи доцільність раннього початку навчання висновками психофізіологів щодо закономірностей росту головного мозку дитини у перші роки життя (що надає значні можливості пізнання нею світу), а також потребами сучасного соціуму з його потужними інтелектуальними й емоційними хвилями, з якими найкраще зможе впоратися дитина, що залучена до розвиткової діяльності, незалежно від ситуацій [6]. Вчені-практики наголошують, що навіть за умов стресу батьків, мінімальна навчальна діяльність з дитиною має тривати. Крім цього, психологи наголошують, що розвиток є потребою і нормою – дитина обмежується або наповнюється тим інформаційним об'ємом, який задають їй дорослі і який вона, як наслідок, засвоює. Тобто навіть за умов війни дитина функціонує за законами розвитку біологічного організму. І обмеження, які накладає збройний конфлікт – впливають на кількість, якість можливостей адаптації дитини до майбутнього життя та власного розвитку.

У спілкуванні з дитиною раннього віку за умов стресу, травмівних подій, в яких перебуває родина, необхідно дотримуватися балансу – з одного боку, не

перенапружувати дитину, оскільки її афективна сфера може бути перенавантажена подіями, спогляданням переживань, переїздами та ін., а з іншого – максимально сприяти набуттю знань, позитивної інформації із соціуму, наповнення враженнями для ефективного розвитку. Як зауважує І. Бех, « ... попри пластичність дитини раннього віку, що відкриває широкі перспективи для суттєвого збагачення її пізнання, варто враховувати межі та особливості дитячого організму, в якому мозок знаходиться ще у стані розвитку, а функціональні особливості продовжують складатися» [2].

Сучасній дитині раннього віку з порушеннями слуху, яка розвивається в ситуаціях дискомфорту, за умов постійних тривог, знервованості батьків, переживань і нестабільності важливо забезпечувати захищеність, комфортність і змістову наповненість її життя, емоційно сприятливу сферу виховання [5].

Варто також згадати, що саме дитина раннього віку зустрічається, окрім травмівної ситуації, що склалася в Україні, з дисбалансом фізичного і психічного розвитку, що актуалізує «кризу трьох років» [11]. Основними симптомами такої кризи є:

- негативізм – відмова виконувати вимоги;
- впертість – дитина наполягає на своєму рішенні, привертає увагу дорослого до необхідності поважати його думку різними способами;
- непокора – протест проти звичного порядку, встановленого батьками;
- відсторонення від дорослого – позиція-«Я сам»;
- зневага, знецінення дорослих;
- різного роду протести [17].

Психолог, який працює із батьками дитини раннього віку з порушеннями слуху за умов війни має проговорити ці ознаки вікової кризи, щоб правильно охарактеризувати стан дитини і не сплутати «кризу віку» із впливом травмівної події. Психолог пояснить батькам, існування вікових криз, їх сутність, те, що вони виникають неодмінно і складнощі переживають не стільки дорослі (у період спілкування з дитиною), а в першу чергу, сама дитина у розумінні себе та комунікації із іншими людьми. Дорослі повинні весь час відкривати нові

можливості дитини, створювати умови для їх розвитку, навіть за умов нестабільності. Оскільки психічні якості не виникають самі по собі, а формуються в процесі виховання, яке спирається на розвиток. Дитина, незважаючи на соціальну нестабільність, має бути центром уваги батьків (хоча б матері, яка поруч, навіть під час переїздів до іншої країни). Від так, основними напрямками виховання є

- 1) фізичний розвиток дитини, охорона і зміцнення її здоров'я;
- 2) розвиток пізнавальної активності, формування різних видів мислення, пам'яті, уваги;
- 3) вироблення моральної спрямованості;
- 4) навчання спілкуванню і стосунків з оточуючими.
- 5) формування готовності до систематичного шкільного навчання [7].

Особливої уваги потребує дитина зі слабкою нервовою системою, якій не можна встановлювати завищені вимоги, особливо за умов війни, нестабільності, засуджувати її невдачі, критикувати тощо. Найкращий метод у роботі з таким типом дітей – це навіювання.

Підкреслимо, що недостатнє врахування особливостей вищої нервової діяльності дітей з порушеннями слуху провокує конфлікти, дисгармонію їх взаємин із навколишнім світом, своїм внутрішнім «Я» тощо. Пов'язано це також із формуванням акцентуації дитини, яка саме і відбувається у ранньому дитячому віці, коли виявляються окремі психологічні якості, риси характеру майбутньої дорослої особистості. Залежно від домінування певних якостей дитина сприймає світ і себе у світі, реагує на зовнішні впливи щодо себе. У несприятливих для неї ситуаціях можливі різноманітні відхилення в її поведінці, неврози.

Описуючи ранній вік, варто також згадати конфліктність. У цьому віці причинами виступають ставлення до іншого як до об'єкту, нездатність до спільних дій (особливо у грі), високий егоцентризм. Дитина помічає іншого, коли той починає заважати. Підсвідомо інша дитина (яка б спокійна, привітна вона б не була) отримує негативну «оцінку» від дитини. Цікаве психологічне явище, коли діти раннього віку один від одного чекають на схвалення, але жоден з них

неспроможний висловити таку позицію. Це невміння гратись поряд навіть за наявності достатньої кількості іграшок. Іграшка для дитини раннього віку є привабливішою, ніж одноліток. Також діти означеного віку погано усвідомлюють причини поведінки інших. Вони не розуміють, що одноліток, дорослий – така ж особистість, як і вони зі своїми потребами.

Важливо навіть за умов зміни місця проживання (переїздів), травмивної події розуміти, що дитині потрібен розважливий дорослий. Оскільки з дитиною в цей період, навіть без наявності складних розвиткових ігор, додаткових занять з педагогами потрібно спілкуватися, вивчаючи рідну мову, знайомитись з фонетикою і семантикою (звісно, залежно від порушення слуху). Найбільш важливою зміною в цьому віці дитини є те, що слово набуває предметного значення [6]. У ранньому віці також швидко росте пасивний словник – кількість слів, що розуміє дитина. Дворічна дитина розуміє всі слова, якими користуються дорослі. У цьому віці вона починає розуміти пояснення дорослого (інструкції) відносно сумісних дій. Оскільки дитина активно пізнає світ речей, маніпуляція предметами для неї є найбільш значимою діяльністю, а засвоїти нові дії з предметами вона може тільки сумісно з дорослим. Інструктивна мова, яка організує дії дитини, розуміється нею рано. Дуже швидко розвивається і активний словник, але у дитини з порушеннями слуху він може відставати від пасивного [11]. На початку другого року життя в активній мові дитини є 10–12 слів, в два роки – близько 300 слів, в три роки словник складає 1200–1500 слів. Основною частиною активного словника дитини є іменники (до 60 %), дієслова (25–27 %) і прикметники (близько 10–12 %). Наголосимо, що такі показники залежать також від ступеню порушення слуху. Темп збагачення словника дитячого мовлення нерівномірний, у ньому є фази прискорення й уповільнення. Спостерігаються також значні індивідуальні відмінності, як ми зазначали, як у темпі збагачення словника, так і в широті його використання [6].

Ранній вік – це період підвищеної чутливості дитини до мови дорослих. Формування мови в цьому віці є основою всього психічного розвитку дитини. Якщо з якихось причин (хвороба, обмеження спілкування, порушення слуху)

мовні можливості дитини не використовуються в достатній мірі, то подальший загальний рівень розвитку починає гальмуватися [10].

Багато складнощів у розвитку дітей раннього віку з ООП, зокрема з порушеннями слуху, зумовлені проблемами дорослих. В першу чергу – це є нехтування закономірностей психічного розвитку, що призводить до значних викривлень у становленні психіки зростаючої особистості. Наприклад, незнання сензитивних періодів розвитку (тобто таких, що є найсприятливішими для становлення певних життєвих функцій) та ігнорування прихованих, але наявних можливостей може призвести до їх згасання. Тому освітянам, психологам дуже важливо пояснювати батькам значущість раннього дитинства, доводити його самоцінність як базисної установки всього подальшого розвитку дорослої особистості [12]. Найкращий шлях – це підвищення психологічної культури та педагогічної обізнаності батьків. Їм варто наголошувати, що «дорослі проблеми», незнання особливостей нервово-психічного розвитку дитини та її виховання призводять до проблем у розвитку дитини. Серед сучасних і найбільш розповсюджених «батьківських негараздів», які створюють проблеми дітей раннього віку можна відмітити такі:

- невміння правильно поводити себе під час кризових ситуацій;
- знервованість батьків, пов'язана з виконанням професійних обов'язків та сімейних справ;
- небажання змінювати щось у своєму житті (плисти за течією);
- пристосування дитини до режиму дорослих (навіть, якщо це перебування у бомбосховищі, пристосування до нового режиму в іншому місті, державі);
- нерозуміння масштабності раннього дитинства, як наслідок, особливо за умов війни, надання переваги догляду за дитиною, ніж його виховання та розвиток;
- надмірна зайнятість, стурбованість, заклопотаність спілкуванням на новому місці з такими ж біженцями, як і родина, як наслідок –

звинувачення дитини у неслухняності, невмінні почекати або зайняти себе самотійно;

- постійна тривожність батьків;
- небажання та невміння взаємодіяти з дитиною, виходячи з її інтересів, уподобань тощо;
- налаштованість батьків у вихованні та розвитку дитини на виконання власних бажань, потреб, нереалізованих у власному дитинстві (навчання певному виду спорту, орієнтування на свої уподобання під час купівлі іграшок; надмірне загартовування без урахування при цьому бажань дитини), що часто призводить до негативних емоційних переживань та несприйняття батьків;
- надання переваги надранньому навчанню, навіть за умов стресу;
- конфліктні стосунки у сім'ї;
- розлучення батьків (особливо під час війни) та повторні шлюби та багато іншого.

Ранній вік, на перший погляд, здається досить простим, подібним до звичайного задоволення фізіологічних потреб (спати, їсти, дихати повітрям, дотримуватись гігієни), але, насправді – це досить глибокий вік, підсвідомий етап становлення особистості. Саме тут закладається поведінка, тип реакції на негативні події, стресові ситуації, а основними провідниками в світ дорослих є рідні люди – батьки, опікуни.

В наступних розділах буде більш детально описано способи підтримки, розвитку дитини цього віку в закладах освіти та в умовах домашнього виховання.

1.2. Психологічна допомога під час війни дітям дошкільного віку з порушеннями слуху

Тема психологічної травматизації та подальшої допомоги дітям дошкільного віку з порушеннями слуху під час війни також нерозривно пов'язана з родиною, психологічним станом батьків та особливостями означеного вікового періоду.

Можливість виникнення тривожних станів, стресу, невротичних порушень у дітей раннього та дошкільного віку досить довго ставилася під сумнів такими фахівцями, як медики, психологи, освітяни. Оскільки, вважалося, що висока пластичність психіки маленької дитини поруч із недостатнім розвитком у неї довготривалої пам'яті перешкоджають формуванню стійких когнітивних чи афективних порушень внаслідок емоційного потрясіння, травмівної події і саме це дозволяє новонародженому, дитині 2-3 років, навіть дитині у 4-річному віці уникати відтермінованих у часі наслідків стресових переживань, психологічних травм тощо [11].

Одночасно з цим психоаналітики обговорювали та обстоювали твердження про ранні психічні травми, які зумовлені подіями, неминучими у житті кожного дорослого/дитини, як то: народження, відлучення новонароджених від материнського молока (від молочних залоз матері), розлуки з матір'ю, сепарація дитини від батьків, народження сиблінгів та багато інших ситуацій.

Дослідження та спостереження науковців в сфері клінічної практики за останні десять років поступово змінюють розуміння та закономірності функціонування психіки дитини дошкільного віку, корегують психологічну сутність проблеми стресових та травмівних подій в житті дитини перших років життя. Однак повної визначеності не досягнуто і на сьогодні. Події, які сталися рік тому (24 лютого 2022 року) також внесли у практику психологів багато питань, особливо щодо посттравматичних реакцій дітей різного віку, зокрема з ООП, але чітких відповідей щодо реакції не надали. Так, науковці і практики стверджують про наслідки збройного конфлікту, але глибину, своєрідність та терапію можна буде визначити через певний період часу. Науковцям потрібен час для збору даних, їх інтерпретації та надання пропозицій щодо якісної психологічної допомоги, супроводу та терапії дитини та/або дитини через дорослого (залежно від віку дитини). Повної визначеності у цих питаннях ще не досягнуто.

Підхід до розуміння стресових ситуацій чи травмуючих подій у житті дитини дошкільного віку з ООП (з порушеннями слуху) часто має початковою («тригерною») точкою для роботи психолога та надання допомоги стан дорослого, близької людини, що перебуває поруч. Фахівцю буде не складно допомогти дитині після з'ясування стану сім'ї, батьків на певний момент часу, наявність обох батьків, стиль виховання, місце проживання (або його зміна), нові умови життя та багато інших факторів. Дитина є дзеркалом родини, вона дублює поведінку, репрезентує усі можливі архетипи, стандарти, правила дорослих, що знаходяться поруч. Часто так відбувається, що у повній сім'ї дитина наслідує, копіює образ не обох батьків, а домінанти («альфи»), тому варто говорити про родинну психотерапію та вплив на дитину через «альфу»-представника.

Відповідно до сучасних досліджень важкий стрес, травмівна подія можуть призводити до розвитку у людини, родини гострих або хронічних хворобливих станів, що впливатимуть на розвиток і формування дитини. Крім того, як було розглянуто у попередньому підрозділі, існують розлади адаптації, що розвиваються у відповідь на вплив менш інтенсивної, але тривалої за часом та пов'язаної зі значними життєвими змінами стресової ситуації.

МКБ-11 визначає гостре стресове порушення як розлад, який відбувається безпосередньо одразу за незвичайно сильним фізичним або психічним стресором, що триває протягом декількох годин, днів і проявляється станами приголомшеності, звуження обсягу свідомості та уваги, дезорієнтованості тощо. Інша форма, що визначається як хронічна, є посттравматичним стресовим порушенням/розладом (ПТСР) [20]. Появі симптомів означеного порушення часто передують латентні періоди, що коливаються від кількох тижнів до кількох місяців після травми, а саме перебіг нестабільного психологічного стану може затягнутися на довгий, кілька років, період.

Характерні загальні прояви ПТСР можна розмежувати на три групи [4]:

1. Епізоди/ситуації повторного переживання травмівної події (нав'язливі спогади, думки, нічні жахіття, «флешбек» симптоми тощо).

2. Прагнення уникати місць, людей та ситуацій, здатних нагадати про травму, а також формування загальної емоційної відчуженості.
3. Поява не наявних, яскраво виражених (помітних під час перших зустрічей) станів перезбудження, настороженості (безсоння, підвищена реакція на збудники, як то голосні звуки, своєрідні світлоплями, панічні атаки та інше) [13].

Підкреслимо, що гостре стресове порушення або ПТСР у дітей раннього чи дошкільного віку активно досліджується саме через призму родини та сімейних відносин. Для дітей дошкільного віку найбільш типовими наслідками таких травмівних ситуацій є регресивна поведінка (енурези, страх розлуки з батьками, страх перед незнайомими людьми, новими місцями, втрата вже здобутих навичок, страх темряви), дратівливість, періодично агресивна поведінка.

Для встановлення повного психологічного анамнезу фахівцю необхідно звертати увагу на невербальні ознаки порушень після травмівних, стресових подій. Наприклад:

- Тривале порушення сну (дитина може описувати сновидіння, що безпосередньо не пов'язані з травмівною ситуацією, або спогади у снах можуть бути повністю відсутніми). Це захисна реакція психіки дитини, яка прибирає, витісняє із пам'яті все те, що викликає біль, дискомфорт, страх, переживання. Від так, сни можуть мати характер нічних жахів, поганих сновидінь, але без жодної згадки про подію-травму.
- Страхи, пов'язані із розлукою з батьками, сім'єю. Таку дитину одразу помітно. Вона прагне сидіти на руках у матері чи батька, постійно переключає увагу співрозмовників на себе (ніби нагадуючи матері/батькові, що «я тут», «будьте уважні», «охороняйте мене» тощо).
- Соматичні скарги (у дитини це можна також назвати «скарги-обман»), щоб привернути до себе увагу старших, щоб поруч хтось

завжди був). Небезпека таких скарг у тому, що організм з часом сприймає їх як больовий синдром і ілюзорні, вигадані проблеми перетворюються на соматичні болі.

Підвищена тривожність, різна негативна психологічна симптоматика, що виявляється вдома, в дошкільному закладі (під час відвідування гуртків, якщо дитина вже почала відвідувати певні установи із розвитковими заняттями) може залежати від обставин, які пережила дитина, ситуацій, які побачила, поведінки дорослих. Саме вище зазначене фруструє і змінює звичні афективні, когнітивні, поведінкові та регуляційні аспекти.

Насилля

Основними наслідками фізичного насилля (дитина відчула на собі, спостерігала його під час воєнного конфлікту) є відсутність контролю за своєю поведінкою, зокрема не регульована імпульсивність, надмірна активність або навпаки – повна інертність (прагнення забитися в куточок, «реакція двох стін»), зниження здатності та бажання до самовираження, відсутність довіри до людей, замкнутість, депресії.

Безпосередньо після травми (фізичної жорстокості, насилля) дитину дошкільного віку з порушеннями слуху можуть турбувати різні «гострі» стани страху, навіть панічних атак. Відтермінованими наслідками фізичного насилля можуть бути садистські нахили, споглядання із задоволенням від болю батьків, тварин тощо [5].

Діти дошкільного віку, що зустрілися із насиллям, можуть на досить тривалий час забути про травмівний досвід, згадуючи про нього вже дорослими, часто, під час неусвідомлених, неконтрольованих актів агресії до коханих людей або під час психотерапевтичної зустрічі.

Діти, які пережили насилля, відчувають себе безсилами, розгубленими, слабкими, їм характерне таке почуття як зниковілість, сором та у більш старшому віці – почуття провини. У розмовах діти зазначають, що поведінка насилля, яка відбулась по відношенню до них обумовлена саме їх поведінкою, характером чи станом родини [12]. Діти зростаючи, особливо без відповідної

психологічної допомоги, терапевтичних бесід, починають вірити у те, що їх тіло, або їх поведінка викликали насилля, стали причиною їх побиття, знущання над батьками/смерті батьків (під час воєнних дій). Наслідком таких думок для майбутнього дітей будуть різні харчові розлади, знущання над тілом аутоагресія тощо. Наприклад, у більш дорослому віці, починаючи з підліткового періоду, діти можуть почати худнути або багато їсти, ховати тіло під довгим, широким одягом, також, їм характерні спроби самокатування (наприклад, порізи лезом рук) чи самопокарання/самознущання. Дитина дошкільного віку, яка пережила насилля по відношенню до себе чи членів сім'ї, стала свідком нанесення каліцтв іншим людям, особливо близьким, відчуває такі ж сильні почуття страху, безпорадності, що й дорослі (страх повторення події, швидке дорослішання, руйнація ілюзій наявності справедливості світу, безпорадність тощо). Пряме ж насилля над дитиною дошкільного віку з порушеннями слуху може виявитися психологічно дуже важким, емоційно «болючим», що проявлятиметься у заціпенінні, небажанні навчатися, рухатися, здійснювати буденну гігієну тіла, встановлювати навіть у безпечному місці дружні стосунки з однолітками тощо.

