

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

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

(Частина 2_Повоєнний психологічний супровід)

Вовченко Ольга

Київ-2022

ЗМІСТ

	Вступ.....	3
I	Сутність та пріоритетність психологічних підходів у наданні допомоги дітям раннього і дошкільного віку: повоєнний період	6
	1.1. Комплексність та мультимодальність: вектори фахового вибору	7
	1.2. Психологічна допомога під час війни дітям дошкільного віку з порушеннями слуху	14
II	Фаховий протокол психологічної допомоги дітям раннього та дошкільного віку з порушеннями слуху	28
	2.1. Психологічна допомога дитині з ООП за умов панічних атак	30
	2.2. Посттравматичні розлади та особливості допомоги дітям з порушеннями слуху	42
	2.3. Типи насилля щодо дітей з ООП за умов війни	53
	2.4. Суїцидальні стани та ризики у дітей з порушеннями слуху	68
	Висновки	83
	Література	84

ВСТУП

Процес відбудови після воєнних дій на території країни має складний не однозначний характер, оскільки пов'язаний не лише із зовнішніми боргами, економічним станом країни, реінтеграцією територій та низкою політичних аспектів. Йдеться про відновлення того, що мали громадяни, того відчуття безпеки, наявності можливостей, емоцій, поведінки, які були можливі за мирного часу. За період війни кардинально змінилися особистісні рамки, бачення себе та інших, мотивація, регуляція та воля. Нові емоції, які не можливо було контролювати, але потрібно було «прожити», пережити та опанувати, які приховувалися, стримувалися десь глибоко всередині кожної дорослої особи. Діти ж отримували допомогу від фахівців, але були емоційно зруйновані, коли опинялися в родинях, які без сторонньої допомоги переживали тягар війни. Від так, травмовані дорослі та не менш зруйновані дитячі долі потребують відновлення, відповідей на низки питань та точної орієнтації як буде все розвиватися надалі. Нині багато психологічних станів потребують врегулювання, розуміння, що за цей період війни трапилося з особистістю вцілому, які зрушення відбулися: чи є позитивні здобутки, чи переважають атипові формування в структурі особистості.

Довгий час особистість на території України оточувала інформація, яка більше характеризувалася невідомістю щодо майбутнього із стандартними відомими поліськими фразами: «Як раніше вже не буде!». Психологи в такі моменти завжди прагнуть уточнень: «А як же буде, а від чого із минулого необхідно відмовитись, що зникне, а що лишиться?». Пересічні родини, переважно просто відчували негативні емоції, як то страх, невпевненість, розгубленість, злість, агресію тощо. Важливо було пояснювати управлінській ланці, що зміни торкнуться всіх сфер життя: не буде впевненості «у завтра», стабільності, визначеності, плановості та ін. Дорослим та дітям необхідно буде мати нові навички, як то, творити за умов невизначеності, самовдосконалюватись та розвиватись під час відсутності стабільності і

впевненості, формувати нові інтереси та запити у житті, будувати нові плани, які здатні до динаміки розгортання під час та після війни, навіть вчити дітей і дорослих, як то відпочивати під час війни та те, що це нормально.

У такі буремні часи важливим і можливим є створення атмосфери в якій відчуватиметься хоча б емоційна стабільність, ясність того, що відбувається з психікою, особистістю вцілому. Саме така атмосфера дає можливість багатьом українцям обманути свідомість і заспокоїтись. Так, врівноважений і спокійний дорослий дорівнює дитина без поведінкових та емоційних порушень. Серед основних моментів, які допоможуть створити атмосферу ясності є:

- прийняття почуттів та емоцій (бажано їх проговорювати, щоб розуміти, що саме приймаєте Ви та Ваша дитина. Пояснення дітям, що все, що зараз відчувають українці є нормально: лють, гнів, роздратованість, розгубленість, розчарування, страх). За це не можна себе карати, звинувачувати!

- соціальність (не відсторонюватись від контактів та спілкування, збереження, за можливістю, старих контактів та створення нових).

- стан надії і, обов'язково, це планування на майбутнє (але, бажано реальних, деталізованих подій, наприклад: «Коли все закінчиться, я куплю нову сковорідку фірми...», «Коли все закінчиться, я поїду побачити країну, яку давно відкладав побачити у період з», «Коли все закінчиться, я зміню фах та роботу з на і зроблю це ось таким чином ...»).

- спокій (тобто використання всіх методів, які Вас заспокоюють: медитаційні вправи, спілкування, пошук інформації чи її перегляд, подорожі, закупівлі, допомога тим, хто її потребує та ін.).

- обов'язкове повернення до ритуалів та рутинних справ (розробити новий розклад дня, що підходить до нинішніх реалій (можливо до відключень світла, води, тривоги тощо); створення нових буденних ритуалів, наприклад, відхід до сну, пробудження, прийом їжі, відвідування друзів, рідних тощо).

– сила (обов'язково пам'ятати що БЕЗПОМІЧНІСТЬ – дуже травматична для людини). Необхідно навіть у найскладніших ситуаціях безвиході, а нині у період відбудови ставити задачі, які можете виконати, плануйте ті дії, на які можете впливати. Все, де можна сказати – «Я можу-Я зроблю» і виходити із стану безпорадності.

Зростання кількості негативних наслідків у період післявоєнного відновлення характеризуватиметься порушенням стану стабільності, станами безпорадності, зростанням конфліктів, суїцидальних випадків тощо. Саме це впливатиме на необхідність підготовки фахівців, здатних надавати нагальну психологічну допомогу у таких ситуаціях (кризових психологів).