Сексуальне насилля

Окремо варто розглядати не лише насилля, а саме сексуальне насилля. Оскільки дитина, яка стала свідком, або найгірше – учасником такої травмивної події потребує особливої, інакшої допомоги, ніж за умов насилля (**описано вище*). Дитина у дошкільному віці є вже більш свідомою, ніж дитина раннього віку і здатна відчувати сильні переживання: почуття провини, сорому, безпорадності, жорстокості оточуючих, страх через те, що «всі дізнаються», огиду до власного тіла.

Залежно від того, хто здійснював акт насилля (незнайомий чи знайомий), психологічно ситуація сприймається по-різному. Якщо насилля вчинила незнайома людина, то дитина під час психотерапевтичних зустрічей досить часто описує причину того, що сталося через зовнішні обставини («це були вороги», «війна у всьому винна», «ділянка дороги, дім, що із ворогами були близько до нас» тощо). Якщо винна – знайома людина, то причину дитина зараз, або з часом

шукає в собі (поведінка, характер, образа тієї особи, що вчинила насилля тощо). Стрессова реакція дитини після насилля, що здійснила знайома особа є менш гострою, але триває набагато довше [21].

Психологічну допомогу дітям, що пережили сексуальне насилля, підтримку, терапію, бажано отримувати від людини (тобто психолога) такої ж статі, що й потерпіла дитина. Основними, простими, але вкрай важливими правилами спілкування з такою дитиною є:

1. Не «бігти», «не кидатись» одразу обіймати потерпілу дитину. Краще і доречніше буде взяти за руку або покласти свою руку на плече. Якщо психолог помічає, що це неприємно дитині – варто уникати тілесного контакту.
2. Не вирішувати за дитину, що їй зараз потрібно. Наприклад, поспати, подихати на самоті в лісі, проговорювати почуття замість дитини, які на Вашу думку вона має переживати тощо.
3. Не розпитувати постраждалу дитину про деталі, подробиці події, що сталася, якщо сама дитина не готова про це говорити.
4. Не звинувачуйте дитину у тому, що сталося, прослідкуйте Ваше мовлення, щоб навіть тон його не був подібним до осудження.
5. Давайте дитині зрозуміти, що вона може розраховувати на Вашу підтримку не лише «тут і зараз», а й у інший час, коли вона буде до того готова.
6. Коли дитина починає розповідати події, пережиту ситуацію, спонукайте до діалогу, але не стільки про конкретні деталі, скільки про емоційні переживання. Основна задача психолога – домогтися того, зоб дитина сказала щось подібне до фраз «Це не моя вина, винний злочинець»; «Я зробив все можливе для захисту в цих обставинах» та ін.
7. Якщо постраждала дитина вирішує звернутися до правоохоронних органів, психологу варто туди поїхати разом із постраждалою

родиною та дитиною. Дитині буде потрібна допомога у такій ситуації, щоб пережити травмівні спогади [5], [16].

Смерть близької людини
(зокрема за умов війни)

Окремо варто наголосити на ситуаціях та психологічному стані дошкільника, який став свідком заподіяння шкоди своїм близьким, рідним (вбивство, приведення до самогубства). Такі ситуації є найбільш травматичними для дітей, окрім таких факторів, як безпосередня загроза здоров'ю та життю самої дитини. Травмівне переживання, яке дитина постійно переживає та під час співпраці з психологом описує є стан безпорадності.

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад/порушення)

Дітям дошкільного віку, які перенесли таку травму, в більшості випадків, характерними є більшість із симптомів ПТСР, а саме: нав'язливе, повторне відтворення травматичної ситуації; уникання місць, пов'язаних із подією, або тих, що її можуть нагадувати; підвищена фізіологічна та емоційна збудженість, порушення систем функціонування особистості (афективної, когнітивної, поведінкової, саморегуляційної).

Особливості реакцій дітей дошкільного віку на травмівну подію

Дитина дошкільного віку проходить п'ять фаз розгортання ПТСР:

- розпач;
- заперечення;
- «нав'язливість»;
- опрацювання;
- завершення [15], [19].

Розпач – це миттєва реакція на травмівну подію. Проявляється вона у постійних тривожних станах, зростанні тривоги. На цьому етапі дитина ще не може усвідомити сутність події.

Заперечення – це підсвідомий механізм захисту організму. Дитина намагається уникнути болісних спогадів, ніби забуваючи їх, як такі, що не відбулися, можливо, були побачені у страшному фільмі чи сні. Характерним є

такі ознаки як амнезія, реакції відмови, відсутність сну, нечутливість, розгальмованість, складнощі із концентрацією, навіть під час розмови на буденні теми, соматичні симптоми.

«Нав'язливість»: страхи, що є одноманітними та постійно озвучуються дитиною, емоційна лабільність, постійне збудження, порушення сну.

Опрацювання та завершення є заключними фазами, коли дитина усвідомлює причини події, має можливість проговорити свої переживання, оплакує втрати, має хоча б певні речення, вислови щодо нових планів, бажань на майбутнє.

Панічна атака

Другою, за своєю частотою симптоматикою у дітей дошкільного віку є наявність панічних атак, які подібні до раптового нападу сильного страху. Симптомами є підвищене серцебиття (дитина може описувати: «що серце аж вискакує», «швидко дихаю», «калатає ось тут», показуючи на грудину чи горло), відчуття задухи (брак повітря), пришвидшене дихання, може з'являтися запаморочення, нудота, оніміння рук та ніг, тремор, дитину покриває піт, з'являються запаморочення із судомами (але їх описує виключно дитина за своїми відчуттями). Це не судоми, які характерні для нападу епілепсії.

Панічні атаки досить короткотривалі, зазвичай 5 хвилин (у досить вразливих дітей – до 30 хвилин). Вони можуть посилюватися і тривати довше, коли дитина фізично чи емоційно виснажені [14].

Під час подібних панічних атак необхідно:

- спробувати пояснити дитині про глибоке дихання (спочатку робити це разом із нею), не менше 6 циклів вдих-видих (дуже повільних і в одному темпі);
- попросити дитину описувати те, що вона бачить або чує зараз, що відчуває на запах, попросити доторкнутись до чогось і сконцентруватись на цих відчуттях, тобто розказати «Який той предмет, який зацікавив дитину?» (якщо нудить, то відійти у приміщення, де менше людей, шуму, запахів);

- якщо у дитини є сили, то можна спробувати згадати певну приказку, яку, наприклад, Ви завжди говорили, чи повторити якийсь короткий римований вірш, просто рахувати. Мета – задіяти мислення, щоб емоційний фактор став слабшим. Це допоможе мінімізувати панічну атаку та через декілька хвилин повністю заспокоїть дитину.
- якщо поруч рідні, то обов'язково обійняти дитину (погладжувати по плечах, долонях, спині), або просто спокійно, неквапливо, заколисуючи розмовляти;
- повторювати дитині, що цей стан є неприємним, але він не несе загрози здоров'ю і скоро мине [9].

Важливо пам'ятати, коли поруч не має фахівця (психолога, медика), дорослі повинні діяти, наступним чином, щоб стан дитини нормалізувався. Не потрібно: брызкати на дитину водою, трусити її, давати ляпаси, пропонувати медикаменти і не встановлювати самостійні діагнози про напад епілепсії.

Панічні атаки – не є проблемою когнітивної сфери дитини. Це стан є наслідком надмірного емоційного навантаження та виснаження. Це важливо пояснювати батькам і надавати прості, дієві рекомендації за умов такого стану [4].

Окрім симптомів ПТСР та панічних атак, можна констатувати такі ознаки: деякі діти можуть спати дуже довго; змінювати режим «день-ніч» (вдень спати, вночі вести активний спосіб життя); згадувати травмівну подію, але не обговорювати це із фахівцем; мати різні види регресивної поведінки (енурез, безпорадність, часто плакати, демонструвати хворобливу прихильність до батьків, втрачати навички гігієни та інші раніше набуті навички). Також, після таких травмівних подій, як збройний конфлікт, психологи констатують у дітей тривога, депресії, фобії, дисоціація, тяжкі порушення сну, дратівливість, спалахи гніву; поведінку, яка відтворює окремі аспекти травматичного переживання. Наприклад для дітей до трьох років найбільш характерними симптомами є страхи, сплутаність почуттів, у поведінці – порушення сну, втрата апетиту, агресія, страх перед чужими, незнайомими людьми (наприклад, перед лікарями,

переселенцями у таборах для біженців та ін.), сексуальні ігри на самоті. Для дошкільників характерними є тривога, сплутаність почуттів, почуття провини, сорому, огиди, беспорядність, почуття зіпсованості (за умов фізичного насилля); у поведінці відзначається також регресія, відстороненість, агресія, сексуальні ігри наодинці, мастурбація.

Злість. Агресія. Агресивна поведінка.

Злість та агресія належать до емоцій негативного спектру, які прагнуть бути реалізованими і не дають спокою носієві, тобто дитині до моменту їх вивільнення. Реалізація означених емоцій буває різною. Одній дитині достатньо яскраво проявити на одинці, продемонструвати у присутності оточуючих свої почуття, а інша – пригнічує в собі всі переживання і не дають їм виходу. Обидва випадки, вказують на некоректність навчання дитини в колі сім'ї щодо висловлення емоцій, почуттів, переживань соціально прийнятними способами.

Війна загострила всі емоції, як у дорослих, так і у дітей, в тому числі і негативний спектр. Особистість нині все переживає глибоко, динамічно, яскраво. Більшість з батьків задають собі та психологам питання: «Чи це нормально зараз, що я/моя дитина відчуваємо подібне?», адже зараз потрібно бути єдиними, допомагати один одному, бути гуманними, добрими.

Відповідь психолога на такі питання є однозначною: «Так, це нормальний стан!». Екологічно і нормально по відношенню до власного «Я» сердитися, злитися, відчувати провину, розгубленість та багато інших почуттів. Важливо емоціям давати правильні назви, тобто вербалізувати (відповідно до почуттів «тут і зараз»), проговорювати і звільняти дитину, дорослого від них, залишаючись психічно здоровою особистістю.

Прийнятним способом зробити це правильно – звернутися за допомогою до фахівця. Але можна спробувати допомогти дитині зусиллями родини, близьких людей. Дорослим, які спостерігають зміну поведінки дитини та появу люті, злості, агресії варто пам'ятати такі аспекти:

1. Злість та агресія – базові почуття, їх головна функція – захист. Якщо дитина відчуває гнів, злість, роздратованість, агресивність, отже

вона захищає щось цінне, а саме – себе, свій внутрішній світ, своє «Я». Зверніть увагу, що діти висловлюють гнів в тому випадку, якщо вони відчують себе відстороненими, знехтуваними, забутими, незахищеними, відчують тривогу, страх і образу. Потрібно спільно вчитися керувати почуттями, говорити прості фрази, як то: «Я теж часом сердита. Це є нормально!», «Я також цього не вмію, але навчатися не соромно. Давай разом!» тощо.

2. Змінити у родині ставлення до злості та агресії. «Всі гніваються, сердяться, дратуються, лютують. Це нормально, звичайні почуття, які важливо прийняти, визнати можливість їх існування».
3. Зробити ці емоції у родині легальними, дозволеними: «Так, Я маю право злитися, це дуже, наприклад неприємна ситуація (або «розлютило мене»)!».
4. Надати собі та дитині різні способи вираження негативних емоцій прийнятним способом. Наприклад, можна: використати подушку (покричати на неї, побити руками, ногами, зробити те, що відчуваєте); використати олівець і з усієї силою покреслити папір, альбом (якщо є бажання – навіть помалювати); рвати газети, журнали; виконати будь-які фізичні вправи тощо.
5. Використовувати холодну воду: опустити руки під струмень води чи в певну ємкість, прийняти душ, накласти холодний змочений рушник на ті зони, які за відчуттями та описом людей «палають» [20], [22].

Після того як напруга спадає, наступає стан полегшення – саме тоді варто проаналізувати з дитиною ситуацію! За умов, коли негативні емоції прийнято, легалізовано і відреаговано, настає час обговорення їх, обдумування своїх наступних кроків. Простими але відвертими словами необхідно пояснювати дитині її стан, реакцію дорослих, план-вихід на майбутнє.

Тривога. Тривожність.

У мозку як дорослого, так і дитини функціонує ціла комплексна система тривоги. Вона дає змогу вчасно помічати загрози та запобігати їм. Але, як і будь-

яка комплексна система, вона також може «виходити з ладу», псуватися, формуючи страх там, де насправді небезпеки немає чи змушуючи дорослих, дітей постійно переживати про загрози, які мають низький рівень ймовірності або на які не має впливу. У таких випадках варто говорити про тривожні розлади (фобії, генералізований тривожний розлад та ін.).

Тривога, як емоційний стан має свою унікальну шкалу інтенсивності. Занадто сильна тривога може перейти у більш складні порушення функціонування психіки дитини та дорослого. Коли тривога має занадто високу інтенсивність – життя людини будь-якого віку починає підпорядковуватись цьому негативному емоційному стану. Тривога вже не захищає, а виснажує і заважає жити, виконувати домашні завдання чи хатні справи. Але, переважно, коли фахівці вживають термін «тривожність», йдеться про нормальну інтенсивність – це є захист організму людини. Такій тривозі необхідно дякувати і вчасно знайти підхід, методи контролю або «домовитись» із таким станом [17].

Тіло дитини реагує на стан тривоги такими проявами як – тремор рук і ніг, відчуття ватних ніг, прискорене серцебиття, нудота, головокружіння. Доросла людина може ще зазначити, що у такі моменти перестає відчувати своє тіло цілісно. Тривожність потребує впливу, який розпочинається з тіла, а закінчується мисленням. Першою дієвою допомогою у таких станах можуть бути використані такі вправи:

1. Тілесна частина. Відчуття власного тіла (обійміть дитину, тримайте руками тулуб, плечі, нажимайте на кінчики пальців тощо). Загорніть її у плед якщо дозволяє ситуація, полежіть разом під тяжкою ковдрою, тобто та, яка має більшу вагу. Використовуйте у вправах руки (перехрещуйте їх у спільний замок, стискайте долоні, тріть долоні між собою). З часом покажіть вправу, як почергово переступати з ноги на ногу, рухати пальцями ніг, чіплятися за шкарпетки у взутті або просто ходити. У психологів маніпуляції із тілом та відчуття людини «тут і зараз» в цьому місці називається «заземленням». Воно допомагає

контролювати хоча б власне тіло, якщо ситуація зовні є не стабільною. Доречними будуть і будь-які спільні хатні справи із допомогою дитини, фізична робота – прибирати, мити тощо. Також можна спробувати фізичні вправи (біг, присідання, підстрибування тощо).

2. Когнітивна частина. Без мислення будь-які дії видаються імпульсивним хаосом. Необхідно, по-перше, оцінити ситуацію та місце розташування дорослого і дитини, наявність чи відсутність загрози. Обов'язково, якщо є загроза, дорослий має продумати хоча б два варіанти вирішення ситуації, за можливістю, простими словами пояснити їх дитині. По-друге, якщо загроза відсутня, то необхідно сконцентруватися на певних приємних моментах для дорослого та дитини (те, що заспокоює: говорити з рідними по гучному зв'язку, згадати друзів дитини, кумедні ситуації, пов'язані із ними, випити гарячого/теплого напою, переглянути фото в телефоні тощо) [23].

Якщо тривожність має підвищену інтенсивність, то необхідно звернутись до фахівця, оскільки тут існує ціла низка проблем, які можуть бути у дитини, що загрожують її психічному здоров'ю: фобії, розлад сепараційної тривоги, соціальні фобії, селективний мутизм, панічний розлад, генералізований тривожний розлад та інші. Деякі з окреслених порушень складно подолати батькам, які просто перебувають вдома і намагаються допомогти дитині власними силами, а деякі з порушень потребують не лише допомоги психолога чи психотерапевта, а й медикаментозного втручання. Тому не варто соромитись, а необхідно звертатися до фахівців раніше, як тільки звична поведінка чи реакції дитини змінилися, щоб вчасно розпізнати тривожність, як захисну реакцію або як нав'язливий стан і небезпеку для психічного здоров'я.

Практичні психологи проводять психотерапевтичні сеанси з дітьми, що пережили стрес (під час воєнних подій) і констатують факт фіксації травмивної події у підсвідомості дитини [8]. Основна задача – обережно розкодувати подію,

ситуацію, що викликала нестандартну поведінку через символи, оскільки пряме обговорення може викликати загострення означених вище порушень. Часто діти, які пережили психотравмивні події, не бачать, не усвідомлюють життєвої перспективи («не знаю, що буде зі мною завтра», «День народження? А він у мене буде? Точно?»), втрачають цікавість до раніше улюблених занять).

Для дитини з порушеннями слуху у дошкільному віці пережита подія може стати причиною зупинки особистісного розвитку. Роль батьків у такому випадку є дуже важливою [5]. Необхідно здійснити декілька простих, але важливих кроків до стабілізації та відновлення звичного стану дитини:

1. Давати дитині зрозуміти, що Ви серйозно ставитесь до її переживань, Ви знали інших дітей, які теж через це пройшли («Я знаю одного сміливого хлопчика, з яким теж таке сталося», «Ні, що ти, це не дитячі проблеми. З кожним дорослим таке може статися» тощо).
2. Створювати атмосферу безпеки навіть у «не зручних» для цього місцях (бомбосховища, метро, табори для біженців, модульні містечка). Необхідно обіймати дитину якомога часто, розмовляти із нею, брати участь у її іграх).
3. Переглянути разом із дитиною «добрі» фотографії у телефоні – це дасть змогу повернутися до приємних образів із минулого, спогадів про веселощі, сміх, смаколики тощо. Послабить неприємні спогади, які дитина переживає в даний момент.
4. Якщо дитина схвильована, постійно повертає Вашу увагу, думки у негативні спогади, одну й ту ж подію, намагайтеся змінювати розмову з опису деталей ситуації на почуття. Ви, таким чином, виконаєте роль психотерапевта. Проговорюючи негативні переживання, дитина поступово буде звільнятися від їх впливу.
5. У розмовах допомагайте дитині вибудовувати життєву перспективу (конкретні цілі на конкретні терміни), мріяти про майбутні дії, поїздки, навчання, гуртки, зустрічі тощо.

6. Обов'язково повторюйте, що відчувати розгубленість, безпорадність, страх, гнів є нормально, що Ви також це відчуваєте і не соромитесь цього.
7. Підвищуйте самооцінку дитини (частіше хваліть її за добрі вчинки, за допомогу, за успіхи у навчанні в нелегких умовах та інше).
8. Заохочуйте ігри дитини з піском, водою, глиною (допомагайте таким чином транслювати свої переживання через природні структури, створювати образи та змінювати їх із негативно забарвлених на позитивні).
9. Важливо пам'ятати, що не можна дозволити дитині стати жорстокою, соціально черствою, тиранічною особистістю. Від так, не виконуйте будь-які її бажання з почуття жалості.

II. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА УМОВ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах, зокрема за умов збройного конфлікту, війни відрізняється від звичайної психотерапевтичної ситуації і проявляється через такі аспекти як:

- **Робота із групами.** (Психологу часто доводиться працювати з групами жертв (родини, що втратили годувальника, місце проживання, одного із дітей та ін.). Такі групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони утворюються життєвими проблемами через психотравмівні, стресові ситуації.*
- **Дорослі можуть перебувати у гострому афективному стані,** що ускладнює допомогу дитині раннього та дошкільного віку з ООП, зокрема з порушеннями слуху. Це також не є звичною ситуацією в психологічній практиці.*
- **Різний• соціальний та освітній статус** родин-жертв. Серед постраждалих родин можна зустріти велику кількість людей, які жодного разу не відвідували психолога, не приводили на огляд дитину (навіть для надання допомоги корекційного педагога).*
- **Наявність майже у всіх родин почуття втрати** (близьких, друзів, улюблених місць в місті, які зачинено, роботи, місця проживання тощо).*

Мета та завдання психологічної допомоги за умов травмівних подій в екстремальних ситуаціях, включають профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей родини та, як наслідок, дитини.

Швидка психологічна допомога родинам має ґрунтуватися на принципі інтервенції в поверхневій верстві свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами.

2.1. Психологічний супровід дитини з порушеннями слуху в умовах освітнього закладу

Основні завдання психологічного супроводу дитини з порушеннями слуху під час війни в освітньому закладі визначено нормативними документами МОН України [3]. Аналіз цих завдань дає змогу виокремити основні напрями роботи практичного психолога:

- діагностико-прогностична діяльність;
- психологічна підтримка педагогів;
- психологічна підтримка батьків;
- корекційно-розвиткова робота з дітьми з ООП (з порушеннями слуху).

Зміст роботи практичного психолога щодо кожного з напрямів за умов війни

<i>Напрямок роботи психолога</i>	<i>Сутність роботи практичного психолога</i>
<i>Діагностико-прогностична діяльність</i>	Збір первинної інформації про знання, вміння дитини під час травмивної події, порівняння попередніх результатів із останніми діагностичними даними за напрямками: фізичний стан, мовленнєвий та когнітивний розвиток, цілісність емоційно-вольової сфери, сформованість основних компетенцій навчальної діяльності відповідно до вікової норми. Але за умов травмивних подій цієї інформації може бути недостатньо. Зокрема, для оцінювання поведінки дитини, психоемоційного стану, сформованості соціальних, комунікативних та адаптивних життєвих навичок тощо. Таким чином, з метою отримання більш повної інформації практичний психолог у рамках супроводу дитини проводить власне, додаткове вивчення різних сфер розвитку дитини за допомогою не лише психодіагностики,

	<p>порівняння попередніх результатів (за наявності), а й за допомогою спостереження. Підкреслимо, що діагностична діяльність практичного психолога спрямована на виявлення важливих особливостей психіки дитини за умов травматизації, змін поведінки дитини, які необхідно враховувати в освітньому процесі.</p>
<p><i>Психологічна підтримка педагогів</i></p>	<p>Робота з дітьми з ООП, зокрема з порушеннями слуху, висуває певні вимоги до професійної, особистісної підготовки освітян. Молодий педагог може відчувати страх в момент включення в навчання дітей з особливими освітніми потребами. Від так, необхідно додаткова психологічна підтримка педагогів, що має передбачати: консультування щодо врахування індивідуальних особливостей дитини з ООП в освітньому процесі, особливо за умов війни; надання необхідної інформації про дитину, участь та співпраця у розробці індивідуальної програми супроводу для окремої дитини (індивідуальна програма розвитку); участь в підготовці документів для засідання фахівців психолого-педагогічного супроводу; сприяння створенню позитивного мікроклімату в колективі, проведення заходів, спрямованих на профілактику стигматизації і дискримінації в дитячому середовищі, формування дружнього та неупередженого ставлення до дитини. У рамках реалізації означених завдань практичним психологом можуть використовуватися різні форми роботи: тренінги, семінари-практикуми, бесіди, ігрові зустрічі тощо.</p>
<p><i>Психологічна підтримка батьків</i></p>	<p>Дитина, особливо раннього та дошкільного віку не може бути адаптована та соціалізована «сама по собі», окремо від родини. Від так, велике значення має саме психологічна підтримка батьків. Саме від батьків та їх внеску в процес</p>

	виховання та навчання залежить повноцінний розвиток дитини з порушеннями слуху. Ця підтримка є важливою і з огляду на стан війни в Україні. Крім того, психолог під час роботи із сім'єю, яка виховує дитину із порушеннями слуху, часто зустрічається з різними критичними станами, віковими кризами, порушеннями поведінки, які обумовлені суб'єктивними та об'єктивним факторами, як то травмівні події, збройні конфлікти, стреси тощо.
<i>Корекційно-розвиткова робота з дітьми</i>	Необхідною і найголовнішою складовою психологічного супроводу є корекційно-розвиткова робота саме з дитиною, яка протягом усього періоду відвідування освітнього закладу має бути систематичною, комплексною та індивідуально спрямованою. Загальна мета корекційно-розвиткової роботи – сприяння розвитку дитини, створення умов для реалізації її внутрішнього потенціалу навіть за умов війни.

Важливим етапом психологічного супроводу є власне встановлення психологічних особливостей кожної дитини, її родини. Основними методам для реалізації такої задачі є психодіагностичне обстеження дитини з порушеннями слуху, а саме ознайомлення з документацією, бесіда, вивчення можливостей, шляхом спостереження, проведення тестових методик.

Ознайомлення з документацією.

Цей метод включає збір даних (анамнезу), висновків (за можливості та потреби) педіатра, психіатра, невролога, отоларинголога, офтальмолога, логопеда, педагога та визначення на підставі отриманої інформації стратегії подальшого діагностичного обстеження дитини, як наслідок- структури психологічного супроводу.

Бесіда.

Процедура встановлення контакту, з'ясування важливої інформації про дитину (рівень розвитку, інтереси, здібності, особливості характеру, поведінки, відносини у родині, спілкування з іншими дітьми та ін).

Вивчення можливостей, шляхом спостереження.

Спрямоване на дослідження потенційних можливостей дитини (аналіз малюнків, виробів із різних матеріалів з метою додаткової інформації, що відображає актуальний психічний стан дитини, рівень розвитку сфер особистості. Спостереження може бути також за грою, поведінкою, спілкуванням, станом працездатності, навчанням. Спостереження передбачає оцінку дитини в різному середовищі, у якому вона, зазвичай, функціонує. В умовах війни це є надзвичайно важливим, оскільки дає можливість з'ясувати рівень впливу травмівних подій на дитину, її поведінку, як різні (зокрема – несприятливі) умови та оточення впливають на здатність дитини до навчання, її успіхи чи/та досягнення у певному закладі освіти.

Проведення тестових методик.

Застосування тестів та проєктивних методик спрямоване на вивчення стану, рівня пізнавальних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення), індивідуальних особливостей (інтереси, темперамент, способи сприймання і переробки інформації), міжособистісних стосунків, особливостей сімейного виховання тощо.

Проведення психотерапії та, за можливості, психопрофілактики психологи в освітньому закладі здійснюють у двох напрямках. Перший напрям – це робота психолога з психічно травмованими родинами і дітьми, що відвідують певний заклад (які втратили когось із родини, житло; мають діагностовані проблеми з психічним здоров'ям та ін.), другий напрям – робота психолога з відносно здоровою частиною родин (не травмованими воєнними діями) – у форму профілактики таких станів як [10], [18]:

- гострі панічних реакції/панічні атаки;
- відтерміновані нервово-психічні порушення, рестреси, ретравматизації.

Метою «профілактичної терапії» є також зменшення почуття страху у родин, що є переселенцями, не мають житла, тобто травмованими родинами. Оскільки відомим є той факт, що у кризових, травмівних ситуаціях від страху гине більше людей, ніж від впливу реального руйнівного чинника.

З психологічно травмованими родинами можна проводити терапію як індивідуально, так і в групі. Одним із ефективних групових методів з травмованими родинами і їх дітьми є метод дебрифінгу.

Дебрифінг – метод роботи з груповою психічною травмою. Це форма кризової інтервенції, особливо організована та чітко структурована робота в групах з людьми, які спільно пережили катастрофу (спільну травмівну подію, навіть в різних регіонах) або стресову подію [9].

Саме метод дебрифінг належить до заходів екстреної психологічної допомоги. Він проводиться якомога раніше після події, іноді через кілька годин чи днів після травми. Вважається, що оптимальний час для проведення дебрифінгу – не раніше ніж через 48 годин після події. До цього моменту завершується період особливих реакцій в підсвідомості постраждалого, а після цього періоду учасники травмівної події будуть у стані, в якому повертається здатність до рефлексії та самоаналізу. Але якщо часу проходить занадто багато, спогади стають розпливчастими, нечіткими. У таких випадках при необхідності відтворення пережитих почуттів та станів психологам дозволено використовувати навіть відеозаписи або фільми про подію.

Процедура дебрифінгу полягає у «відреагуванні», психологічної терапії в умовах безпеки та конфіденційності, вона дає можливість поділитися враженнями, реакціями та почуттями, пов'язаними з екстремальною подією. Зустрічаючи схожі переживання у інших людей, учасники отримують полегшення, у них знижується відчуття унікальності та ненормальності власних реакцій, зменшується внутрішня напруга. В групі з'являється можливість отримати підтримку інших учасників.

Мета дебрифінгу у спілкуванні з родинами, що виховують дитину з ООП – знизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Загальна мета групового обговорення – мінімізація психологічних страждань [1].

Для досягнення цієї мети вирішуються такі завдання: «опрацювання» вражень, реакцій та почуттів; когнітивна організація досвіду, що переживається, за допомогою розуміння структури і сенсу подій, реакцій на них; зменшення індивідуальної та групової напруги; зменшення відчуття унікальності та ненормальності власних реакцій, переживань, почуттів. Ці завдання вирішуються за допомогою групового обговорення почуттів; мобілізації внутрішніх та зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності та розуміння; підготовка до переживання тих симптомів або реакцій, які можуть виникнути в найближчому майбутньому після переживання травмивних подій і впливу родини на стан дитини; визначення засобів подальшої допомоги у разі потреби.

Дебрифінг не запобігає виникненню наслідків травми, але перешкоджає їх розвитку та посиленню, сприяє розумінню причин свого стану та усвідомлення дій, які необхідно вжити, щоб полегшити ці наслідки. Тому дебрифінг – одночасно є методом кризової інтервенції, і профілактика.

Проводити дебрифінг психолог може в будь-якому місці, але потрібно прагнути до того, щоб приміщення було зручним, доступним та ізольованим. Ідеальною обстановкою є кімната психолога у школі, просторий шкільний клас, де група ізольована від зовнішніх втручань, таких, наприклад, як телефонні дзвінки. Учасники розташовуються навколо столу. Це краще, ніж традиційна модель групової терапії, коли стільці розташовані по колу з порожнім простором посередині, оскільки остання форма організації простору може бути незвичною і тому сприйматися як загроза.

Дебрифінг не можна назвати стандартизованою роботою психолога в освітньому закладі або методом терапевтичного «лікуванням». Основний зміст – це спроба мінімізувати ймовірність складних, незворотніх психологічних наслідків після стресу, травмивної події. Фахівець, який керує дебрифінгом,

повинен бути знайомий із груповою роботою, з проблемами, пов'язаними із тривогами, травмами. У дебрифінгу прийнято виокремлювати три частини та сім чітко виражених фаз:

1. Частина I – опрацювання основних почуттів учасників та вимірювання інтенсивності стресу, вплив стресу дорослого на дитину;
2. Частина II – детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття захищеності та підтримки як родині, так і дитині;
3. Частина III – мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє [3].

Нижче сформульовані та описані сім фаз дебрифінгу, які використовує психолог у спілкуванні з родинами, що виховують дитину з ООП:

- 1) вступна фаза;
- 2) фаза опису фактів;
- 3) фаза опису думок;
- 4) фаза опису переживань;
- 5) фаза опису симптомів;
- 6) фаза завершення;
- 7) фаза реадаптації [15].

Серед основних стилів психологічного впливу на дитину та родину, які зазнали травми під час війни окрім екстренного, швидкого методу дебрифінгу є директивний, недирективний та частково директивний методи [20].

- I. Недирективний метод переважно використовується з метою спостереження за звичною поведінкою родини, дитини. Психолог не ставить чітких вимог до зустрічі, не пропонує певний тип/вид заняття, тести. На початкових етапах психолог виступає у ролі глядача.
- II. Директивний метод або (спрямований) підхід до серійних зустрічей. Психолог має чіткий план проведення зустрічі, використання певних

методик для дитини чи/та родини, тему подальшого спілкування, кількість зустрічей та їх майбутню тематику.

- III. Частково директивний метод спрямований на дитину/родину, обмежує і спрямовує певною тематикою, але психолог завчасно не готує набір обов'язкових для проведення діагностичних методик. Фахівець «йде за клієнтом», не забуваючи тематику зустрічі для певного дня.

Більшість дітей з особливими освітніми потребами після впливу травмивної події паралельно із дорослими долучається до роботи в корекційних групах (3-4 дитини), але не в режимі дебрифінгу, а через корекційні заняття з психологом. Корекційно-розвиткові заняття можуть проводитися з дитиною з особливими потребами також і індивідуально. У цьому випадку вони являють собою сукупність технік та вправ, спрямованих на корекцію поведінки, травми, стресу та розвиток особистості дитини [12].

Під час проведення занять, незалежно від форми їх проведення (групові чи індивідуальні), психологам слід дотримуватися основних корекційних завдань:

- по-перше, потребують розвитку всі види сприймання, особливо зорове та слухове, на базі яких розвиваються вищі психічні функції;
- по-друге, в контексті розвитку всіх видів сприймання та сфер особистості, окрему увагу концентрують на впливі травми на формування особистості дитини з порушенням слуху;
- по-третє, під час корекції розвитку та навчання дитини необхідно формувати вміння зосереджувати увагу й цілеспрямовано працювати: ставити перед собою мету, усвідомлювати способи її досягнення, адекватно оцінювати результати;
- по-четверте, потрібно розвивати навчальну мотивацію, бажання вчитися, віру дитини у власні можливості та в те, що пережиті страхи скоро будуть позаду.

Здійснення корекційно-розвиткової роботи практичним психологом з дитиною з порушеннями слуху у ранньому та дошкільному віці передбачає:

розвиток та корекцію пізнавальних процесів, формування їх довільності; корекцію самооцінки як важливої рушійної сили формування особистості; корекцію емоційних порушень внаслідок травмівної події та патологічних рис характеру; запобігання психічним перевантаженням; профілактику дезадаптації до закладу освіти (особливо, якщо дитина з родини переселенців); розвиток емоційної стабільності; корекцію міжособистісних взаємин в дитячому колективі; корекцію взаємин «вихователь-учень»; розвиток комунікативних якостей, позитивної соціальної комунікації; стимуляція особистісного зростання.

Успішність корекційно-розвиткової роботи та психологічного супроводу залежить від певних умов, зокрема [4], [8]:

- забезпечення тісної взаємодії практичного психолога з вихователями, іншими фахівцями щодо оптимізації психічного розвитку дитини з ООП;
- створення позитивної психологічної атмосфери;
- встановлення особистісного контакту практичного психолога з дитиною з порушеннями слуху;
- підтримки психічної активності дитини під час заняття;
- урахування динаміки стомлюваності дитини з ООП, особливо після впливу травмівної події чи перебуванні дитини у стресі;
- поєднання різних методів психокорекції, психологічних впливів на одному занятті;
- дотримання принципу системності в корекційній роботі за рахунок гармонійного поєднання всіх напрямів психокорекції та психотерапії на кожному занятті;
- створення ситуації успіху для кожної дитини та ситуацій подолання страхів.

Щоб психологічний супровід дитини з особливими освітніми потребами за означеним алгоритмом був ефективним, практичному психологу важливо дотримуватися наступних принципів: повага до індивідуальних особливостей дитини з особливими освітніми потребами та стресу, який вона пережила;

дотримання інтересів дитини з порушеннями слуху, недопущення дискримінації та порушення її прав через змушене переселення (знайомство з новим класом, новими вихователями, втрати рідних тощо); командний підхід – комплексність психолого-педагогічного супроводу дитини з порушеннями слуху; неперервність супроводу (супровід має бути постійним і неперервним, починаючи з моменту вступу до закладу освіти і до закінчення навчання в ньому); системність та постійність роботи; конфіденційність та дотримання етичних принципів; міжвідомча співпраця – узгодженість роботи дії фахівців; активна співпраця з батьками дитини з порушеннями слуху, залучення їх до освітнього процесу та розроблення індивідуальної програми розвитку.

Дотримання цих принципів є важливим не тільки для відлагодженої роботи практичного психолога, а й дозволяє реалізувати пріоритетні завдання щодо мінімізації травмивного впливу війни на формування особистості дитини: запобігання появи у дитини психопатологічних рис під впливом особливих умов її розвитку; запобігання затримці здобуття знань, заспокоєння дитини, зміцнення її вольових рис; підвищення психологічної компетентності освітян та батьків щодо особливостей дітей, які пережили травмивні події під час війни.

Вирішення вищезазначених завдань, дотримання принципів сприятиме створенню комфортних умов для максимального розвитку потенційних можливостей та ефективній організації роботи психолога з освітянами, сім'ями, які виховують дитину з ООП.

2.2. Психологічна підтримка дітей з порушеннями слуху за межами освітнього простору

З початку війни психологами все активніше обговорюється поняття стресу, стресовитривалості, стресостійкості, травматизації дітей, що переживають війну в Україні. Ці поняття багато в чому визначають, чи виникне в дитини дистрес у відповідь на певні події, чи характеризується її психічний стан витривалістю, стійкістю.

Стресостійкість дитини – це вміння долати труднощі, регулювати емоції та поведінку (як самотійно, так і з допомогою дорослого), розуміти настрої оточуючих, у відповідних ситуаціях виявляти витримку, бути компетентним у своїх емоціях в складних, напружених ситуаціях війни.

Стрес та пристосування до нього у дитини проходить кілька стадій:

1. Стадія мобілізації чи тривоги, яка ще має назву аварійної. У цей період відбувається мобілізація всіх захисних функцій організму та ресурсів дитячого організму.

2. Стадія резистентності, стійкості є стадією своєрідного опору. Якщо причини стресу/стресів на першій стадії не вдалося усунути, в організмі дитини відбувається перебудова і починається витрачання особистісних ресурсів на боротьбу зі стресором, функції організму починають працювати на виснаження.