Актуальність проблем надання нагальної психологічної допомоги населенню в післявоєнний період є достатньо новими для мирних психологів. Не враховуючи події лютого 2022 року, в контексті кризової психології, теорія посттравматичного розладу виникла лише наприкінці 80-х років. Орієнтовно в цей період і було досліджено науковцями поняття та наукову категорію «психологічної травми» (психотравма). *(Подія, яка сприймається людиною як загроза її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає подією травматичного характеру, тобто особливим негативним переживанням, що сповнене спектром негативних емоцій).*

Психологам, педагогам та психотерапевтам з початку воєнних дій на території України з кожним днем доводиться все більше працювати з особами, які перенесли психологічну травму, зокрема і з дітьми з особливими освітніми потребами. Це і вимушені переселенці, біженці; родини захоплені в заручники (родини, які не могли/не можуть покинути окуповані території); сім'ї, які пережили бомбардування, обстріли, загибель рідних, розбійні напади, а також просто переживання того факту, що в їх країні війна.

I. СУТНІСТЬ ТА ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ: ПОВОЄННИЙ ПЕРІОД.

Особливої уваги заслуговують, у контексті дослідження розвитку особистості дітей раннього та дошкільного віку у повоєнний період, проблеми особистості дитини з особливими освітніми потребами, формування емоційної, поведінкової та мотиваційної сфер. Залежно від психодіагностичних процедур, їх результатів залежить і «зона найближчого розвитку дитини з особливими потребами», тобто сутність, наповнення та структурні елементи супроводу: педагогічного, психологічного, соціально-педагогічного, психолого-педагогічного, комплексного тощо).

Значну увагу в межах комплексного підходу надається формуванню дитини за період воєнних дій, особливостям розвитку особистісних характеристик дитини за цей період.

Мультимодальний підхід акцентує увагу фахівців на вивченні не лише проблеми за умов воєнних дій, а дослідженні життя до (проблеми, які існували до початку воєнних дій) та після (вплив на життя, розвиток та формування дитини після повномасштабного вторгнення).

Сучасні та майбутні теоретико-методологічні й емпіричні розробки в психології, зокрема і дослідження спеціальної психології, широко також використовуватимуть системні та структурні методи, які користувалися популярністю, були зручними та ефективними для вивчення об'єкта. Однак, незважаючи на велику кількість та активне застосування низки методів, які зараз ми обговорюємо, великою проблемою ще й досі є те, що не існує загальноприйнятого категоріального визначення. Тлумачення понять досить різноманітні та різноаспектні. Недолік існуючих визначень полягає, в першу чергу, в їх неповноті.

Однак спробуємо охарактеризувати основні вектори фахової діяльності психологів та педагогів у післявоєнний період з дітьми з ООП.

1.1. Комплексність та мультимодальність: вектори фахового вибору

Комплексність (комплексний підхід) передбачає єдність психолого-педагогічних впливів: ефективність психокорекції великою мірою залежить від урахування різних чинників у розвитку дитини. Психокорекційні заходи плануються таким чином, щоб забезпечити необхідну повноту та різновекторність (комплексність) психологічного впливу. Реалізується даний принцип у створенні своєрідної матриці методів та прийомів, що дозволяють поряд з вузькоспрямованим психолого-педагогічним впливом активізувати та розвивати психіку дитини в цілому, здійснювати її особистісне зростання, використовуючи впливи більш масштабного характеру.

Комплексний підхід передбачає обов'язкове дотримання декількох принципів у роботі та виборі методів психологічного впливу, як то:

- каузальний принцип;
- особистісно-орієнтований принцип;
- самостійність кожного підкомплексу із загальної картини психолого-педагогічного впливу.

Каузальний або патогенетичний принцип.

Залежно від спрямованості психологічного впливу чи допомоги виокремлюють два типи взаємодії з дитиною: симптоматичну, спрямовану на подолання зовнішніх ознак, симптомів, особливостей розвитку, і патогенетичну (каузальну), яка передбачає виявлення, усунення або «пом'якшення», нівелювання причин, що є в основі порушень формування особистості в цілому чи певної системи зокрема. Найбільш ефективний вплив забезпечується, коли фахівець усуває причини, що є основою складнощів у формуванні особистості дитини.

Наприклад, першопричиною емоційних або поведінкових порушень у дитини з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху, можуть бути як соціальні чинники, так і біологічні, а досить часто поєднання двох факторів. Допустимо, що причиною причиною є сімейні конфлікти, то

психокорекційний вплив та психолого-педагогічна допомога має бути спрямована на нормалізацію сімейних відносин. Якщо ж причиною є резидуально-органічна недостатність ЦНС, то головною основною стратегічною метою психологічної допомоги має бути зниження емоційного дискомфорту.

Особистісний принцип

Означений принцип полягає у підході до дитини як цілісної структури, особистості з урахуванням всієї складності її індивідуальних особливостей. Цей принцип також передбачає прийняття (визнання, повагу) його унікальності та неповторності, індивідуальності. У процесі психологічної допомоги враховується не певна окрема функція або ізольоване психічне явище, що потребує корекції чи впливу, а особистість в цілому. До уваги фахівці мають брати особливості емоційно-особистісної сфери, темперамент, сформованість основних типів діяльності і їх перевагу, наявність виражених здібностей і умінь, або ту чи іншу діяльність. Це дозволяє індивідуалізувати програму супроводу та розвитку, а основне – не концентруватися на минулих подіях особистості, а вивчати «тут» і «зараз» об'єкт, не заглядаючи у минуле.