3. Стадія виснаження подібна до заціпеніння, позбавлення сил і можливостей руху. Дитина не здатна адекватно оцінювати ситуацію в якій нині опинилась, себе як особистість та приймати певні рішення, діючи автоматично [13].

Проходження кожної стадії стресу або її «проживання» залежить від: рівня стійкості дитини, інтенсивності та тривалості впливу стресора, адаптивної гнучкості.

Підсумовуючи важливість та необхідність практичного впливу на стрес дитини фахівців психологів, окреслимо основні наслідки, які він може спричинити особистості дитини:

- *суб'єктивні* – занепокоєння, агресія, депресія, втома, погіршення настрою тощо;
- *поведінкові* – схильність до самогубства, алкоголізму, токсикоманії, емоційних спалахів, імпульсивної поведінки та інше;
- *пізнавальні* – порушення функцій уваги, зниження розумової діяльності, зниження рівня концентрації ;

- *фізіологічні* – збільшення рівня глюкози у крові, підвищення артеріального тиску, розширення зіниць, змінне відчуття спекотності тіла на холод чи навпаки, неврологічні розлади тощо [13], [19].

Розуміючи складність ситуації, часто, неможливість стаціонарно приводити дитину на консультації з психологом, фахівці закликають батьків, рідних, навіть за умов війни, болю, втрат та переживань, бути уважними до своїх дітей. Підтримувати зв'язок в онлайн форматі, обирати спілкування не лише «дитина-психолог», а й «дитина-дорослий», щоб правильно реагувати на проблеми, які можуть бути не очевидні для батьків/опікунів через власні переживання та емоції.

Діти, особливо з ООП, потребують уваги дорослих та їх турботи в двічі більше ніж за умов мирного часу. Г. Даман, розглядаючи переживання батьків як процес адаптації до нової життєвої ситуації, пропонує періодизацію кризових станів емоційної сфери батьків [20]:

- 1) невідомість, невизначеність (стан панічного жаху перед невідомим, переживання шоку, відчуття того, що руйнується звичне «нормальне» життя);
- 2) визначеність (протиріччя між розумінням проблеми на раціональному рівні та її заперечення на рівні емоцій та почуттів);
- 3) агресія (прояв негативних почуттів у вигляді емоційних спалахів, у результаті чого виникає агресія, спрямована на оточуючих);
- 4) активна хаотична діяльність, спроба оволодіти безвихідною ситуацією за допомогою тих засобів, що є у наявності. Виділяють дві основні стратегії такої поведінки: пошук «медичного» помічника – екстрасенса, лікаря-чарівника – чи пошук зцілення шляхом прямого звернення до Бога;
- 5) депресія, переживання почуття безвихідності, апатії та відчаю у зв'язку з марністю зусиль, що були зроблені на попередньому етапі;
- 6) прийняття факту порушення у розвитку, набуття нового сенсу життя;

- 7) активізація, вивільнення сил у результаті прийняття факту порушення розвитку дитини, які раніше йшли на боротьбу та заперечення, активна побудова та здійснення життєвих планів;
- 8) солідарність (об'єднання з іншими батьками, які мають аналогічні труднощі).

Практичному психологу в рамках психологічної підтримки батьків важливо розуміти, на якому етапі знаходиться сім'я, які сімейні ресурси вона має, що може надати в якості допомоги дитині [22].

Під сімейними ресурсами розуміють здібності та можливості сім'ї протистояти стресовим впливам, травмівним подіям, виокремлюючи три види сімейних ресурсів:

- персональні (особистісні) ресурси членів родини. Вони визначаються індивідуальними характеристиками членів сім'ї та їх досягненнями в житті (самоповага, самоефективність, оптимізм);
- внутрішньосімейні ресурси, які включають в себе сімейну згуртованість та сімейну інтеграцію. Сім'ї, які функціонують під час змін як єдине ціле, найбільш успішні в адаптації до труднощів; соціальна підтримка, яка забезпечує емоційну підтримку, повагу. Соціальна сфера слугує «буфером» перед негативними впливами та сприяє оптимальній реабілітації сім'ї по закінченню стресу.

Зважаючи на вище зазначене, метою психологічної роботи з сім'єю є створення умов для соціальної адаптації сім'ї з особливою дитиною за умов травмівної події. Психологічна підтримка батьків – це, передусім, система заходів, спрямованих на:

- 1) вирішення конфліктних ситуацій, що виникають між учасниками освітнього процесу і родиною;
- 2) зниження у батьків емоційного дискомфорту у зв'язку з особливостями розвитку їх дитини і пошук необхідних фахівців за умов стресу, посилення віри батьків у можливість і перспективи розвитку дитини навіть під час війни, у те, що правильно

організований корекційний вплив дозволить оптимізувати подальший інтелектуальний та особистісний розвиток дитини;

- 3) формування у батьків адекватного ставлення до проблем дитини (допомога у побудові реальної перспективи розвитку дитини, визначенні можливих труднощів соціального розвитку, які виникають у певні вікові періоди);
- 4) підтримка адекватних міжособистісних стосунків та стилів сімейного виховання [10].

Основними формами групової роботи з батьками можуть бути семінари, консультації, лекції, збори тощо з питань формування та розвитку почуття батьківської любові, гармонізації внутрішньосімейних відносин, формування позитивних стосунків між батьками та дітьми, інформування про особливості інклюзивної освіти (якщо батьки переселенці і не знають місцевості, освітніх закладів), виховання дітей в родині під час війни, знайомство з прийомами реагування на особливості поведінки як їх дитини, так і її однолітків за умов стресу.

Одночасно взаємодія може організовуватись і в індивідуальній формі (індивідуальні бесіди та індивідуальне консультування он-лайн, якщо зустрічі стаціонарно є складними для родини).

Слід зазначити, що супровід сім'ї означає не тільки підтримку родин, які мають дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху. Це також і формування соціальної позиції щодо створення безпечного середовища для зростання дитини під час збройного конфлікту. Необхідно пояснювати, що діти мають низку компенсаторних механізмів під час травмівних подій. Так, наприклад у ситуаціях кризи діти використовують наступні стратегії оволодіння собою:

- компенсація: розмова з друзями, придбання нових речей, веселі ігри з батьками чи сторонніми однолітками;
- уникнення: втеча, заперечення, так ніби нічого не сталося;

- регрес: замкнутість (заглиблення в себе), отупіння, оніміння, ступор, відмова («я не можу», сонливість);
- конфронтація: емоційне і когнітивне «опрацювання» веде до поступового виходу з кризи. Для того щоб використовувати цей спосіб оволодіння собою, дитині поруч необхідний чуйний дорослий, якщо дорослі не мають бажання звертатися під час війни до психологів, а намагаються справитися із ситуацією самотужки.

Психологічна травма, стрес від війни може змінити уявлення дитини про світ, про себе. Під загрозою є почуття стабільності, безпеки світу (внутрішнього і зовнішнього). Реакція дітей на травмівну подію залежить від ситуації, віку дітей, їх психологічних особливостей, навичок опанування кризових ситуацій.

Травмівні кризи як гострі, так і хронічні сильно впливають на розвиток дитини, залишаючи глибокий слід в її свідомості в разі неадекватної та несвоєчасної допомоги оточення (родини, психолога, освітян).

Форми реагування близького оточення на стресові або кризові обставини, в які потрапляє дитина

*Фаза зіткнення з кризовою ситуацією як несприятлива форма
реагування близького оточення полягає в:*

- запереченні факту кризової ситуації, травмівної події, яку переживає дитина;
- знецінення кризової ситуації;
- активне відволікання уваги дитини від кризової ситуації, «забалакування»;
- попередження кризових ситуацій, гіперопіка;
- гіперболізація значення кризових обставин;
- пошук кризи там, де її не існує для дитини;
- звинувачення дитини у тому, що вона потрапила у кризову ситуацію, переживає травмівну подію;
- покарання дитини за те, що вона потрапила у кризову ситуацію, переживає стрес чи постійно повторює про пережиту травму.

Фаза актуалізації переживань як несприятлива форма реагування

близького оточення полягає в:

- забороні на прояв переживань – заборона плакати, гніватись, ображатися, почувати себе погано, засмученим;
- поспішне заспокоєння дитини, штучне скорочення переживання нею своїх почуттів («не плач», «не рюмсай», «досить вже», «вистачить засмучувати батьків»);
- жалісливе ставлення до дитини, гіперопіка;
- руйнування цілісності дорослого через прояв почуттів у формі дитини (дорослий, який не подорослішав; поведінка дитини з дитиною, замість «дорослий-дитина»);
- покарання дитини через виявлення нею почуттів (заборона на почуття в родині, особливо під час криз, втрат, стресів);
- знецінення переживань дитини, висміювання їх (особливо перед присутніми);
- перебільшення значення переживань дитини, їх посилення (родина тривожних батьків, навіть через маленькі переживання);

Фаза опанування як несприятливі форми реагування близького оточення:

- вирішення замість дитини тих завдань, які виникають перед нею через кризові обставини, травмівні ситуації, які необхідно пережити, але правильно;
- переконання дитини в тому, що вона ще маленька і не зможе сама виправити будь-які наслідки кризової ситуації;
- загострення почуття провини та безпорадності дитини чи інших учасників ситуації;
- замовчування тих ефективних дій, які можна застосувати у кризовій ситуації для швидкої самопомоги дитині самотужки (варіант гіперопіки – «ми самі зараз все зробимо», «зараз все влаштуємо»);
- звуження свідомості дитини, концентрації виключно на факті самих обставин, а не на їх значенні чи на способах подолання;

– несприятливі форми реагування близького оточення під час фази.
Фаза інтегрування досвіду як несприятливі форми реагування близького оточення:

- закріплення у свідомості дитини висновків про ворожість світу та оточуючих людей;
- закріплення у свідомості дитини почуття безпорадності чи провини;
- закріплення висновків про необхідність надмірного контролю за оточуючою дійсністю;
- закріплення висновків про надмірну обережність стосовно оточуючого світу;
- закріплення висновків про небезпечність активного пізнання світу та пріоритетність відмови від ініціатив та дослідів;
- постійне нагадування дитині про кризову ситуацію, дошкуляння чи висміювання її.

Після огляду не коректної поведінки батьків виникає питання щодо протилежної поведінки під час травмівних подій та війни. Доречним буде знову згадати таке визначення як «ресурсні батьки» за умов війни, стресових ситуацій та їх поведінка [6]:

1. По-перше, родина чи той, хто перебуває з дитиною має зрозуміти в якому емоційному стані знаходиться сам. Чи зможе він/вона впоратись сама із внутрішніми переживаннями чи потрібна допомога фахівців?
2. По-друге, треба зрозуміти, яка мама/тато/опікун потрібні дитині. Просто щасливої матері, зокрема у воєнний період – замало. Якщо щаслива мати живе у своєму вигаданому світі, залишивши дитину на бабусю, дідуся, старшу сестру, це не буде дієвим. Дитині потрібна досить задоволена мати в житті якої є місце самій дитині.
3. Нещасна мати й батько, загалом, не щасливі батьки за умов війни, під час будь-яких стресових ситуацій чи змін, щоразу обов'язково нещасливі, але завжди по-різному. Їм завжди гірше, ніж решті, які

опинились в однакових ситуаціях. Такі батьки не люблять щасливі обличчя навіть власних дітей. Веселе обличчя «належить» прибирати, щоб не образити «материнське чи батьківське нещастя», наприклад втрату когось із рідних, житла тощо!

Зовсім протилежна ситуація, коли мати/батько/рідні задоволені та готові ділитися із дитиною почуттями, досвідом, переживаннями. Вони можуть навіть в окупації, або в містах, де кожну годину лунають сирени варити борщ, отримувати радість від процесу, що вони живі, мають домівку, або прихисток, а дитина в такі періоди буде перебувати десь поруч. Це буде найкращий вихід із травмівної ситуації, час, який дитина згадуватиме із приємністю та посмішкою. Ресурсна мама/тато, опікун знає правильні слова, потрібні дії і одночасно думає про щастя своє і дитини. Знаходить компроміс між своїми бажаннями і потребами дитини, ділить час так, щоб вистачало для спілкування з дитиною і час для своїх задоволень, роботи, хатніх справ (тайм менеджмент для батьків»).

III. МЕТОДОЛОГІЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ООП

Конкретизуючи саме психологічний супровід і психологічну допомогу щодо травмівних подій під час війни, доречною є класифікації видів діяльності за М. Хоменко: психологічна діагностика, психологічне консультування, психологічні тренінги, психологічна корекція, психотерапія, психологічна підтримка, лекційні заняття.

Основними засадами здійснення та реалізації психологічного супроводу дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху є:

- по-перше, комунікація у формі безумовного прийняття (дружні рівноправні взаємини з дитиною, прийняття її такою, якою вона є). Дитина – господар становища, але вона не має права поводити себе нахабно, порушувати межі іншої особи, проявляти хамство, зневагу, використовувати нецензурну лексику. Дитина визначає сюжет, тему індивідуальних занять з психологом, на його боці ініціатива вибору й прийняття рішень;*
- по-друге, часткова директивність в управлінні корекційним процесом: відмова психолога від спроб прискорити/сповільнити процес виконання вправ, роздумів щодо певних питань чи тематики завдання, що виконує дитина; мінімальність кількості обмежень і лімітів, що означував психолог у спілкуванні та під час психокорекційних занять, психотерапевтичних сесій (було введено лише ті обмеження, що пов'язані з дотриманням інструкцій у процесі проведення психологічної діагностики);*
- по-третє, дотримання психологом зосередженості, концентрації власної професійної уваги та уваги родини, дитини на тематиці корекційного процесу: на емоціях і переживаннях з метою досягнення відкритого вербального вираження емоційних станів, почуттів, переживань, пережитої травми. Діалогічне спілкування дитини з психологом через прийняття його як рівного.*

На сучасному етапі розвитку психології, зокрема і спеціальної психології, існує широкий спектр психологічних технологій із надання психологічної допомоги, формування психологічного супроводу, корекції та розвитку особистості дитини. У кожному психотерапевтичному підході, природно, існують певні спеціальні цілі. Тим не менше, в процесі розроблення психологічного супроводу варто концентруватися на комплексності, систематичності та мультимодальності використання психологічних технік. Р. Бернс зазначала, що « ... дитяча психотерапія завжди в тій чи іншій мірі інтегративна, в ній більше перетинів і запозичень методів і технік, ніж в психотерапії дорослих». Оскільки, як відмічають Н. Калина, М. Раттер, головною метою психологічної допомоги (дитячої чи дорослої) є допомога особистості здобути самостійність, автономність і незалежність, несуперечливість та цілісність, впевненість у собі, віру в близьких осіб і довіру до себе.

Психологічний супровід, незважаючи на звужену проблематику, що спрямовано на допомогу особам з порушенням слуху, зазначає Т. Скрипник, має бути адресований всій особистості, всім сферам її функціонування й напрямам життєдіяльності, а не окремим проблемам. Крім того, в практичній роботі з дитиною психотерапевтичні заходи настільки тісно переплітаються з психокорекційними, виховними і техніками соціалізуючого впливу, що розділити їх можна лише умовно.

Відтак у психокорекційній і психотерапевтичній роботі, що становлять психологічний супровід і допомогу під час травмівних подій дітям з порушеннями слуху значну роль відіграють саме комбінаторність інноваційно-корекційних технік, як-то поєднання музичної терапії з біхевіоральними методами терапевтичного впливу; кінотерапії як гуманістичного методу з когнітивними техніками; артотерапії з тілесно-руховою й ігровою терапією; казкотерапії з техніками психодинамічного підходу в терапії та інших

3.1. Особистісно орієнтовані методики у роботі психолога за умов психотравми

Для успішного налагодження міжособистісної взаємодії фахівцю необхідно знати основні правила психологічної етики (психології воєнного часу) та вміти доречно використовувати свої знання, досвід. Не пропонувати наполегливо та дирекційно ігри чи казкотерапію дорослій людині, якщо вона до неї не готова, вважає нудною, не відповідною за віком саме для неї тощо.

Психологу варто утримуватися від стандартизації та стереотипів, зокрема [1], [9]:

- Оцінювати співрозмовника по тому, який у нього зовнішній вигляд, як він тисне руку, що і як говорить, як слухає.
- Підступність першого враження в тому, що воно складається за півтори хвилини. Під час першого знайомства вплив відбувається на рівні відчуттів.
- Під час першої зустрічі, знайомстві не варто відводити очі вбік або, навпаки, активно вператися очима в іншого. Перше враження легко зіпсувати неохайним одягом або нечищеним взуттям. Один із важливих аспектів першого враження та спілкування психолога з цивільними. З військовими не є проблематичним бути чи елементи камуфляжної форми, але це виключно за обставин. Завжди доречним одягом буде доброзичлива посмішка, що сприятиме знайомству, комфортній зустрічі.
- Дуже важливо запам'ятати і не плутати ім'я людини. Істина, яку знають не лише психологи, про те, що звук імені людини їй завжди приємний. Якщо психолог протягом зустрічі неправильно промовлятиме ім'я, людина може нічого не сказати, але неприємне враження у неї залишиться». Тому, краще перепитати ім'я співрозмовника, а не вигадувати його.
- Під час першого знайомства важливо правильно тиснути руку. Рукоштовпання повинне бути щирим, енергійним, але не

демонстрацією сили. Першим завжди простягає руку той, кому людину представляють або той, до кого прийшла людина (тобто, часто, це є психолог).

- Під час роботи варто використовувати парфуми, інші засоби косметології тільки з нейтральним запахом.
- Доцільно бути обережним із жестами. Більше половини інформації про людину передається через її міміку, жести, ходу. Наприклад, якщо людина трохи насторожена з приводу зустрічі, вона схрещує руки на грудях, відводить очі вбік тощо. Якщо під час переговорів людина знімає окуляри, розглядає їх, перебирає пальцями по столу, поглядає в різні боки — це демонструє абсолютне небажання слухати і неприйняття того, про що йде мова.

У психологів, які працюють під час війни бувають різні консультаційні випадки, що пов'язані із проявами такої поведінки як, наприклад, раптові сльози, панічні атаки, агресія. Наприклад, якщо дитина, батьки чи інші дорослі під час зустрічі демонструють агресивність, важливо проявити холодну ввічливість. Можна сказати: «Мені здається, що ви сьогодні не в настрої», «Мені здається, Ваші думки зайняті іншими проблемами», «Давайте перенесемо нашу розмову на інший раз» тощо. Ні в якому разі не треба відповідати агресією на агресію, грубістю на грубість, злістю чи роздратованістю на ті ж емоції. Часом можна використати нейтральний, не образливий жарт

Початок розмови, зазвичай, починає, ініціатор зустрічі (батьки, опікуни, діти більш старшого віку). Якщо ініціатива все ж пішла від психолога, то розпочинати краще з нейтральних запитань, а потім вже переходити до змісту запиту, проблеми. Якщо мета розмови — співпраця, то можна, з метою ввічливості обмінятися кількома реченнями і одразу окреслювати коло важливих питань для обговорення. У діловому та психотерапевтичному спілкуванні для визначення ефективності майбутніх зустріч використовують «метод ліфта» (досить популярний у США). Його сутність полягає у тому, що якщо особі, яка звернулася за допомогою вистачить 30 секунд для того, щоб пояснити

психотерапевту, психологу сутність звернення (на початку зустрічі, всередині, наприкінці), можна бути впевненим, що подальша співпраця та терапія буде успішною [21].