Теорія З. Фрейда є одним із перших пракселогічних зразків комплексного підходу, де предметом дослідження постав організм як складна цілісна енергетична система [35]. Цією системою керує закон збереження енергії, тобто, якщо зупинити лібідо, воно знайде своє відображення в різних формах діяльності за допомогою сублімації, перенесення, витіснення, регресії й інших механізмів, описаних у теорії вченого. Тобто організм є розумним комплексом взаємодіючих елементів між собою.

Самостійність кожного підкомплексу у діючому організмі

Підкреслимо, що на думку О. Яковенко [26], будь-який організм має структуру, яка розкривається через розуміння системи особливого порядку чи типу організації. Науковець наголошував, що будь-який реально наявний організм – поліструктурний. Це означає, що в його складі може бути

виокремлено велику кількість різних взаємозалежних, перехресних структур, залежно від аспекту розгляду самого об'єкту.

Важливою та цікавою, на думку М. Микитенко [17], є властивість організму – відносна самостійність компонентів, яка полягає в стійкості та збереженні структури за умови зміни цих компонентів, за умови одного призначення елемента. Водночас структура організму залежить від якості елементів.

Дослідження особистості в спеціальній психології на сьогодні науковці України вважають досить складним, багатоаспектним і специфічним, зазначаючи необхідність використання різних методів впливу в процесі здійснення психологічної допомоги чи корекції (Д. Дорошенко [9], Н. Королько [12]). І. Кудінов [13], Н. Прудківська, М. Микитенко [17], Д. Муткевич та ін.). Такі твердження, як вказують М. Купріянова, М. Кущенко [14] й О. Лазаренко [15], ґрунтуються на тому аспекті, що комплексність є творчим, відкритим для експериментів, різноаспектним психологічним інструментом дослідження, допомоги, впливу на особистість як складного механізму (загалом, так і кожного її окремого елемента (сфери, риси, процесу)).

Зазначимо, що існує декілька ситуацій в яких можна використовувати підхід і, власне, словосполучення «мультиmodalьна» психологічна допомога у післявоєнний період. І це залежить від того, який зміст містить категорія «modalьність». Якщо слово modalьність розуміється переважно у семантичному значенні, тобто від латинського «modus» – «захід», «спосіб», яким психолог запроваджує дію, то під modalьністю можна розглядати метод, яким проводиться психологічна допомога, зокрема психологічний супровід. Це може бути психоаналіз, тілесно-орієнтована психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, артотерапія чи її різновиди, гештальтпсихотерапія та багато інших варіантів «психотерапій», які існують у фаховому арсеналі психолога, психологічної служби (центру) тощо.

Так, розуміння мультимодального напрямку та мультимодальної психологічної допомоги є психотерапія, що включає одночасне використання у роботі з клієнтом декількох методів психотерапії та орієнтована не лише на період «тут» і «зараз», а включає дослідження об'єкту у довоєнний період. Однак, може йтися не про повне поєднання усіх методів, а про включення в роботу з дитиною окремих елементів, технік і підходів з певного напрямку. Наприклад, основним може бути тілесно-орієнтована терапія з включеннями артотерапевтичних та когнітивно-орієнтованих технік. Таким чином, варто відмітити, Ф. Перлз створив гештальтпсихотерапію [18]. Науковець запозичував і долучав до терапії, яку проводив – інші методи, тобто методики з інших напрямів. Відмітимо, що у воєнний період, у часи невизначеності, розгубленості більшість психологів використовували досвід Ф. Перлза. Особливо працюючи з дітьми з особливими потребами, психологи творчо ставились до процесу консультування та супроводу родин, а не просто відтворювали у роботі те, що колись опанували.

Чому у даному випадку ми говоримо, що хоча, і на основі технік відомих методів, але психолог все ж таки створює якийсь свій метод, а не просто об'єднує існуючі? Відповісти на це питання можна, якщо розуміти сутність того, що перетворює набір технік, вправ та інших елементів на метод психотерапії, яким може працювати з клієнтами не лише його автор, а й згодом усі, хто цей метод опановує. Метод психотерапії створюється методологією – це організуючий принцип, що об'єднує всі елементи на єдине ціле. Саме тому використання в роботі з дитиною технік декількох методів психотерапії не означає об'єднання цих методів, оскільки поєднати їх методології неможливо.

Наприклад, психолог, працюючий виключно методом когнітивно-поведінкової психотерапії, яка передбачає визначенням причин психотравми дитини, може ці причини досліджувати, якщо вважатиме це доцільним, тобто добавить у свою роботу елементи психоаналізу. Однак, якщо він (психолог) буде для цього користуватися прийомами психоаналізу, а, інтерпретуючи

результати, використовуватиме психоаналітичний понятійний апарат, то і працюватиме йому далі доведеться в методології психоаналізу, але не використовуючи методологію когнітивно-поведінкової терапії, оскільки в методології останньої така робота буде неможливою і не коректною.

Виникає логічне питання щодо потреби і доречності в роботі психолога процесів комбінації елементів і технік різних методів психотерапії, замість того щоб працювати одним, який добре опановано, дієвим для даного психолога у роботі з дитиною. Причина цього дуже проста – будь-який, найефективніший метод має свої обмеження та він часто охоплює ті завдання, які ставить психолог у роботі з дитиною лише частково. Таким чином, психолог розширює свої терапевтичні можливості, а крім того, поєднання, використання технік різних методів може призводити до синергетичного ефекту, якщо це відповідає терапевтичній ситуації дитини у післявоєнний період.