Варто наголосити, що психолог має бути дуже коректним із використанням компліментів для дорослих та дозувати їх і для дітей. Водночас комплімент має бути ретельно продуманим, бо співрозмовник, особливо, якщо це дитина легко відрізнити щирість, зацікавленість від стандартного набору фраз, певних виразів кліше. Якщо ви продемонструєте дитині обізнаність щодо успіхів, наприклад, у навчанні, підкресливши щось конкретне й важливе, це буде сприйматися як приємний, вагомий, щирий комплімент.

Дуже важливою є співпраця із родиною, як неодноразово було означено у розділах. Оскільки родина (батько/мати), члени родини (бабусь/дідусь, сестра, брат) чи опікуни знають набагато більше про свою сім'ю, ніж будь-який фахівець (традиції, звичаї, особливості реакції дитини на певні слова, вчинки) і добре обґрунтовані рішення щодо дитини повинні спиратися на ці знання. Члени родини мають залучатися до прийняття важливих рішень, які стосуються життя їх дітей та їх життя. Відтак, фахівцю надзвичайно важливо вміти налагоджувати доброзичливі, довірливі, іншими словами – партнерські стосунки з усіма членами сім'ї.

Партнерство передбачає узгоджені, злагоджені дії фахівця з усіма членами родини, так звану «співпрацю на рівних». Водночас це не означає, що треба завжди погоджуватися з батьками чи іншими дорослими членами родини або завжди шукати вихід зі становища, що буде схвалений чи прийнятний для них. Деякі батьки, наприклад, можуть відмовлятися від партнерства з фахівцем (психологом, психотерапевтом, психіатром, неврологом та ін.). Причин такого емоційного супротиву багато: наляканість, стан шоку, стрес, сила травмивної події, нерозуміння потреб дитини, стереотипи сімейного виховання та стосунків у родині, вороже ставлення до незнайомих осіб, недовіра фахівцю тощо. Однак не всі батьки можуть захистити своїх дітей, навіть якщо їм надають допомогу та підтримку, а головне завдання психолога – це гарантувати безпеку дитини.

Пасивність чи ворожість батьків не позбавляє психолога за умов війни обов'язку шукати шляхи партнерської взаємодії з ними. Проте прагнення до співпраці з батьками за будь-яку ціну не має переважити пріоритету гарантування безпеки дитини.

Таким чином, якщо дорослі члени сім'ї не хочуть налагоджувати з фахівцем (умисно, підсвідомо) партнерські стосунки, він попереджує їх про можливі наслідки такої відмови; письмово інформує керівні інстанції (якщо психолог не є волонтером) про відмову від співпраці та, за необхідністю залучення іншого фахівця, служб (наприклад, служби у справах дітей, психоневрологів, психіатрів тощо). У подальшому психолог продовжує спроби встановлення контактів із сім'єю та співпрацює з іншими суб'єктами, які дотичні до дитини (наприклад, освітяни їх дошкільного освітнього закладу).

Техніки та правила налагодження першого контакту з дитиною та її сім'єю.

Перший контакт психолога з родиною та дитиною, що пережили травмівну подію під час війни може відбуватися за різних умов та обставин:

- після повідомлення від одного з батьків/опікунів;
- під час особистого звернення родини, наприклад, по телефону;
- під час проведення заходів для певних груп осіб (наприклад, переселенців);
- під час звернення певної державної служби з метою відвідування родини (наприклад, за місцем проживання) [1].

Різні обставини першого контакту з родиною обумовлюють ті чи інші особливості поведінки психолога. Водночас, у будь-якому випадку фахівцю слід дотримуватися доцільних прийомів та правил налагодження контакту із родиною [15]:

- 1) необхідно поводитися з родиною (батьком/матір'ю/сестрою/братом/опікуном) спокійно, впевнено та доброзичливо;

- 2) важливо завжди уточнювати, не лише у дитини, а й у членів родини – чи зрозуміли вони те, що ви їм сказали, щоб уникнути непорозуміння;
- 3) ніколи давати оцінок, не оцінювати сім'ю, не використовувати стосовно її членів вислови «ненормальні», «неповноцінні», «не як усі люди» тощо;
- 4) не повідомляти сім'ї, що «в неї є проблема»;
- 5) завжди запитувати в членів сім'ї, як вони себе почувають, як бачать вашу співпрацю тощо;
- 6) вести розмову з сім'єю у формі діалогу, а не монологу фахівця;
- 7) інтуїтивно відчувати, коли потрібно змінити тему, щоб розмова не спровокувала конфліктну ситуацію, ситуацію, що заглибить стан травми, стресу;
- 8) не поводитися і не висловлювати такі думки, щоб сім'я повинна була виправдовуватися;
- 9) бути готовим до таких запитань: «Ви вирішите мої проблеми?», «Чим ви можете мені допомогти?», «Чому ви прийшли до мене?», «Що ви вишукуєте?» тощо.

Дотримуючись зазначених правил, важливо пам'ятати, що метою першого контакту є встановлення партнерських стосунків з сім'єю з дітьми/отримувачем послуг, з'ясування основних потреб сім'ї та збір первинної інформації (психологічний анамнез).

Орієнтовні питання, що можуть бути використані психологом в процесі здійснення комплексної оцінки стану дитини (родини), яка опинилась в травмітній ситуації

Історія сім'ї

1. Чи у когось із членів сім'ї було важке дитинство? У кого саме?
2. Чи хтось переживав травми, стреси, депресії?
3. Чи був хтось із батьків жертвами насильства? (якщо так, то хто і коли).
4. Чи виховувався хтось із батьків в інтернатному закладі? Хто? Як довго?

5. Чи сім'я постраждала від втрат (будинка, рідних). Коли? Де саме? За яких умов?
6. Чи були в членів родини психічні, психіатричні захворювання? У кого? Які саме?
7. Чи наявні в сім'ї тривалі, затяжні конфлікти? Між ким? Причини цих конфліктів? Які, зазвичай, розв'язки?
8. Чи вся сім'я проживає разом? Чи є батьки, діти, які проживають окремо? Чому?
9. Чи часто змінювалися люди, які доглядали за дитиною?

Рідні

1. Хто з рідних бере участь в житті сім'ї/дитини? Який їх вплив на сім'ю/дитину?
2. Чи рідні надають допомогу сім'ї/дитині (практичну, емоційну, фінансову, інформаційну підтримку)? Яку саме?
3. Де проживають родичі з якими спілкується сім'я? Чи далеко від сім'ї/дитини?
4. Чи є рідні, які допомагають доглядати за дитиною?
5. Чи є конфлікт між рідними та як він впливає на сім'ю та дитину?
6. Хто з рідних є авторитетом для сім'ї/дитини?
7. Хто з рідних готовий прийти на допомогу сім'ї/дитині?
8. Чи є рідні, з якими сім'я/дитина хотіла б та не має можливості підтримувати стосунки?

Житлово-побутові умови

1. Чи є в сім'ї житло?
2. Чи загрожує сім'ї виселення? Переселення? Чому? Коли? Куди?
3. Чи нині безпечно житло для дитини, оточуючі?
4. Чи задовільний стан помешкання? Чи потребує помешкання ремонту, переобладнання?

5. Чи має сім'я доступ до основних комунальних послуг (газ, вода, опалення, світло та інше)? В чому є потреба?
6. Чи є в дитини своє місце для ігор, навчання, сну?
7. Чи потребує житло переоблаштування відповідно до потреб дитини? Якого саме?
8. Чи житло не перенаселене? Скільки осіб проживає?

Зайнятість

1. Чи у батьків є постійна робота? Яка?
2. Чи є хтось із членів сім'ї працездатного віку безробітним? Чому?
3. Чи дозволяє режим роботи батьків піклуватися про дитину?
4. Чи робота когось із батьків негативно впливає на дитину? Як це проявляється?
5. Як наявність чи відсутність роботи розцінюється членами сім'ї?
6. Чи вміють батьки планувати власний графік дня? Чи ефективно вони розподіляють час?
7. Чи повторює такий графік у іграх дитина? За ким саме?

Соціальна інтеграція

1. Чи залучена сім'я в соціальне життя громади, де зараз проживає? Який вплив на сім'ю та дитину це має?
2. Чи поінформована сім'я про діяльність соціальних служб, гарячих ліній, де можна отримати допомогу різного спрямування? Якщо ні, які б види допомоги хотіла б отримати?
3. Чи відчувається сім'я ізольованою?
4. Які стосунки сім'ї з сусідами?
5. Чи є в сім'ї друзі? Який вплив на сім'ю/дитину вони здійснюють?
6. Чи отримує сім'я підтримку від громади? Яку саме?
7. Чи є потреби в сім'ї в додатковій підтримці від громади та чи є можливість її отримати?

8. Чи вміють батьки/дитина представляти та захищати власні інтереси? Яких додаткових знань, умінь вони потребують?

Психолог завжди має пам'ятати, що опір є природним явищем та захисною функцією будь-якої людини у випадку втручання в її особисте життя [16]. З метою правильної реакції у арсеналі фахівця завжди має бути низка методик, технік різних напрямів. Далі розглянемо основні сфери особистості дитини (афективну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну, комунікативну та соціальну), можливі напрями роботи психолога та форму взаємодії за умов травмивної події, стресу (війни).

Афективна (емоційна) сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: когнітивно-біхевіоральні; з перевагою гуманістичних (артотерапія, метафористичні картки, тілесно-рухові практики, ігрові методики, драмотерапія тощо).

Форми взаємодії: групові з переважанням індивідуальних форм психологічної допомоги; спільні родинні консультації; консультації педагогічних працівників.

Когнітивна сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: гуманістичні з перевагою когнітивно-біхевіоральних та, за можливістю, психодинамічні (залежно від особистості підлітка, його концентрації уваги, особистісних рис тощо).

Форми взаємодії: групові форми психологічної роботи з переважанням індивідуальних форм.

Поведінкова сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: когнітивно-біхевіоральні та переважно гуманістичні технології.

Форми взаємодії: групові заняття з дітьми дошкільного віку; спільні родинні консультації; консультації педагогічних працівників, залучення їх у групові роботи з дітьми дошкільного віку з порушеннями слух та батьками;

посилена увага до індивідуальних форм психологічного консультування дошкільників.

Мотиваційна сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: когнітивно-біхевіоральні, бажано – психодинамічні (але залежно від віку дитини, особистісних рис тощо), переважають – гуманістичні технології.

Форми взаємодії: групові заняття з дошкільниками, індивідуальні заняття, консультації батьків; консультації педагогів за запитом.

Комунікативна сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: когнітивно-біхевіоральні, гуманістичні.

Форми взаємодії: групові заняття з дошкільниками з порушеннями слуху; індивідуальні спілкування; консультації родини, консультації педагогів за запитом.

Соціальна сфера дитини

Методики та техніки психологічного напрямку: когнітивно-біхевіоральні, гуманістичні.

Форми взаємодії: групові заняття з дітьми; спільні заняття-консультації дітей з батьками, консультації батьків і педагогів

Основні напрями психологічної допомоги дітям з порушеннями слуху, що переживають травмівну подію (за умов війни).

Когнітивно-біхевіористичний напрям містить у собі два вектори психологічної терапії, допомоги дитині та її родині, які часто психологи використовують разом для ефективної реалізації психокорекційної та психотерапевтичної роботи [15].

Біхевіоральний, або більш відомий у побутовому обігу як поведінковий, психологічний вплив на особистість дитини має на меті організацію, створення, забезпечення таких умов для особи, щоб вона могла навчитися певним новим діям, реакціям та, в подальшому, змінити поведінку. Забезпечення нових умов для такого навчання – це створення й нових стимулів, якими дитина, навіть ціла

родина оволодіває в процесі контрольованих психологом тренінгів. Дитина з порушеннями слуху в такому випадку є, з одного боку, пластичною фігурою, яку ліплять і формують, а з іншого, творцем, художником, який сам створює своє майбутнє. Психолог виступає як наставник, порадник, вчитель, який або є моделлю для наслідування (для дитини), або створює, дає зразки відомих людей для наслідування (можливо, друзів, осіб з близького оточення, батьків тощо).

Основними техніками психолога в цьому напрямі є переконаність, твердження, що певні поведінкові дії, реакції є результатами та наслідками впливу самої дитини на свій стан. Техніки досить зручні для консультацій з батьками, оскільки можна продемонструвати, що дезадаптивна (агресивна, панічна) поведінка дитини є результатом неправильного пояснення травмивної події дитині, вибір позиції невтручання батьків у процес виховання під час війни тощо. Так, основними технологіями цього напрямку є прийоми перенавчання. Наприклад, навчання зумовлене, що відбувається на основі поєднання й використання стимулів або навчання оперантне, що ґрунтується на основі вибору стимулу з позитивним підкріпленням.

Когнітивний напрям у психологічній допомозі та психологічній терапії пов'язаний з пізнавальними структурами психіки. Психолог працює переважно з особистісними конструктами та логічними здібностями дитини з порушеннями слуху. Когнітивний напрям сконцентований у трьох різних напрямках:

- когнітивна терапія за А. Беком,
- реалістична терапія за У. Глассером,
- раціонально-емотивна терапія за А. Еллісом [18].

Когнітивна психологічна терапія спрямована й може бути використана в роботі з дитиною дошкільного віку за складних депресивних і невротичних станів, емоційного напруження тощо. Під час роботи з групою дошкільників, чи індивідуального спілкування, технологія полягає в спеціально організованому спілкуванні, що містить подібні питання: «Що станеться, якщо ти...?», «Чи втрачаєш ти щось, якщо скажеш...?», «Чи стане гірше, якщо ти довіришся мені /іншому...?», «Що ти втрапиш, якщо ...?». Поступово спілкування має

переходити на такий рівень, коли у дитини зникають «захисні бар'єри», знижується самокритика, й сама дитина пропонує шляхи вирішення власних проблем, переживань. У когнітивній психологічній терапії важливо відчувати дитину, налаштуватися на одну «хвилю», допустимими є жарти, іронічні зауваження, дотепи тощо.

Реалістична психологічна терапія є доречною під час роботи з дитиною, яка має поведінкові порушення, зокрема агресивну поведінку (фізичну, вербальну), порушення емоційних реакцій, зміну модальностей чи вектору емоцій, оскільки використовується з метою навчання, формування та закріплення відповідальної, адекватної, реалістичної поведінки в певних конкретних ситуаціях (переважно швидкого, екстремального реагування тощо). Досить результативна в процесі спільних сімейних консультацій у роботі з однолітками, які використовують булінг один до одного (чи один з них є ватажком певної групи, а інший – жертва).

Головною метою означеного психологічного напряму є допомога дитині стати емоційно стабільною, витривалою, стійкою в екстремальних ситуаціях, реагувати не за допомогою перших рефлексивних реакцій, а використовуючи особистісні регуляційні механізми [22]. Послідовники реалістичної психологічної терапії зазначають, що психолог дещо втрачає свій звичний функціональний обов'язок, і наближається до позиції вчителя, оскільки невідсторонений у процесі психологічної допомоги, проявляє співчуття, емпатійність, сенситивність. Однак водночас психолог залишається зразком дорослої поведінки, проявляє вимогливість і демонструє на власному досвіді приклад поведінки адекватних емоційних реакцій.

Одним із провідних інструментів психолога в роботі з дитиною дошкільного віку у межах реалістичної психології є послідовність терапевтичних кроків:

- Дружні стосунки з дитиною та побудова відносин «Я тобі друг, але я також і дорослий», без «панібратства» тощо. Основа спілкування

- це не вседозволеність, а насамперед прийняття дитини, вміння слухати й щиро проявляти піклування.
- Заохочення дитини оцінювати його власну поведінку, емоційні реакції, почуття.
- Згадуючи минулі події (травмівні, стресові) продумувати альтернативні дії, шляхи виходу з проблеми тощо.
- Означити зміни, які потрібно здійснити в найближчому майбутньому, придумати покроковий план спільно з дитиною.
- На кожних індивідуальних наступних сесіях дитина (можливо навіть у спільній терапії з батьками) має розповісти про успіхи й невдачі згідно з планом-змін.
- Якщо дошкільник намагається демонструвати зверхність, нахабність, висловлює образи – психолог має бути жорстким, але разом не застосовувати ні фізичні покарання, ні будь-які інші.

Раціонально-емотивна психологічна терапія ґрунтується на ірраціональному розумінні, уявленнях дитини про навколишній світ, життєдіяльність, процеси соціалізації, що були неправильно засвоєні в дитинстві (в період травми) не від значимих дорослих, а в процесі соціальної катастрофи, родинного виховання під час травми. Головною метою й завданням психолога в процесі занять з дитиною є визначення помилок сприйняття, так званих «пасток свідомості», психологічна корекція та психологічна терапія переконань, уявлень, норм. Психологу важливо сформувати соціальний інтерес, процеси саморегуляції, толерантності й терпимості, соціальної гнучкості, зацікавленість у власному «Я» дитини, скоригувати адекватне самосприйняття тощо [19].

Підкреслимо, що раціонально-емотивна психологічна терапія – директивна щодо позиції психолога. Фахівець має пояснювати, переконувати, викликати прихильність, довіру дитини, стати неспростовним авторитетом для нього, який буде роз'яснювати помилкові судження як доросли (батьків, опікунів), так і дитини, твердження, їхню невідповідність, неточність тощо. Цей вид терапії є дуже ефективним і дієвим у спільному сімейному консультуванні

(співпраця дошкільник з родиною), консультуванні осіб, що мають конфліктну ситуацію у родині, суперечності між дошкільником і опікуном тощо.

Варто також зазначити, що вибір будь-якого типу психологічної корекції, терапії визначається не лише характером психологічної проблеми, особливостями вікового статусу особи, з якою працює психолог чи специфікою отриманих результатів психологічної діагностики, а насамперед можливостями психолога (досвідом, практичними навичками, володінням методиками, техніками та ін.). Часом, психологи діють у кооперації з іншим психологом, соціальним працівником тощо, оскільки для дитини з порушеннями слуху, дитини з ООП та їх родин важливими є не амбіції психолога, а допомога, кінцевий результат психологічного супроводу.

Психодинамічний напрям і психодинамічні методики, які допустимо використовувати в процесі психологічного супроводу за умов війни, засновані на принципах впливу минулого досвіду дитини на формування його світорозуміння, «Я-образу», життєвої концепції, поведінкових та емоційних реакції в теперішньому. У контексті означеного напрямку психолог має працювати з такими динамічними аспектами особистості дитини з порушеннями слуху як мотиви поведінки й діяльності, внутрішні суперечності та конфлікти, «Я-концепція» та її формування. Основними завданнями психолога є: по-перше, встановити основні мотиви поведінки в певних ситуаціях, окреслити захисні механізми та способи поведінки в емоційно напружених ситуаціях і доступним способом інтерпретувати це дитині та батькам, пояснити особливості його дій та помилок у спілкуванні з оточенням, специфіку особистісних проблем (за наявності), зокрема і з самооцінкою тощо. По-друге, психологу необхідно посилити позитивні аспекти особистості дитини (особливо захисні механізми під час травми) з метою формування, стабілізації «Я-образу» й емоційної, поведінкової сфери [16], [17].

Серед класичних прикладів психодинамічного напрямку варто зазначити аналітичну психотерапію К. Юнга, індивідуальну психотерапію А. Адлера та ін. Так, К. Юнг зазначав, що психологу необхідно подолати будь-

яку однобічність у розвитку особистості, зокрема особистості підростаючої дитини, особливо ті аспекти, що пов'язані з відстоюванням ідеалів, стереотипів поведінки й запереченням «темної сторони особистості». На думку вченого, основна мета психолога – це синтезувати свідоме й несвідоме особистості.

А. Адлер вважав основними цінності, цілі, майбутнього, уявлення, висновки особистості, що опинилась на терапевтичній розмові з психологом. На думку вченого, особистість є неподільною єдністю, цілісністю й частиною суспільного. Відтак велика увага психолога була сконцентрована на міжособистісних проблемах особистості, на задоволеності життям, що залежить від соціального інтересу й ставлення суспільства до особистості. Згідно з адлерівською психологією, проблемні аспекти, що формують негативне ставлення особистості до життя – це недовіра, недостатність впевненості в собі та себелюбність [7]. Послідовники А. Адлера та й сам вчений наголошували, що перед початком будь-якого психологічного втручання чи психологічної допомоги необхідна психологічна діагностика, оскільки важливе значення має інформація про особливості сімейного виховання (де зростала до збройного конфлікту дитина), звички, що прийнято в родині вважати нормою (за умов миру, та з моменту початку війни), що осуджується й вважається неприйнятним, загальні засади виховання тощо.

Згідно з психодинамічним напрямом основна роль психолога (психотерапевта) є досить фіксованою й має характеризуватися нейтралітетом (нейтральне ставлення до висловів, подій, які розповідає дитина, батьки, рідні дитини та загалом до особистості), відстороненістю (погляд зі сторони, заборонено емоційне включення в процес терапії), невтручанням. Важливим також має бути вміння психолога бути частково закритим, вміти працювати з такими психологічними категоріями як «перенос» і «контрперенос», бути спостережливим та адекватно аналізувати, інтерпретувати вислови дитини та дорослих.

Класичний психоаналіз включає 5 базових психотехнік [16]:

1. *Метод вільних асоціацій* – асоціації, які характеризуються мимовільністю, випадковістю (ненавмисне, без підготовки спали на думку дитини/дорослого); випадкові слова, вислови, які можуть відображати переживання дитини/дорослого. Для психолога важлива поява вільних асоціацій, їхнє змістове наповнення й послідовність.
2. *Роз'яснення сновидінь* – цікава, однак не завжди інформативна техніка, оскільки від пробудження до зустрічі психолога з дитиною проходить великий проміжок часу. Дитина, особливо дошкільного віку, може додумати, вигадати, забути сон тощо. Загалом сон є інформативним і цікавим для аналізу психолога, оскільки містить витіснені, неусвідомлені переживання, події особистостей. Під час сну захисні механізми свідомості послаблюються, й особистість за допомогою психолога може зрозуміти приховані переживання. Але цей метод краще використовувати із дорослим, наприклад під час співпраці із батьками.
3. *Інтерпретація* – тобто процес роз'яснення, що має три етапи (складові) – роз'яснення (означення, ідентифікація); розмірковування (обговорення значень) та переклад, переважно батькам, більш зрозумілими образами, висловами, картини, яку проаналізував психолог.
4. *Аналіз опору* – це внутрішні сили дитини будь-якого віку, які стають на супротив, опозицію до спілкування чи будь-яких дій, висловів психолога. Часто причини опору особистість визначити не може, зазвичай – це несвідоме уникнення болісних аспектів, подій, спогадів, тривоги, вини чи сорому. Він може бути свідомим і несвідомим. Це певні захисні реакції, які дитина, яка пережила травмівні події, використовує і в повсякденному житті. Крім того, діти дошкільного віку, як захисний вид реакції часто використовують хворобливі стани, погане самопочуття, прохання вийти до вбиральні, більш старшого віку,

навіть втечу із зустрічей з психологом, зміну теми або темпу розмови, вередування, сльози, вимогу покликати батьків тощо.

5. *Аналіз перенесення* – переважно несвідоме явище. Пояснюється певними почуттями до психолога, як до особи, яка певними аспектами (стилем мовлення, рухами, певними деталями зовнішності) нагадує особу з минулого. Перенесення може бути стійким і нестійким, позитивним і негативним. Однак їхній аналіз і фіксація на певному визначенні (наприклад, дитина агресивно ставиться до психолога) допомагає визначити особливості поведінкових реакцій та основних переживань дитини, які вона пережила за період війни тощо.

Техніка роботи психолога в означеному напрямі містить такі обов'язкові процедури: по-перше, встановлення правильних стосунків між психологом і дитиною з порушеннями слуху, аналіз та вироблення особистісної динаміки досліджуваної родини, дитини; заохочення самопізнання, сприяння психолога саморозумінню родини, дитини й поступова переорієнтації (формування нових якостей, поведінкових реакцій, ставлення до когось із рідних, до самого себе, до події тощо).

Гуманістичний напрям психологічної допомоги заснований на психологічній корекції та терапії почуттів, емоцій, переживань особистості дитини, її родини за умов травмівних подій, таких як війна. Гуманістичний підхід – це визнання особистості та її досвіду як найвищої цінності [7]. Гуманістичний напрям має декілька різновидів, підходів: екзистенційний, гештальт підхід (гештальт-терапія) та центрований на особистості підхід (або як його ще називають роджерівський підхід). Окремими підходом у гуманістичному напрямі розглядають всі види артотерапії (казкотерапія, ігрова терапія, акватипія, музична терапія, лялькотерапія та інші).

Екзистенційний підхід у гуманістичному напрямі є психологічною терапією, яка спрямована допомогти дитині усвідомити свою унікальність, різницю та межі між своїм «Я» та «Я» сторонньої дитини або дорослого; сформувати комунікативну компетентність, здатність вибудовувати діалогічне

мовлення та тривалі комунікаційні зв'язки. Як підкреслюють фахівці, які практикують саме цей напрям, головна увага й мета психолога – концентрація на теперішніх проблемах і переживаннях дитини, на тому, що є актуальним для її «Я» [5]. Найбільші труднощі, що можуть виникнути у роботі психолога в цьому напрямі – це вміння поєднувати розуміння, прийняття дитини такою, як вона є з можливою конфронтацією, тобто певною обмеженістю віри дитини в людей, в доброту, навіть в себе, в свої можливості (психологи для цього використовують термін – «обмежене існування») [19]. Часом, психологу складно переконати дитину з порушеннями слуху, що образа дорослого, який також зазнав травмивної події – це не є кінцем життя, це не умисне і на закономірне ставлення усіх дорослих, що існує багато важливого, чому так могло статися, але звичайно, така поведінка не є виправданою.

Наприклад, українські психологи І. Луценко, І. Коляда, Г. Нестеренко застосовують різні допоміжні техніки, використовуючи екзистенційний підхід (наприклад, малюнок, вибір предмета для заспокоєння та перенесення почуттів на цей об'єкт, частково метафористичні карти) [8]. Представники європейської та американської екзистенційної психології заперечують та осуджують використання й застосування будь-яких психологічних технік у екзистенційній психотерапії [22]. Науковці акцентують увагу на процесах усвідомлення дитиною травмивних подій і відкиданні усіх інших аспектів на момент терапії.

Гештальт-психотерапевтичний підхід акцентує увагу на посиленні та закріпленні сильних аспектів у структурі особистості дитини з порушеннями слуху. Головна мета й завдання психолога – це знайти основні переваги, вміння дитини, , що допоможуть дитині справитися зі стресом, допомогти реалізувати своє «Я», ґрунтуючись на сильних аспектах, заохочувати самопізнання та самореалізацію. Психолог, що працює з методами гештальт-терапії, виступає в ролі каталізатора, помічника, який об'єднує елементи «Я-образу» («Я-ідеального» та «Я-реального»), інтегрує їх в особистості дитини з порушеннями слуху, допомагає пережити травмуючі емоції та навчити дитину способам адекватного вираження, сублімації чи переживання. Батьки дошкільників під час

індивідуальних і групових (батьки та дитина) консультацій надають перевагу саме цьому підходу, оскільки ще з дитинства мають низку не «прожитих», травмуючих спогадів та емоцій. Гештальт-терапія є дієвим методом зрозуміти себе, свої переживання, пережити, відчути їх знову, але за допомогою супроводу фахівця, який скорегує процес емоційного вираження, поведінкових реакцій і допоможе надалі із процесом побудови стосунків у родині, між дорослими та дітьми, між поколіннями дорослих, у побутовому спілкуванні тощо.

Центрований на особистості підхід, засновником якого був К. Роджерс, основою психологічної допомоги виділяє особистісні зміни, які супроводжує психолог [4]. Психолог сприяє особистісному зростанню дитини (в різних його сферах і за різних умов), однак проблеми має розв'язувати сама особистість. Психолог у роджерівському розумінні є певним наглядачем, що створює відповідний психологічний клімат, умови для формування тієї чи іншої навички або її мінімізації, поведінкової реакції тощо. Увага під час індивідуальних консультацій з дитиною дошкільного віку чи батьками концентрується не на проблемах особистості, а на її загальному розвитку, формуванні, становленні й успішній соціалізації, зокрема під час травм та стресів. Підхід ефективний під час роботи з педагогами та батьками в групових консультаціях. Також ефективним є під час групової роботи з дітьми одного віку (з одного класу, в одному пункті, куди були переселені декілька сімей тощо) щодо певної конкретної тематики, проблеми (наприклад, «Що таке злість, як її проявляти і як Ви це робите?» або «Співчуття у моєму оточенні і житті», «Воєнні дії, як бути спокійним» та ін.). Роджерівський підхід найактуальніший серед психологів у процесі розв'язання конфліктів, травмівних подій і поведінкових проблем у процесі психологічної допомоги, супроводу дитини, зокрема і родин за умов воєнних дій на території держави.

Артотерапевтичний підхід і технології мають низку переваг у роботі з дітьми раннього і дошкільного віку, оскільки артотерапія може бути використана як:

- діагностичний метод;

- превентивний метод певного поведінкового порушення; раннє втручання у формування певних емоційних реакцій тощо;
- Робота зі стресами та складними поведінковими реакціями за умов травмівних подій;
- розвитковий метод;
- корекційно-терапевтичний метод.

Варто також відмітити уніфікованість артотерапії (широкого спектру технологій), яку можна використовувати в роботі з дітьми з порушеннями слуху, зважаючи на вік (ранній чи дошкільний), гендерні характеристики, інтереси та вподобання дитини тощо.

Основна мета артотерапії – це вираження емоцій і почуттів; пошук нових форм взаємодії з однолітками та старшим поколінням; підтвердження власної індивідуальності, робота зі складними емоційними переживаннями, як то провина, втрата, насилля тощо. Психологи в роботі з дітьми з порушеннями слуху використовують три напрями артотерапії:

1. Активна – дитина сама створює продукти творчості: малюнки, колажі, скульптури, казки, ляльки тощо.
2. Пасивна – дитина у співпраці з психологом використовує художні твори, створені іншими особами, розглядає картини, переглядає фільми, прослуховує музичні твори, використовує метафористичні карти тощо.
3. Змішана – дитина у співпраці з психологом використовує існуючі твори мистецтва для створення своїх продуктів творчості, доповнюючи їх, змінюючи тощо.

Застосування артотерапії в роботі з дітьми, що пережили травмівну подію, з батьками та педагогами має широкий спектр: під час формування певних сфер особистості (емоційної, поведінкової, мотиваційної, вольової); за умов психологічної травми чи посттравматичного стресового розладу; в кризових станах; у ситуаціях міжособистісних конфліктів тощо.

Серед найпоширеніших видів артотерапії є музична терапія, бібліотерапія, драмотерапія, ігрова терапія, ізотерапія, маскотерапія, створення колажів, пісочна терапія, кольоротерапія, казкотерапія, фототерапія, глинотерапія, метафористичні карти та багато інших. Зазначимо, що діти молодшого віку надають перевагу ізотерапії, пісочній терапії, ігровій і казкотерапії. Старші дошкільники з порушеннями слуху, навпаки, сильно дратуються, коли психолог їм пропонує глинотерапію або пісочну терапію, однак із задоволенням виконують роботи з колажами, озвучуючи процес їхнього створення, також серед пріоритетних видів артотерапії у дітей цього вікового періоду виокремлюються драмотерапія, маскотерапія та фототерапія.

Більшість сучасних психологів використовують розповсюджені артотерапевтичні методики, часто нівелюючи тілесно-орієнтовану терапію в практичній роботі з дітьми, що пережили стрес. У спеціальній психології цьому напрямку приділяється недостатньо уваги та розробок, здебільшого вони пов'язані з типами психологічного супроводу чи допомоги дітям аутичного спектру чи особами з комбінованими порушеннями розвитку. Тілесно-орієнтовані методики є також корисними, актуальними й дієвими в роботі з дітьми з порушеннями слуху у комбінації з артотехнологіями.

У психологічній практиці та наукових пошуках метод тілесної терапії досліджували Ф. Александер, А. Лоуен, В. Райх, І. Рольф, М. Фельденкрайз, Т. Ханна та інші [11], [23]. За результатами власних досліджень, можна визначити низку чинників, які є водночас і причинами використання психологами в сфері спеціальної психології методів тілесної терапії в роботі з дошкільниками з порушеннями слуху:

- тілесний досвід як необхідна складова щоденного, побутового існування будь-якої особистості, як умова повноти й цілісності життєдіяльності;
- тіло не має сприйматися як «сором» чи «страх», а як певне втілення структури особистості;

- тіло може вказувати на психологічні проблеми особистості, зокрема в сфері емоцій;
- тіло є інструментом і засобом впливу на особистість та формування її структури.

У спеціальній психології тілесна терапія з дошкільниками досить часто обмежується розумінням фізичних вправ, фізичної культури або повним нівелюванням як методу психологічної корекції чи терапії. Під час мультикомплексного психологічного супроводу дитини з порушеннями слуху та консультацій з батьками, мета й завдання тілесної терапії суттєво відрізнялися від тих, що є в основі фізичної підготовки, фізичної культури. У тілесно-орієнтованих вправах основний психологічний акцент зміщується на поєднання емоцій з тілесними відчуттями в момент спогадів, теперішніх актуальних переживань певного почуття, переживання, травмівної події; поєднання емоційного стану з відчуттями тіла (усвідомлення емоції на тілесному рівні). Методики тілесної психологічної терапії є комплексними складовими інших артотерапевтичних методик, часто тілесну терапію інтегрують й в інші напрями, наприклад, гештальт-терапію або клієнто-центровану терапію.

Найдієвішими техніки тілесної терапії є під час використання психологами в роботі дошкільниками з метою подолання певних негативних рис, переживань особистості, неадекватних емоційних реакцій особистості дитини тощо. Зокрема, використання такого виду терапії буде доцільним із метою зниження рівня агресивності; підвищення рівня емпатійності; психокорекції алекситимічних проявів, акцентуйованих рис особистості та невротизації; формування адекватної векторності емоцій (полюсність емоцій і почуттів) та їхнього адекватного прояву щодо оточення.

Засновник тілесної терапії В. Райх констатував, що будь-які емоційні порушення особистості, навіть причиною яких є травма, несформованість емоційної сфери чи емоційного інтелекту, мають причину, що викликана тілесними, м'язовими «утисками» («м'язовий панцир»). Руйнування такого «панциру» допомагає психологу впливати на особистість та її емоційний стан,

корегувати поведінку, формувати самоконтроль й емоційний контроль, особистісну саморегуляцію, змінюючи вищезазначені аспекти на більш соціально прийнятні або такі, що позитивно впливають на функціонування особистості. «Робота з тілом людини створює можливості психологічного терапевтичного впливу «поза свідомістю», що дає змогу знайти причину проблем, отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого особистості», зазначав вчений.

Тілесно орієнтована психологічна терапія дошкільників досить складний, поетапний процес. Перші етапи можуть характеризуватися низкою складнощів: по-перше, діти, можуть не мати досвіду виконання таких вправ і не знатимуть, не хотітимуть їх виконувати (особливо без присутності батьків); по-друге, діти можуть боятися виконувати вправу, особливо якщо в парі, наприклад, буде стояти незнайома людина. Діти, які не займалися додатковими фізичними заняттями (танці, фізичні гуртки, просто самостійні заняття), часто мають порушення просторової орієнтації, незграбні, рухи не плавні, різкі, погано володіють своїм тілом, що також є перепорою виконання вправ, які пропонує психолог. Дошкільники, почувши від психолога, що зараз буде фізична вправа, одразу ставляться із цікавістю, але пізніше зіштовхуються із складністю. Особливо, коли вправа не вдається, починають відмовлятися брати участь, переживають, що не вдається виконати її, сумніваються у своїх уміннях тощо. Варто відзначити, що вправи з тілесної терапії є переважно новим досвідом у житті дитини, тому вони не розуміють інструкції з першого разу, не досить чітко виконують ігрові завдання.

Під час перших групових занять з дитиною, з дитиною і однолітками, з дитиною і батьками, доволі часто можна зафіксувати, прояви агресії один до одного. Наприклад, якщо це гра пов'язана з плесканням у долоні чи по плечу, вони вдаряють набагато сильніше, ніж цього вимагають правила. Однак такі поведінкові прояви є додатковим психодіагностичним аспектом для психолога щодо стану емоційної сфери дитини на даний момент (на момент після травми). Під час постійних або часто повторюваних занять з тілесно орієнтованими

вправами (ігри, дихальні вправи), їхніх обговорень, як групових, так і індивідуальних, діти звикають і поводять себе інакше. З часом, вже можна діагностувати, які вправи їм подобаються, а які не викликають бажання до подальших повторів, дратують або ж викликають негативні переживання. Часто вправу, яка найбільше сподобалась, дошкільники просять провести ще раз, самі організують її виконання в час дозвілля, під час очікування занять, розповідають або показують батькам. Таким чином, дитина з ООП, зокрема з порушеннями слуху, проявляє ініціативу, висловлює свої емоції та переживання. Також варто відзначити, що діти старшого шкільного віку більше налаштовані на процес виконання тих чи інших вправ, а діти дошкільного віку – на результат. Діти молодшого віку прагнуть винагороди, щоб їх похвалили, розподілили місця, визначили першість тощо. Старші надають перевагу розмовам та обговоренням певних аспектів, що відбувалися, ставлять питання, що їх непокоять під час вправи, після чи протягом дня (однак згадали ці питання вони саме в процесі виконання тілесно орієнтованої вправи).