Дещо інше розуміння в поняття «модальність» вкладав Р. Лазарус, автор методу, а більш коректно – підходу, який має назву «мультимодальна короткострокова психотерапія» (щоб не поєднувати з методом Р. Лазаруса, вищезазначений варіант мультимодальної психотерапії часто називають психотерапією).

Р. Лазарус розглядав модальність як рівень, у якому проявляється проблемний комплекс клієнта [42]. На думку вченого, таких рівнів, тобто. модальностей сім: це поведінковий рівень, рівень емоцій, рівень відчуттів, рівень уявлень (фантазії та образи), когнітивний рівень (думки), соціальний рівень (міжособистісні взаємини) та біологічний (тілесний) рівень. Як поведінковий психотерапевт, свій метод Р. Лазарус розглядав як підхід у контексті поведінкової психотерапії, як розширений варіант відомої формули **ABC** – «Affect, Behavior, Cognition» (емоції, поведінка, думки). Але в опрацюванні А. Лазаруса формула перетворилася на **BASIC.I.D.** – Behavior, Affect, Sensation, Imaginary, Cognition, Interpersonal, Dependence (поведінка, емоції, відчуття, уявлення, думки, відносини, залежності). Що ж до

останнього, де спочатку передбачалося «biology», тобто. біологія, то вчений замінив на «dependence» [42], тобто. залежність через те, що втручання лише на рівні біології, тобто тіла, як правило пов'язано з тривалим прийомом лікарських (психотропних, наркотичних) засобів, що призводить до залежності від них, але при цьому підкреслив, що на цьому рівні дуже важливо враховувати не лише вплив лікарських засобів, якщо їх приймає клієнт (дитина, хтось із батьків), але і все, що пов'язано із харчуванням, соматичними скаргами, які можуть впливати на психологічну допомогу, терапію.

На думку А. Анг'яла, цілісними холістичними одиницями навколишнього світу є модулі, які представлені великими системами, а не відносинами окремих об'єктів, комплексів чи елементів. У своїх дослідженнях в контексті психіатрії, науковець зазначав, що цілісний аналіз ситуації пацієнта (анамнез клієнта) складається з двох етапів [2]:

- по-перше, визначення сфери, до якої належить певний феномен;
- по-друге, визначення позиції феномену в цьому контексті.

Автор вважав, що дотримання вищезазначених аспектів дає можливість вважати досліджуваний феномен повністю поясненим і, як наслідок, вивченим. Варто зазначити, що ідея науковця часто використовується під час роботи з дітьми, що зазнають травми, мають панічні атаки чи нічні страхи.

Важливо наголосити, що моделювання та модульний підхід може бути досить тривалим у часі. Оскільки зміна частини, певного підмодуля призводить до зміни модуля загалом, інакше він, тобто модуль перестане існувати як цілісність. Те саме відбувається і в психіці людини. Але, подібно до знань із системології відомо, що будь-яка система прагнути до збереження свого статусу і чинить опір будь-яким змінам. В цьому система і модуль досить подібні і діють однаково. І це не дивно, оскільки ці сили є необхідним захисним механізмом психіки. Тому не дивно, коли психолог із дорослим, дитиною починають намагатися змінити якийсь модуль, то решта модулів цьому, ніби «зовсім не раді», своєрідний терапевтичний опір. І навіть коли

здається, що відбуваються бажані зміни, часто буває різка деградація, що свідчить про те, що зміни на тому рівні на якому працюють психолог і клієнт ще не остаточні, не устатковані, не закріплені і тому не змогли змінити весь модульний комплекс. Від так, психологу варто не лише досягати змін, а діяти так, щоб вони зафіксувалися, коли інші намагаються залишитися в незмінному стані і повернути на місце все, що майже змінено.

Більшість методів психотерапії, як і психоаналіз, націлені працювати на якомусь одному рівні (модальності). Наприклад, когнітивно-поведінкова психотерапії працює з когнітивним рівнем, тобто з думками, через трансформацію яких здійснюється вплив на емоції та поведінку, з цим рівнем працює також і транзактний аналіз, тілесно-орієнтована психотерапія та інші . Таким чином, результат і досягається не швидко. Але швидкі зміни у психіці також не повинні відбуватися. Однак, коли вживається термін «не швидко», то може йтися про місяці, роки. І в останньому випадку клієнт завжди хоче прискорити процес.

Для цього Р. Лазарус пропонує психологам використовувати в роботі не один рівень-модальність, а відразу кілька, бажано, не менше трьох. У цьому випадку чинити опір змінам психіці стає значно складніше і їй доведеться вже гнучкіше відповідати на впливи, пристосовуватися до них. А це означає, що «загальний модуль» (модуль-людини, модуль-психіки) змушений буде змінюватись і повернень назад, «деградацій» майже не буде [42]. Від так, процес психологічної допомоги, проходить набагато швидше. Вчений визначав тривалість короткострокової мультимодальної психотерапії до 10 – 15 сеансів. На його думку, і практика це підтверджує, цієї кількості сеансів навіть у випадках надскладних та сильного супротиву психіки до змін, достатньо для того, щоб прибрати симптоми, що найбільш турбують клієнта, і значно знизити гостроту проблем. Цього зазвичай недостатньо, щоб у житті особистості відбулися бажані зміни, але до цих змін вже з'являються передумови, оскільки до них немає вже непереборних перешкод.