Тілесно орієнтовані вправи досить складно використовувати в роботі з батьками, вони закриті, часто відмовляються, навіть не спробувавши. У груповій роботі з педагогами, навпаки – вправи проходять досить легко, з обговореннями та зацікавленістю. Переважно для більшості дорослих подібний тип вправ також є новим емоційним, чуттєвим досвідом.

Незалежно від того, який напрям чи комбінацію підходів буде використано психологом у роботі з дітьми з порушеннями слуху та їх батьками, структура психологічної допомоги (психологічної корекції, терапевтичних сесій) складається з семи етапів:

- закритість, блокування комунікації, заперечення будь-яких проблем, відсутність бажання ходити на зустрічі з психологом (групові, індивідуальні заняття), як батьків так і дитини;
- самовираження та самодемонстрація, коли дитина звикла до оточення і починає поводити себе демонстративно («позиція – «я тут хазяїн») або

в атмосфері прийняття та розуміння починає розповідати якісь аспекти про своє життя, проблеми, почуття тощо;

- розвиток спілкування та зростання довіри в спілкуванні дитини з психологом; родини з психологом; зазначимо, що на цьому етапі може статися повна відмова від психолога (бажання, вимога замінити на іншого; повне «закриття»);
- ставлення до своїх емоцій, почуттів, переживань, оцінка себе, свого «Я» (дітьми, батьками, опікунами);
- інтеграція здобутих знань на консультаціях з психологом в єдине ціле та залучення його в структуру особистості родинної поведінки, відносин;
- на цьому етапі можливо два варіанти: по-перше, особистісні зміни дитини, батьків, конгруентність із навколишнім життям, адаптація до соціальних змін; по-друге, деформація здобутих знань, їхнє перекручування, що створює негативний конструкт у структурі особистості (за таких умов відбувається повернення до 3-4 етапів психологічної допомоги) [14].

Вибір психологічних технологій та їх подальша ефективність повною мірою залежать від їх емоційного наповнення, від включеності дитини як суб'єкта, на який здійснюється психологічний вплив у процесі [17]. Залученість дітей у процес групового заняття з родиною, яке має на меті формування певного аспекту, складової емоційного сфери, характеризується рівнем прикладених зусиль, емоційних переживань, когнітивних, мотиваційних, поведінкових і саморегуляційних процесів, які пов'язані із завданнями, що ставить перед учасниками психолог. Високий рівень саме емоційної залученості сприяє тому, що діти, виконуючи певну справу, відповідаючи на питання тощо, активно формували афективну сферу, розвивали знання про емоції, розвивали життєві компетенції та корегували поведінкові аспекти, особистісну саморегуляцію в умовах нестабільності та війни. Так, високий рівень емоційного включення підвищує ефективність методики, яку використовує психолог.

За умов наявності в певній техніці чи методиці нижче означених характеристик забезпечує певний рівень емоційного включення дитини в психологічну взаємодію з психологом, дорослими (освітянами, батьками). Тобто, чим більше ознак містить вправа (технологія, завдання), тим вище рівень її ефективності впливу на сфери особистості дитини. Серед основних ознак виокремимо:

- зміст (форма завдання чи вправи: прослуховування тексту чи казкотворення, малюнок за допомогою різних технік, як-то фарби, олія, вода тощо, робота за метафористичними картами чи створення колажів);
- складність вправи чи завдання, їх зрозумілість;
- цікавість, сучасність, новизна та вікова відповідність;
- наявність дії, рухів, певної динаміки в процесі заняття (зміна динаміки);
- ритмічність, темп вправи (наприклад, використання музики, перегляд невеликих мультиплікаційних повчальних чи розвиткових мультфільмів; пластико-драматичні дії, вправи на ігрову імпровізацію тощо).

Наявність у вправі (завданні, технології) означених характеристик підвищує її ефективність, результативність, що свідчить про екологічність її використання психологом щодо особистості з ООП, не порушуючи особистісні межі та дотримуючись норм коректності психологічної практики.

Особливості психологічного супроводу за умов травмівних подій полягають передусім у створенні для особистості розвиваючого середовища, у моделюванні таких ситуацій, які сприятимуть прояву власного «Я», формуванні емоційної сфери, провідних емоційних реакцій, почуттів чи переживань, що характерні/актуальні для дитини з порушеннями слуху, її батьків в конкретний момент життєвого етапу, що викликатимуть нагальну потребу обговорення з дорослим, до якого мають довіру, який є авторитетним радником.

Моделювання означених ситуацій відбувається штучно, однак бажано здійснювати його в побутовій діяльності дитини (під час спілкування один з одним,

з педагогами), або, наприклад, під час навчального процесу, під час дозвілля і, звичайно, в процесі спеціально організованих занять з психологом.

Крім основних видів психологічного супроводу дитини, яка переживає травму, також необхідно розробляти та впроваджувати психологічну допомогу батькам і консультаційні практики з освітянами. Метою такого мультикомплексного підходу є різноаспектний, багаторівневий вплив психологічної допомоги (психологічної корекції, терапевтичних сесій) на формування особистості дитини з порушеннями слуху. Вплив на найближче оточення (родину й освітян) сприятиме гармонізації не лише емоційної сфери дітей раннього віку чи дошкільників, а й сприятиме гармонізації внутрішньої «Я-концепції» особистості та формуванню зовнішнього соціального середовища розвитку дитини.

Повертаючись до психологічної допомоги батькам, зазначимо, що вона має містити індивідуальні форми взаємодії та групові зустрічі. Індивідуальні мають на меті вирішення проблем певної родини, налагодження спілкування дошкільника з батьками, усунення неадекватних емоційних чи поведінкових реакцій після травмивної події та інших проблем. Групові зустрічі передбачають спілкування з батьками дітей з порушеннями слуху, які навчаються разом і мають подібні проблеми. Також передбачено лекції-консультації для батьків діти яких проходять психологічні консультації.

Комплексність та дитиноцентризм – провідні, головні й основоположні принципи психологічного супроводу не лише самої дитини, а й родин, що виховує дошкільника з порушеннями слуху. На сучасному етапі розвитку спеціальної психології та загалом психологічної допомоги, вплив на родину й дитину має здійснюватися в двох напрямках: розвиткового та корекційного.

Розвиткова робота психолога та психологічний супровід з означеного напрямку спрямовані на створення соціально-психологічних умов для формування, розвитку дитини, нормалізації його психологічного стану після травмивної події й емоційно-поведінкової сфери. Корекційний психологічний вплив і супровід здійснюється в процесі зростання дитини (за умов освітнього закладу) та виникнення певних проблем (особистісних, поведінкових, емоційних тощо).

Наголосимо, що різні родини мають різні стилі виховання та різне ставлення до дитини з порушеннями слуху (загалом наявності такої дитини в родині й означеної особливості психофізичного розвитку). Це також є вагомим чинником, який необхідно враховувати в процесі розробки групових програм консультування родин та індивідуального спілкування з батьками, дитиною в контексті загального психологічного супроводу чи за появи постстресових реакцій.

Типи та основні характеристики ставлення родини, що виховує дитину з порушеннями слуху за умов війни [1], [4]

Позиція повного прийняття. Підтримка, розуміння певних особливих потреб дитини (більше часу для виконання домашнього завдання, роз'яснення певних життєвих нюансів, проблем, травм та стресів (емоцій, побутових ситуацій, переживань, конфліктних ситуацій), допомога в навчанні, роз'ясненні певних соціальних аспектів, що склалися на території держави. У такій родині не демонструється до дитини з порушеннями слуху негативізм у формі неприязні, відрази, огиди, вербальних образ тощо.

Позиція заперечення. Несприйняття особливостей психофізичного розвитку дитини. Дошкільник виховується без врахування особливостей, родина відкидає будь-яку допомогу психологічного працівника, може звертатися за допомогою до психолога/викладача виключно за запитом щодо певної проблеми. Часто батьки, зважаючи на свої амбітні плани чи сором, не визнають, замовчують серед знайомих особливість «відставання» у певних сферах дитини, наполягають на високій успішності, не зважають на особливості формування особистості загалом (таких аспектів як порушення самоконтролю, саморегуляції та ін.).

Позиція гіперопіки. Надмірний захист, протекція, опіка, піклування родини дитини з порушеннями слуху. Батьки відчують співчуття, жалість, провину, що проявляється в надмірній турботі, захисті, потуранню в забаганках дитини, навіть в критичних ситуаціях, переселення, за умов війни тощо. До психолога звертаються часто, але настанови виконують досить рідко.

Позиція відмови. Родина характеризується відторгненням дитини з порушеннями слуху. Дитина сприймається як тягар, ганьба. Батьки байдуже

ставляться до такої дитини, демонструють своє неприйняття саме всередині родини. Негативне ставлення родини може соціально бути непомітним, що приховується родиною за надмірно турботливим вихованням, педантичним дотриманням порад усіх фахівців, які співпрацюють з житиною і її оточенням.

Позиція тотальної та відкритої відмови. Повне несприйняття дитини з порушеннями слуху, відразу до дитини, демонстрація негативного ставлення дитині сім'єю. Часто в такій родині батьки майже повністю усвідомлюють своє почуття ворожості, відстороненості. Однак для соціального виправдання та обґрунтування цих почуттів, подолання провини батьки звертаються до такої форми захисту як «соціальна атака». Сім'я звинувачує суспільство, лікарів, педагогів, соціальних працівників, психологів у неадекватному ставленні до особливостей дитини з ООП.

Особливості психологічної роботи з освітніми представниками (педагогами, вихователями, соціальними працівниками) полягає в консультаційних зустрічах (лекції, практичні вправи відповідно до тематики зустрічі) та психологічній допомозі за запитом (проблемна поведінка з певною дитиною під час навчального процесу: проблеми вияву вербальної агресії до вихователів, порушення емоційної регуляції підлітка під час перерв чи навчального процесу, замкненість та інші).

Означений мультикомплексний психологічний супровід батьків і освітян має бути зосередженим на розв'язанні та вирішенні таких основних завдань [9]:

1. Роз'яснення дорослим вікових, психофізичних та індивідуальних особливостей раннього та дошкільного віку: особливості перебігу вікових криз, сутність поведінки й зв'язок родинного спілкування з психологічними особливостями поведінки дитини.
2. Ознайомлення з особливостями становлення особистості з порушеннями слуху у ранньому та дошкільному віці
3. Характеристика та пояснення способів взаємодії з дітьми під час травмівних подій (війни).

4. Сприяння формуванню поважливого, розуміючого, позитивного ставлення дорослого до дитини, що ґрунтується на безумовному прийнятті та розумінні тимчасових труднощів військового стану в країні
5. Формування розуміючого ставлення освітян, батьків до емоційних і поведінкових порушень дошкільників з атиповим розвитком.
6. Допомога родинам, освітянам у формі мультикомплексного психологічного супроводу дітей з порушеннями слуху з метою, по-перше, усвідомлення дорослими ролі у формуванні особистості дитини, по-друге усвідомлення дорослих змін через війну та їх травмівного впливу на дитину (потребу дитини у роз'ясненні дорослими подій словами, що відповідають віку дитини, не замовчуванні, відвертому спілкуванні, прояві емоцій та ін.)

Підсумовуючи наголосимо, що психологічна допомога, що виражається через мультикомплексний психологічний супровід дітей з порушеннями слуху та їх найближчого оточення ґрунтується не лише на вербальних комунікаціях психолога з особистістю, а і на залученні невербальної комунікації. Оскільки одна з основних функцій невербальної комунікації – це зовнішній прояв емоції, як один із важливих аспектів формування спокою дитини, мінімізації впливу стресу. Вербальна взаємодія є вагомою – це безперечний факт, однак у мультикомплексному психологічному супроводі невербальна комунікація відіграє також важливу роль, оскільки є підказкою, дійсною реакцією справжніх почуттів дитини, її батьків.

3.2. Психологічна діяльність у період військового конфлікту

Психологічна діяльність за умов війни тісно пов'язана і межує із професійним стресом. Він являє собою напружений стан фахівця, що виникає у людини під час впливу емоційно-негативних та екстремальних факторів, пов'язаних із виконуваною професійною діяльністю.

Розрізняють такі різновиди професійного стресу, як інформаційний, емоційний та комунікативний стрес [3].

У випадках інформаційних перевантажень, коли психолог не справляється з поставленими перед ним завданням і не встигає приймати важливі рішення, обирати напрям терапії в умовах жорсткого обмеження в часі, під час військових дій виникає інформаційний стрес.

Напруженість може посилитися, якщо ухвалення рішення, надання консультативного висновку супроводжується високим ступенем відповідальності, а також у випадках невизначеності, за браком необхідної інформації, занадто частою чи несподіваною зміною інформаційних параметрів професійної діяльності.

Емоційний стрес може гостро переживатися фахівцем, оскільки руйнуються глибинні установки та цінності психолога, пов'язані з його професією. Емоційний стрес виникає під час реальної чи передбачуваної небезпеки, переживання приниження, провини, гніву та образи, у випадках протиріч у професійному виборі, під час конфлікту з керівництвом.

Комунікативний стрес, пов'язаний із реальними (явними) проблемами спілкування, проявляється у підвищеній дратівливості, невмінні захиститися від комунікативної агресії, нездатності сформулювати відмову там, де це необхідно, у незнанні, невикористанні спеціальних прийомів захисту від маніпулювання, розбіжності за темпом спілкування.

Дослідження стресу у професійній діяльності психолога свідчать про те, що феноменологічно і щодо особливостей механізмів регуляції професійний стрес представляє специфічний вид впливу на особистість, який, природно, впливає та/або порушує фізіологічні та психологічні особливості розвитку людини.

Теоретично стрес розглядається з позиції фізіологічної реакції через фізичні, хімічні та органічні чинники. Виділяються три основні стадії розвитку стресового стану особистості:

- 1) наростання напруженості;

- 2) власне стрес;
- 3) зниження внутрішньої напруги [5].

Тривалість першої стадії може бути різною. Однак психолог, як будь-яка особистість схильний «заводитись» (тригерувати) протягом двох-трьох хвилин, інша особистість накопичує внутрішню напругу протягом кількох днів, тижнів та/або місяців. Але в будь-якому випадку, стан і поведінка людини, яка потрапила в стрес, різко змінюються на «протилежний знак». Можна спостерігати, як спокійна та стримана особистість несподівано стає метушливою, роздратованою, навіть агресивною і жорстокою, а жива, рухлива і товариська особистість раптово може стати похмурою, замкнутою та загальмованою.

На першій стадії зникає психологічний контакт у діловому та міжособистісному спілкуванні, з'являється відчуження у відносинах. Фахівець перестає дивитися в очі людині, яка прийшла на консультацію, своїм близьким тощо, різко змінює предмет розмови з предметнозмістовних моментів на особисті випадки типу «Ти сам(а) – такий (така)». І хоча на першій стадії стрес ще залишається конструктивним і може підвищити успішність професійної діяльності, все ж таки поступово у людини слабшає самоконтроль. Фахівець втрачає здатність свідомо і розумно регулювати свою власну поведінку, що впливає на спілкування із людьми, які звернулися за допомогою.

Друга стадія у розвитку стресового стану починається тоді, коли відбувається втрата ефективного та свідомого самоконтролю (повна чи часткова). Стан деструктивного стресу руйнівно діє на оточуючі умови, наприклад, реакцією перевищення чи обмеження нормального рівня діяльності. Виникнення проблеми (труднощів з її вирішенням) супроводжується напругою функцій організму, якщо проблема не вирішується, напруга зберігається або навіть наростає, розвивається стрес.

Здібності та здатність особистості-психолога вирішувати проблему, що виникає перед нею залежить від низки факторів:

- ресурсів людини – її загальних можливостей щодо вирішення різних проблем;
- особистого енергетичного потенціалу, необхідного для вирішення конкретної проблеми,
- походження проблеми, ступеня несподіванки її виникнення;
- наявності та адекватності психологічної та фізіологічної установки на конкретну проблему;
- типу обраного реагування – захисного чи агресивного.

Значення та розуміння цих факторів визначає вибір стратегії поведінки для запобігання стресу у психологічній діяльності та стресовий сценарій.

Стресові сценарії [4].

Проходить певний час і стрес може знову повторитися. У кожного психолога своя, індивідуальна форма поведінки у стресовому стані, як і свій індивідуальний сценарій стресової поведінки, що виражається у частоті та формі прояву негативних, руйнуючих емоційних реакцій.

Один фахівець (особливо недосвідчений) відчуває стрес майже кожен день, але в мінімальних дозах (не надто агресивно та суттєво, не руйнуючи стосунки з оточуючими). Інші – кілька разів на рік, але надзвичайно сильно, суттєво знижуючи самоконтроль у спілкуванні: вони можуть несподівано «вибухнути» і накричати на колег, часом і на клієнта, подати заяву щодо звільнення тощо.

Стресовий сценарій проявляється не тільки у частоті та формі поведінки, спілкуванні особистості. Важливою є така характеристика, як спрямованість стресової агресії психолога: на себе або на оточуючих: колег, клієнтів, рідних. Одна особистість звинувачує у всьому себе і прагне проаналізувати насамперед свої власні помилки. Інший звинувачує оточуючих і не здатний подивитися на себе з іншої сторони, проаналізувати те, що відбулося.

Стресовий сценарій «стартує» майже автоматично. Достатньо незначного порушення звичного ритму та умов професійної діяльності, наприклад початок збройного конфлікту – ніби проти волі самої людини активується стресовий

механізм і починає «розкручувати» ще більш потужну зброю всередині людини. Так, людина, входить у активний конфлікт з якоїсь дрібною, незначною причиною. Після цього спотворюється сприйняття співробітників та комунікативної ситуації, особистість починає акцентувати увагу на деталях, надаючи їм негативного та дуже вагомого значення. У спокійному ж стані такі деталі були б не важливими для людини.

Комунікативний стрес в умовах професійної діяльності.

Роздратованість у професійному спілкуванні.

Основна причина дратівливості, роздратованості – це втома та виснаженість через причини професійного навантаження фахівця (наприклад велика кількість клієнтів, довгий робочий час). Причиною хронічної дратівливості на роботі може бути звичка спілкуватися «на підвищених тонах». Крім того, люди часто дратуються, коли відчувають невпевненість у собі. Отже, підкреслимо ще раз, що причиною роздратованості можуть бути проблеми із самооцінкою, зокрема – знижена самооцінка. Тривожність, незадоволеність собою на професійному місці виявляються в дратівливості у спілкуванні з оточуючими [21].

Комунікативна агресія.

Підвищена дратівливість легко трансформується у комунікативну агресію – специфічну форму вираження тяжких, негативних станів. Комунікативна агресія в умовах професійної діяльності проявляється у прагненні принизити співрозмовника, колегу, зруйнувати статус та авторитет будь-кого, хто є слабшим, бажання витіснити певну людину з комунікативних контактів.