Насамкінець, слід зазначити, що мультимодальність не може і не повинна розглядатися як альтернатива комплексному фаховому спрямуванню, вибору. Кожен із них має свої завдання, так, наприклад, мультимодальність виконує функцію «швидкої допомоги», яка дозволяє значною мірою нормалізувати життя особистості «тут і зараз». А далі вже, якщо це досягнуто і вже немає причин для того, щоб поспішати і є необхідність, для остаточної стабілізації психіки можна звернутися до комплексності або інших напрямів, які працюють повільно, але надійно.

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

Варто наголосити, про такий тип допомоги, як екстрена психологічна допомога. Вона надається родинам/дітям у гострому стресовому стані (**ГСР – гострий стресовий розлад*). Цей стан – це переживання емоційної та розумової дезорганізації.

Психодіагностика, психотехніки впливу та процедура надання психологічної допомоги в таких ситуаціях дітям з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху, мають свою специфіку. Зокрема, психодіагностика в екстремальних ситуаціях має свої відмінні особливості. У цих умовах через брак часу неможливо використовувати стандартні діагностичні процедури. Дії, у тому числі практичного психолога визначаються планом на випадок надзвичайних обставин, а не звичні процедури психологічного впливу повсякденного життя

Все залежить від цілей, мети психологічного впливу на дитину, родину в екстремальній ситуації: в одному випадку необхідно підтримати, допомогти; в іншому – слід припинити, наприклад, чутки, паніку; у третьому – провести перемовини та багато іншого.

Головними принципами надання допомоги тим дітям і їх родинам, які перенесли психологічну травму внаслідок воєнних дій є:

- ✓ невідкладність;

- ✓ наближеність до місця подій і розуміння того, що відбувається з дитиною/родиною;
- ✓ очікування, що нормальний стан відновиться;
- ✓ єдність та простота психологічного впливу.

Невідкладність означає, що допомога дитині має бути надана якнайшвидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних порушень психічного здоров'я, у тому числі посттравматичного стресового розладу, неврозів.

Сутність принципу наближеності полягає у наданні допомоги у звичній обстановці та соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків, які пам'ятає дитина.

Очікування, що нормальний стан відновиться означає, що з дитиною та родиною, які перенесли стресову ситуацію, необхідно поводитися не як з клієнтом, а як зі звичайним відвідувачем, який прийшов на контрольний огляд від школи, дитячого садочку тощо. Необхідно підтримувати впевненість у швидкому поверненні нормального стану, повсякденного життя тощо.

Єдність психологічного впливу передбачає, що його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікованою.

Простота психологічного впливу – необхідно відвести дитину/дитину з родиною від джерела травми (якщо допомога відбувається на місці певного випадку), надати їжу, відпочинок, безпечне оточення та можливість бути вислуханим. Якщо процедура спілкування відбувається через тривалий час після травми, варто обережно спілкуватися, щоб питання не завдавали травми, повертаючи дитину у спогади.

Загалом, психологічна допомога після екстремальних подій, у нашому випадку це війна та її наслідки, має виконувати такі базові функції:

- практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної допомоги дітям з ООП та їх родинам;

- координаційну: забезпечення зв'язків та взаємодії з спеціалізованими психологічними службами, установами, які можуть допомогти, наприклад з налаштування кохлеарного імпланту тощо.

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації щонайменше наступними аспектами:

- ✓ Робота із групами осіб не лише з особливими освітніми потребами. Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб дітей, родин та психотерапевтичного процесу, вони були створені ситуацією, самим життям через війну, переїзд, депортацію та інші негативні події.
- ✓ Діти та їх родини часто перебувають у гострому афективному стані. Іноді доводиться працювати, коли вони знаходяться ще під ефектом ситуації, що травмує, що не звичайним для звичної психотерапевтичної роботи.
- ✓ Різноманітність супутніх (комбінованих порушень) у дітей. Наприклад, неврози у дітей, психози у батьків, розлади характеру тощо.
- ✓ Наявність майже у всіх (як дітей, так і дорослих) почуття втрати, оскільки часто родина за умов війни втратила когось із рідних, друзів, улюблені місця проживання, місця роботи тощо, що вносить додатковий внесок у нозологічну картину травматичного стресу, особливо у депресивну складову терапії.

Можна, стверджувати, що психопатологічний механізм травматичного стресу є принципово іншим і відрізняється від патологічних механізмів неврозу. Таким чином, необхідно виробити стратегії роботи з дітьми-жертвами, родинами-жертвами, які належать до тих випадків, коли діагностуємо та працюємо виключно з травматичним стресом, і ті випадки,

коли має місце складне поєднання травматичного стресу з іншими патогенними факторами внутрішнього чи зовнішнього походження.

Мета та завдання екстреної психологічної допомоги включають профілактику гострих панічних реакцій у дітей, страхів, агресивних станів, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей дитини; психотерапію прикордонних нервово-психічних порушень, що могли виникнути. Такий тип допомоги має ґрунтуватися на принципі інтервенції в поверхневій модулі свідомості, тобто це робота з симптоматикою, а не з синдромами.

Проведення психотерапії та психопрофілактики здійснюють у двох напрямках. Перше – зі здоровою частиною населення або менш ушкодженою (батьки, рідні) – у вигляді профілактики:

- а) гострих панічних реакцій;
- б) відтермінованих, нервово-психічних порушень.

Другий напрямок – психотерапія та психопрофілактика осіб з розвиненими нервово-психічними порушеннями.

Внаслідок здійснення великої дослідницької програми німецькі психологи Б. Гаш і Ф. Ласогга розробили ряд рекомендацій для психолога, іншого спеціаліста, які працюють в екстремальних ситуаціях [41]. Для українців такою екстремальною ситуацією стала війна та її наслідки. Ці рекомендації корисні психологам при безпосередній роботі з дітьми, дорослими-рідними, батьками. Серед основних правил авторами виокремлено такі.

1. Дитина, що потребує допомоги має відчувати, що в ситуації він/вона не самотні. Наприклад, під час зустрічі скажіть: «Я залишуся з тобою, доки ми не знайдемо спосіб, як подолати твої страхи, панічну атаку ...». Батьки, опікуни обов'язково мають бути поінформовані про те, що відбувається з дитиною.

2. Обережно встановлюйте тілесний контакт. Легкий тілесний контакт зазвичай заспокоює дитину. Тому візьміть її за руку або покладіть руку на

плече. Торкатися голови або інших частин тіла не рекомендується. Займіть становище на тому ж рівні, що й зріст дитини або той рівень на якому вона сидить. Під час спілкування з дорослими також намагайтеся перебувати на одному рівні з ними, дивитися в очі.

4. Говоріть та слухайте. Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Головне – це не продемонструвати, який Ви розумний, а дати можливість дитині, дорослому поділитися горем, подією, що була пережита. Говоріть і самі, але бажано спокійним тоном, навіть якщо постраждалий (дитина/батьки) втрачають витримку. Не виявляйте нервозних проявів, нетерплячості.

Лише деякі біди чекають, поки потенційні жертви будуть попереджені. Війна була тією подією, яка сталася із дорослими і дітьми несподівано. Чим раптовіша подія, тим вона більш руйнівна для психіки особистості, тому пам'ятайте, що особистість не має жодного досвіду, як себе потрібно поводити і що відчувати! Будь-хто під час спілкування може втратити контроль (як дитина, так і дорослий). Якщо ж втрата контролю зберігається досить довго, навіть у компетентних та незалежних людей можуть спостерігатися ознаки «Вивченої безпорадності». Навіть короткі загрозливі для життя ситуації можуть змінити особистісну структуру людини та її «пізнавальну карту». Зіткнення зі смертю, які повторюються, можуть призводити до глибоких змін особистості різного віку на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю дуже можливе виникнення важкої екзистенційної кризи.

Важливе місце в психології екстрених ситуацій, як то війна, мають місця питання про динаміку психогенних розладів, що розвинулися в небезпечних ситуаціях. Цим аспектам присвячено досить багато спеціальних досліджень. Так, відповідно до робіт Національного інституту психічного здоров'я (США), психічні реакції під час катастроф поділяються на чотири фази: героїзму, «медового місяця», розчарування та відновлення [31].

1. Героїчна фаза починається безпосередньо в момент проблеми, біди, горя та триває кілька годин. Для неї характерні альтруїзм, героїчна поведінка, спричинена бажанням допомогти людям, врятуватися, вижити. Неправдиві припущення, думки про можливість подолати те, що відбулося, виникають саме в цій фазі.

2. Фаза «медового місяця» настає після «біди-катастрофи» і триває від тижня до 3–6 місяців. Ті, хто вижив і справився (переважно дорослі, або старші дошкільники, підлітки), відчують сильне почуття гордості за те, що подолали всі небезпеки і залишилися живими. У цій фазі особистість сподівається і вірить, що незабаром всі проблеми та труднощі будуть вирішені.

3. Фаза розчарування зазвичай триває від 2 місяців до 1-2 років. Сильні почуття розчарування, гніву, обурення та агресивності виникають внаслідок краху надій.

4. Фаза відновлення починається, коли ті, хто пережив травмівні події, усвідомлюють, що їм самим необхідно налагоджувати побут і вирішувати проблеми, що виникають, і беруть на себе відповідальність виконання цих завдань, починають знову повертатися до виховання дітей, а не лише механічного відтворення функцій «їсти-спати-годувати».

Інша класифікація послідовних фаз або стадій у динаміці стану особистості після психотравмівних ситуацій запропоновано в роботі О. Рейздіного [19]:

1. «Гострий емоційний шок». Розвивається одразу за станом заціпеніння та триває від 3 до 5 годин; характеризується загальною психічною напругою, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття та збільшенням швидкості розумових процесів, проявами безглуздої сміливості водночас зі зниженням критичної оцінки ситуації, але зі збереженням здатності до доцільної діяльності. В емоційному стані в цей період переважає відчуття відчаю, що супроводжується відчуттями запаморочення та головного болю, серцебиттям, сухістю в роті,

спрагою та ускладненим диханням. До 30% обстежених батьків під час суб'єктивної оцінки погіршення стану одночасно відзначають збільшення працездатності в 1,5-2 рази та більше.

2. «Психофізіологічна демобілізація». Тривалість етапу становить три доби. Для абсолютної більшості обстежуваних родин початок цієї стадії пов'язаний з першими контактами з тими, хто отримав травми (часом із спогляданням тіл загиблих, з розумінням масштабів трагедії) («стрес усвідомлення»). Характеризується цей етап різким погіршенням самопочуття та психоемоційного стану з переважанням почуття розгубленості, панічних реакцій (нерідко – ірраціональної спрямованості), зниженням моральної нормативності поведінки, зниженням рівня ефективності діяльності та мотивації до неї, депресивними тенденціями, деякими змінами функцій уваги та пам'яті (як правило, родини не могли досить чітко згадати, що вони робили за декілька днів до та після). Більшість опитаних скаржились у цій фазі на нудоту, «тяжкість» у голові, неприємні відчуття з боку шлунково-кишкового тракту, зниження (навіть відсутність) апетиту. До цього ж періоду відносяться перші відмови від виконання батьківських обов'язків.