За допомогою агресії працівник може захищатися від реального або уявного нападу, демонструвати свою силу та самостверджуватись, організувати для себе психологічне розвантаження, якщо накопичується незадоволеність своєю роботою, професійним чи службовим становищем.

Комунікативна агресія буває фізичною чи вербальною (словесною), прямою чи непрямую (прискіпливість, натяки, відмова від допомоги, брехня, дріб'язковість, загрози), ситуативною (спонтанні спалахи немотивованої люті,

гніву), спрямованої на іншого (звинувачення іншого) чи на себе (самообвинувачення).

Проблема комунікативної агресії полягає в тому, що психолог, який занадто довго працює в своїй сфері – схильний до емоційного вигорання і без супроводу часто не розуміє своєї агресивності, зміни жорсткості поведінки, провокативності у висловах та активно бореться там, де в цьому немає жодної потреби. Так, фахівець створює напружені ситуації в своїй підсвідомості та серед оточуючих, так зване «напружене поле», в якому погано йому самому та іншим людям [23].

Професійний стрес досягнення

Такий тип стресу пов'язаний із жорсткою, плановою програмою на успіх, що формується у дитинстві і навіть психолог, який не відпрацював таку свою особливість під час підготовки до роботи за фахом схильний до такого типу стресу. Наприклад у дитинстві батьки говорять дитині: «Ти в нас здібний і талановитий і маєш вчитися тільки на відмінно». Коли дитина отримує погані оцінки, дуже сварять її за це, різко висловлюють незадоволення, навіть, коли отримує оцінку «добре», а не «задовільно». Після школи така дитина отримує обов'язково сформовану установку на вступ до ВУЗу «Ти повинен закінчити інститут». Потім уже дорослою, людина уявляє себе лише керівником, нехай маленького колективу, але лише – керівником.

Труднощі та проблеми виникають тоді, коли працівник не має внутрішніх ресурсів для досягнення того рівня успіху в професійній діяльності, який він спланував, омріяв. Наприклад, фахівець хоче бути відомим психологом-практиком, але немає так здібностей. Або він прагне керівної посади, але не вміє ефективно спілкуватися з людьми. Але найбільш тяжкі, складні переживання, невротичні стани та депресії починаються тоді, коли надто високий рівень домагань, пов'язаний із засвоєнням у дитинстві установки – лише успіх і досягнення, не забезпечується внутрішніми ресурсами людини: можливостями і здібностями. Можуть бути інші, зовнішні перепони: невизнання таланту суспільством, невідповідність історичному часу, несприятливі обставини життя.

До депресії та особистісного руйнування призводить внутрішній, психологічний механізм самооцінки, що є у людини будь-якої професії: особистість ототожнює (ідентифікує) себе з результатами свого життя та діяльності. Людина не здатна зрозуміти, що сама по собі, незалежно від успіху та досягнень, – цінність, яка є унікальною. Людина будь-якого фаху це має навчитися відчувати, знати, усвідомлювати, незалежно від посади, яку обіймає, заробітку, який отримує, люблять його та цінують близькі люди, рідні та друзі чи ні та багато інших аспектів.

Великий внесок у формуванні стресового стану здійснює також страх зробити помилку. Страх помилки з'являється у психолога у двох випадках: коли він має надто сильну внутрішню установку тільки на успіх і коли існують заборони чи каральні санкції у разі помилки (звільнення, позбавлення можливості практикувати далі та ін.). Найбільш сильний стрес людина переживає у першому випадку, коли прагне бути лише успішною та щасливою.

Страх помилки «блокує» творчі здібності особистості. Фахівець відчуває внутрішню скутість і напругу, має підвищений самоконтроль і надмірно жорстку «система стеження» за власними діями. В результаті, незважаючи на те, що особистість всіма силами прагне бути успішною, вона сама знижує свій потенціал тим, що постійно «наздоганяє власний хвіст».

Успіху можна не досягатися також і через те, що, коли фахівець має страх помилитися, він намагається ніде і ні в чому не ризикувати, не брати участь, виявляючи надобережність і надтривожність. Успіх може «вислизати», «тікати» від такого фахівця ще й тому, що, він болісно переживши невдачу і відчуваючи паралізуючий страх зробити повторну помилку, не реалізує спроби спробувати ще раз до того моменту, коли настане успіх.

Страх зробити помилку змушує людину уникати всього нового, і створює фахівця-консерватора. Психолог уникає змін, навчання, нових технік і навіть найменшої нестабільності, тому такий фахівець схильний до панічних станів навіть за умов незначних змін.

Професійний стрес конкуренції.

Життя багатьох професійних психологів навіть за умов війни подібне до конкурентного стану, на біг «Хто мене випередив?», «Хто має більше, ніж я?», «Хто досяг більшого, ніж я?», «Хто живе краще за мене?».

В результаті в навколишніх людях і клієнтах, які звертаються за допомогою, психологи бачать насамперед конкурентів, навіть у друзях та близьких; такого фахівця супроводжує страх виявитися неспроможними та програти в якійсь ілюзорній конкурентній боротьбі. Такий тип психологів болісно реагує на найменші деталі, що пов'язані із успіхом інших, така особистість із ревнощами ставиться до успіху тих, хто прийшов до нього на терапевтичну сесію (і чимось є кращим за нього), тобто конкуренція з тими, кого він навіть може не знати. Такі фахівці мають страх поводити себе природньо, а щоб їх вважали фаховими, успішними – поводяться неприродньо, часто розповідають вигадані історії про успіх, клієнтів та досвід.

Самоствердження та поступальний рух уперед властиві практично всім людям, фахівцям різних професій. Необхідно пам'ятати, що не слід мати лише одну мету у житті і бути підкореним лише її досягненню, оскільки якщо з якихось причин мети не буде досягнуто, можна зазнати сильного розчарування та депресії.

Незважаючи на напружений спосіб життя, спрямованість на досягнення певної мети, цілі, необхідно забезпечувати себе ще й «особистою сферою» – близькими людьми, які будуть терапевтичним буфером від стрес конкуренції. Це допоможе відчувати підтримку на життєвому і професійному шляху, утримуватися від стресів. Важливо відмітити, що для психологів, які схильні до такого типу стресу, бажано обирати друзів не в конкурентному середовищі, не в професійному колективі..

Професійний стрес успіху.

Зазвичай передбачається, що стрес виникає у несприятливих умовах, під час невдач. Але негативні умови – це не єдине джерело стресу. Інтенсивний стрес психолог та інший спеціаліст може відчувати і тоді, коли досягає великого успіху, на отримання якого він витратив великі зусилля та тривалий період часу.

Стрес, який з'являється у людини в момент найвищого успіху, виражається у тому, що після здійснення значущої позитивної події настає стан «безглуздя», «нереальності» того, що здійснилося. Настає стан різкого зниження життєвого тону. Розвиваються апатія, байдужість, інертність. Психологи часто описують клієнтам або у публікаціях, що коли відбудеться певна подія, людина прагне відчувати щастя, але на практиці – стан лишається той, що і раніше, може додаватися лише розчарування. У таких станах фахівцю здається, що він не отримав те, що заслуговує. Все вище зазначене призводить до хронічної депресії, стресів тощо.

Для того, щоб не потрапити в стрес, що пов'язаний з успіхом, необхідно не віддавати все, що має людина для досягнення тієї чи іншої мети. У момент досягнення успіху не зупинятися, а планувати нові здобутки, цілі тощо. Головна задача – залишатися активним та спрямовувати себе на досягнення нової мети

Стрес підпорядкування

Стрессова напруга часто виникає у осіб, які підпорядковуються. Вони мають різні темпераменти, характери, деякі з них ефективно виконують свою виконавчу діяльність, оскільки, наприклад, вона не вимагає високої відповідальності, а інші – переживають свій стан підлеглості. Так, можна виокремити три типи підлеглих працівників: виконавця (не творчий працівник), експерт (творчий, ініціативний) та керівник.

Виконавець – це працівник, який відчуває емоційний дискомфорт у ситуації високої відповідальності, необхідності приймати рішення, контролювати мовлення, складні напружені ситуації, визначати методи впливу. Такі психологи нерідко виявляють емоційну чутливість, сильно хвилюються у простих звичних ситуаціях, уникають конфліктів, переживають, якщо їх образили, турбуються, що думає про них клієнт, інший колега. Вони налаштовані на виконавчу діяльність, тому що вона для них не пов'язана зі стресом відповідальності.

Експерт – психолог, який також відчуває емоційну напругу за необхідності брати відповідальність за долю/пораду іншій людині. Але від виконавця він

відрізняється тим, що немає потреби в підпорядкуванні. Навпаки, найефективніше експерт працює за умов професійної незалежності. Як правило, такий психолог хороший фахівець, добре знає методики і не боїться складних випадків у професійній практиці. У фахівця-експерта посада підлеглого викликатиме стресовий стан.

Керівник – це психолог, який сформував окрім фахових навичок, ще й добре розвинуті організаторські здібності та прагнення керувати ситуацією. Фахівці цього типу часто прагнуть влади та контролю над ситуацією, мають потребу в лідерській позиції, легко беруть на себе відповідальність. Такі працівники також характеризуються стресом підпорядкування і прагнуть незалежності.

Правила саморегуляції за умов професійного стресу під час війни

Правило 1. Необхідно спостерігати за собою. Що ви відчуваєте на першій стадії стресу? Які відчутні зміни відбуваються у вашому психологічному стані, емоціях, настрої? Скільки часу триває перша стадія вашого стресу? Що з вами відбувається, коли ви втрачаєте самоконтроль?

Слід пам'ятати, що успішність побудови особистої програми захисту від професійного стресу залежить від того, наскільки точно та своєчасно Ви навчитеся помічати, що опинилися в «зоні» стресу і втрачаєте самоконтроль.

Правило 2. Необхідно шукати способи, засоби зупинити себе. На першій стадії стресу важливо «взяти перерву» та зусиллям волі перервати свої дії: зробити паузу у спілкуванні зі співробітниками, припинити консультування інших осіб.

Правило 3. Необхідно прагнути змінити свою енергію на іншу форму діяльності, зайнятися чимось іншим, що дасть можливість зняти напругу.

Якщо втрата самоконтролю відбулася на роботі, можна спробувати використати наступні дії:

- перебрати папери, документи клієнтів, полити квіти на підвіконні, заварити чай;

- вийти в коридор і поговорити із співробітниками, які не викликають негативних емоцій на нейтральні теми (про погоду, закупівлі та ін.);
- підійти до вікна і подивитися на вулицю (небо, дерева, сонце тощо);
- звернути увагу на людей, що йдуть вулицею. Спробувати уявити, про що думають люди, що проходять повз;
- зайти до туалетної кімнати та на дві-три хвилини опустити долоні під холодну воду.

Таку «перерву» можна практикувати в ті моменти, коли відбувається втрата самоконтролю. Важливо, щоб дія «зупинки себе» стала звичкою.

Правило 4. Слід продумати, які моменти в роботі допомагають зняти напругу. Що вас найбільше заспокоює? Чим ви займаєтесь із захопленням? І намагатися щодня мати небагато часу на заняття, які дають задоволення та радість.

Методи покращення емоційного стану

1. Методи психосаморегуляції (м'язова психорелаксація, медитація, аутотренінг, самогіпноз тощо) та фізична активність (фізичні вправи знижують занепокоєння, стан депресії, зміцнюють почуття самоповаги).
2. Робота та особисті досягнення (зниження рівня домагань, зменшення кількості та відповідальності прийнятих рішень, реалізація своїх найрізноманітніших здібностей).
3. Спілкування із тваринами (собаками, кішками, рибами, папугами та ін.), знижує артеріальний тиск, нормалізує серцебиття, проходить роздратування та нервова напруга.
4. Адаптогени (рослини, які містять речовини, що мають антистресову дію на рівні клітинного обміну). Адаптогени діють досить ефективно, приймати їх треба згідно з рекомендаціями або порадами лікаря, що додаються: родіола рожева (золотий корінь); настоянка женьшеню; левзея сафроловидна; елеутерокок; звіробій) [14].
5. Екологічна ситуація навколо себе (очищення повітря, чиста вода, правильне харчування, здоровий спосіб життя, очищення організму).

6. Сміх надає великий терапевтичний ефект. Лікування у психологів, часом, починається з простої посмішки. Сміх відключає вироблення стресових речовин.
7. Наближення доквілля до природного (вдома і на роботі повинні бути кімнатні рослини, акваріум; спокійні фарби меблів і стін; хороше, не дратуюче освітлення).
8. Сон (скорочення або подовження сну вказує на збій у роботі організму).
9. Спілкування (не потрібно нехтувати спілкуванням, доброзичливими стосунками з друзями чи/та сусідами, можливо, у робочому колективі).
10. Хобі (інтереси, що допомагають почуватися щасливим).

Також доречно і професійно буде згадати, що кожен психолог має або повинен мати «супервізора». Супервізор – це фахівець-психолог, який допоможе подолати будь-яку ситуацію стресу, погляне на те, що відбувається із різних сторін і зможе запропонувати варіанти вирішення або скерує психолога до самостійного пошуку варіантів, які допоможуть налагодити професійну діяльність.

ВИСНОВКИ

Початком створення означеного посібника були переважно теоретичні знання. Але з розгортанням повномасштабної війни на території України, як не прикро, збагатився досвід педагогів та психологів у вихованні, навчанні, допомозі, психологічному супроводі дітям з особливими освітніми потребами, їх родинам. Серед провідних цілей було сформовано: розроблення психологічної допомоги та нормалізація психоемоційного стану дитини з ООП, зокрема з порушеннями слуху.

Основна мета дослідження у процесі практичної діяльності була змінена за пріоритетністю. На перших етапах дослідження, коли апелювати можна було виключно теоретично-науковими даними, першим завданням було визначити чинники та тригери посттравматичних синдромів, загального стану емоційної сфери, наявності порушень саморегуляційних механізмів особистості з порушеннями слуху. Основними завданнями для психологів було: по-перше, формування у дитини нових форм поведінки, які дають змогу контролювати думки і вчинки, точніше навіть повернення дитини до звичних форм поведінки; по-друге, заміщення старої поведінки на нові реакції. Важливо було пояснити батькам та дітям, що всі перейшли до нового стану життя, де не буде повернення до того, що було звичним. Наприклад пізні прогулянки, похід до лісу, спокійний сон. Необхідно було компетентно і обережно пояснювати, що нове життя передбачає нові правила обережності, обачності та швидких реакцій.

На початку психологічних занять та терапевтичних зустрічей психологи часто зустрічалися із такими явищами як «синхронізація» (ефект зараження), викривлення емоцій та завищення, перекручування очікувань у дітей. Батьки ж та освітяни успішно проходили процес навчання та засвоєння базових знань, навичок під час нового «воєнного життя». Основою для мінімізації панічних атак та мінімізації реакцій афективної сфери було виокремлено: сон, спілкування, дихання, тілесні вправи та концентрація на мисленні, тілі дитини/дорослого (пізніше на формуванні позитивних думок, приємних спогадах, віршиках, піснях, тощо).

Подальшими напрямками дослідження є:

- по-перше, завершення психологічного протоколу дій під час панічних атак, нестандартних ситуацій, озброєних нападів та інших нестандартних ситуацій у дітей з порушеннями слуху за умов війни;
- по-друге, дослідження та психологічна допомога дітям та родинам з атиповим розвитком, що вже мають діагностовані посттравматичні стресові розлади та стан рестресу під час війни;
- навчання психологів резистентності під час роботи з такою категорією осіб, психологічні тренінги щодо емоційного вигорання та ін.;
- спробувати різні види терапії у роботі з дітьми та родинами, щоб зафіксувати найбільш ефективну.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барковець Н. Психіатрична допомога під час катастроф та надзвичайних ситуацій. Херсон: Практична медицина, 2018. 319 с.
2. Бех І. Виховання особистості: Книга 1: Особистісно-орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. Київ: Либідь, 2003. 280 с.
3. Валушко І. Психологія воєнного впливу. Київ: Центр учбової літератури, 2022. 428 с.
4. Гудзь І. Поведінка та саморегуляція особистості з ООП в умовах стресу. Київ: Лого, 2021. 189 с.
5. Дорошенко Д. Психологія стресу осіб з атиповим розвитком: українські реалії. Хмельницький: Велес, 2019. 265 с.
6. Кононко О. Особистісне зростання у ранньому віці: суть та умови сприяння. *Дошкільне виховання*. 2006 . № 10. С. 3-7.
7. Кононко О. Соціально-емоційний розвиток особистості (в дошкільному дитинстві): навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ: Освіта, 1998. 255 с.
8. Луценко І. Ефективний психолого-педагогічний супровід учня з особливими освітніми потребами. *Заступник директора школи*. 2016. № 1. С. 45-54.
9. Марухіна І., Кондратенко Л., Растроста Г., Сагайдак О. Аспекти аналітичної діяльності працівника психологічної служби: Методичні рекомендації. Суми, 2011. 30 с.
10. Обухівська А. Психологічний супровід інклюзивної освіти : методичні рекомендації. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 92 с.
11. Рагозіна В. Раннє дитинство у світі. *Вісник Інституту розвитку дитини*. Серія: Філософія, педагогіка, психологія. 2015. Вип . 37. – С. 83-95.
12. Рогальська І. Соціалізація особистості у дошкільному дитинстві: сутність, специфіка, супровід. Київ: Міленіум, 2008. 400 с.

13. Селье Г. Психофизиология стресса. Харьков: Издательство Университета имени Каразина, 1998. 189 с.
14. Слюсар А. Соціально-психологічні дослідження панічних станів [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.tpal.com.ua/spase/psyhsl/doc/info/4.pdf>
15. Тарабрина Н. Практикум по психологии посттравматического стресса. Херсон: Пафос, 2010. 284 с.
16. Фройд З. Вступ до психоаналізу Київ: Основи, 1998. 189 с.
17. Ярошенко О. Психологія екстремальної поведінки дітей з ООП. Київ: Знання. 2018. 293 с.
18. Arnzt T., Wells T. Panic disorder. Clinical Diagnosis, management and mechanisms. London: Martin Dunitz. 2017. 248 p.
19. Azeem Mubarak D. Psychological stress and perceived self-efficacy in mothers of autistic children. *Jornal of Inllectual disability: diagnosis and treatment*. 2022. Vol. 10 (6), P. 334-343.
20. Dammann G. Posttraumatic stress disorder – challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model. *Ukrainian herald of psychoneurology*. 2019. Vol. 23,3(84), P. 8–15.
21. Korek St. Cognitive structure of stress in adolescents. Toronto: B&V, 2017. 116 p.
22. Şahin G. False memories and cognitive flexibility. *Studia Psychologica*. 2022. № 64. (3), P 283-294.
23. Vovchenko O. Socialisation of adolescents with cognitive disorders through emotional intelligence. *Jornal of Inllectual disability: diagnosis and treatment*. 2022. Vol. 10. (1), P. 56-69.