3. «Стадія дозволу» – 3–12 діб після лиха чи травмивної ситуації. За результатами опитувань родин, що пережили втрату оселі, бомбардування, поступово стабілізується настрій та самопочуття. Однак за результатами спостережень, у більшості обстежених зберігаються знижений емоційний фон, переважають обмеження контактів з оточуючими, гіпомімія (маскоподібність обличчя), зниження інтонаційного забарвлення мови, уповільнення рухів. На кінець цього періоду з'являється бажання «виговоритися», що реалізується вибірково і спрямовано переважно на осіб, які не були очевидцями негативних (спільних) подій). Одночасно з'являються сни, які були відсутні у двох попередніх фазах, у тому числі тривожні і кошмарні сновидіння, що в різних варіантах відображають враження від трагічних подій.

На тлі суб'єктивних ознак деякого покращення стану об'єктивно відзначається подальше зниження фізіологічних резервів (наприклад, гіперактивація). Прогресивно наростають явища перевтоми. Середні показники фізичної сили та працездатності (порівняно з нормативними даними для різних вікових груп батьків) знижуються на 30%. У середньому на 30% зменшується розумова працездатність дорослих та на 15% - дітей, з'являються ознаки синдрому пірамідної міжпівкульної асиметрії.

4. «Стадія відновлення». Починається приблизно з 12-го дня після травмивних, руйнівних екстремальних подій. Найбільш виразно особливості стадії проявляються у поведінкових реакціях: активізується міжособистісне спілкування, починає нормалізуватися емоційне забарвлення мови та мімічних реакцій, вперше після катастрофи можуть бути відзначені жарти (серед дорослих), що викликали емоційний відгук у оточуючих, відновлюються більш менш нормальні сновидіння. Але якщо діти більш швидко починають відновлювати емоційну сферу (жартувати, веселитися), то сновидіння у них із наявністю жахів тривають набагато довше. Враховуючи досвід інших країн, зокрема Ізраїлю, можна також припускати, що в осіб, які перебували в осередку травмивної події, активізується розвиток різних форм психосоматичних розладів, пов'язаних з порушеннями діяльності шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, імунної та ендокринної систем.

Продовжуючи тему щодо допомоги дітям з ООП та їх родинам. Варто згадати таке явище, яке відбувається після травмивної події – це «життя у режимі стоп». Все навколо перестає існувати, особливо, якщо хтось із представників чоловічої статі захищає Батьківщину (служить в лавах ЗСУ), перебуває в полоні, зник безвісти. Діти та догляд за ним перетворюється в механічну процедуру. І часто мама з дитиною міняється місцями.

Так, наприклад, реально існуюча історія війни в Україні (**історію оприлюднено із дозволу учасників без використання імен*). Сім'я має склад мама, тато та двоє синів. Тато пішов захищати Батьківщину і довгий час про нього не було звісток, жодні реєстри та пошуки не могли відповісти матері на

це питання. І від перевертоми, «поставленого життя на стоп», виснаження, як жінки, мама міняється ролями із сином. Вона стає маленькою дівчинкою, яка плаче і чекає коханого чоловіка. А старший син, якому лише 12 років, бере опіку та доглядає молодшого брата (7 років) і свою маму, кажучи їй, що тепер він її чоловік, сила та надія: купує продукти, готує їжу, робить домашні завдання, готує молодшого до школи.

На перший погляд, історія про мужність дитини та спогади радянського минулого, де це було нормою. Але подібні історії потрібно інтерпретувати дещо інакше. Мама – це доросла особа, вона створила родину, вона доглядала, навчала і ростила синів протягом 13 років двох хлопців, відповідала за порядок у родині. Мама – це архетип годувальниці, зваженості, мудрості, поради (умовно, спираючись на описи К. Юнга [25]). Від так, вона, виконуючи свою роль, реалізуючи свій архетип не мала права навіть за умов травми змінювати свою роль та обмінювати її із роллю сина (дитини).

Досить часто батьки ставлять питання: «Як допомогти дитині з ООП?», «Що можна зробити додатково?», «Як правильно їй пояснювати війну?». По-перше, не можна ставити життя на «стоп», особливо, коли існує родина в якій є діти і деякі з них мають особливі освітні потреби.

Так, ніхто з нас не готовий був до війни, психологічних травм, паніки, панічних атак, депресій тощо. З першими ударами від несподіванки українці більш менш впорались. Тепер важливо і необхідно чинити відповідно до соціальних та психологічних норм, звертатись до спеціалістів, медиків, вихователів, психологів, корекційних педагогів тощо. Дуже шкода, що з радянського минулого особистість навчали писати, читати, рахувати, а процесу дорослішання та становлення власного дорослого «Я» не навчали, оминали цю тему. Тому більшість подружніх пар та родин почали розлучатися з початком коронавірусу, потім війни. Більшість із юридично дорослих осіб не вміють сваритися, просити вибачення та будувати життя, не псуєючи кордони та «Я-особистість» іншого.

Техніками екстреної психологічної допомоги у таких ситуаціях

У дорослого члена родини, часом і дитини в екстремальній ситуації можуть з'являтися такі симптоми, як маячня, галюцинації, апатія (емоційне вигорання), ступор («життя на стопі»), гіперактивне рухове збудження, невмотивована агресія, страхи, безсоння, істерики, нервові тремтіння, плач, панічні атаки та ще багато різних особливостей поведінкової та емоційної системи.

Допомога психолога у цій ситуації полягає, насамперед, у створенні умов для нервової «розрядки».

Маячня, галюцинації. Критична ситуація (переживання війни та її наслідків) викликає у дитини/дорослого потужний стрес, призводить до сильної нервової напруги, порушує рівновагу в організмі, негативно позначається на здоров'ї загалом – як фізичному, так і психічному також. Це може загострити вже наявні порушення в організмі або порушення нервової системи.

До основних ознак марення відносять помилкові уявлення або висновки, у неправильності яких дорослого/дитину неможливо переконати. Галюцинації характеризуються тим, що постраждалі переживають відчуття присутності уявних об'єктів, які в даний момент не впливають на відповідні органи почуттів (можна чути голоси, бачити людей, відчувати запахи тощо).

Apatia може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи, очікування, або в ситуації, коли людина зазнає серйозної невдачі (втрата помешкання, втрата близької особи), перестає бачити зміст свого життя, не хоче працювати, або, наприклад, коли не вдалося когось врятувати, близький, що потрапив у біду, загинув, сильно постраждав. Тоді особа відчуває втому (їй не хочеться ні рухатися, ні говорити, рухи і слова даються з великими труднощами). Якщо дорослу людину або дитину/підлітка залишити без підтримки та допомоги в такому стані, то апатія може перейти в депресивні стани (важкі, складні емоції опонують багатьма сферами функціонування особистості, можна буде спостерігати пасивність поведінки,

пригнічуватиме почуття провини, відчуття безпорадності перед життєвими труднощами, безперспективність тощо).

У стані апатії доросла людина і дитина можуть перебувати від кількох годин до кількох тижнів. До основних ознак цього стану варто віднести: байдуже ставлення до оточуючого/оточуючих; млявість, загальмованість; повільна, з довгими паузами, перервами мова.

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму дитячого і дорослого організму. Він настає після сильних нервових потрясінь (вибух, напад, жорстоке насильство), коли особистість витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з оточуючим світом уже немає або не має довіри до світу, зникає зміст, сутність існування. Ступор може тривати від кількох хвилин до кількох годин. Тому, якщо не надати допомогу та постраждала особистість перебуватиме в такому стані досить довго, це призведе до фізичного виснаження. Оскільки контакту з навколишнім світом не має, постраждалий не помітить небезпеки і не буде вживати дій, щоб їх уникнути. Основними ознаками ступору варто означити: різке зниження або відсутність довільних рухів та мови; відсутність реакцій на зовнішні подразники (шум, світло, дотик, пощипування); «застигання» у певній позі, міміці, заціпеніння, часом, повний стан нерухомості; можливе також напруження окремих груп м'язів.

Рухливе збудження. Часом потрясіння від критичної ситуації (вибухи, переховування у підвалах, переїзди, втрата близьких або травми рідних тощо) настільки сильні, що дитина просто перестає розуміти, що відбувається довкола. Діти не можуть визначити, де вороги, а де помічники, де небезпека, а де спасіння, навіть, де рідні, а де чужі люди. Як доросла особистість, так і малолітня, втрачають здатність логічно мислити та приймати рішення, стають подібними до тварини, що кидається, агресивно поводить себе в клітці. Основними ознаками рухового збудження є: різкі рухи, часто безцільні та безглузді дії; ненормально гучна мова або підвищена активність мовлення (дитина, наприклад, говорить без зупинки, іноді

абсолютно безглузді речі, жестикулює непов'язані розповіді та ін.); часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази). Для психологів, педагогів чи членів родини важливо пам'ятати у таких випадках декілька особливостей:

- Обов'язково використовувати прийоми «захоплення» (затискання потерпілого до себе);
- Говорити виключно спокійним голосом про почуття, які він відчуває, змусити людину говорити;
- Не сперечатися з постраждалим;
- Пам'ятати про обережність, оскільки постраждалий може завдати шкоди тому, хто допомагає, собі та іншим.

Стан збудження, зазвичай, триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресія. Агресивна поведінка – один із мимовільних способів, яким організм особистості «намагається» знизити внутрішню напругу. Прояв злості, люті чи агресії може зберігатись досить тривалий час і заважати самому постраждалому та оточуючим.

Основними ознаками агресії є: роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу); завдання навколишнім ударів руками або будь-якими предметами; вербальна агресія, нецензурні вирази, м'язові контрактури, напруження тіла або судоми, підвищення тиску, почервоніння обличчя та багато інших ознак. Якщо не надавати допомогу розлюченій дитині чи дорослому, це може призвести до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями особистість здійснюватиме необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі (аутоагресія) та іншим.

Страх. Дитина, яка пережила події війни може прокидатися вночі від того, що їй сниться жах. Вона боїться темряви, гучних звуків, чудовиськ під ліжком, різких рухів – це є форми страху. До основних ознак страху варто віднести: напруження м'язів (особливо обличчя); сильне серцебиття;

прискорене поверхнєве дихання; знижений контроль за власною поведінкою. Панічний страх, жах може спонукати дитину до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому діти дуже погано контролюють себе, не усвідомлюють, що вони роблять і що відбувається навколо. В таких випадках дуже важливо звертаєтся до психологів, а першою допомогою можуть бути наступні кроки:

- Покласти руку на плече дитини, щоб вона відчула тепло, спокійний, рівний пульс старшої людини. Так, дитина відчуває, що вона не одна і їй можуть врятувати за будь яких незвичних ситуацій.
- Дихати необхідно глибоко та рівно, попросити про це згодом і дитину, заохочуючи її дихати в одному ритмі.
- Якщо дитина говорить – обов'язково слухайте її, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

Нервовє тремтіння. Після екстремальної ситуації під час воєнних дій може з'являтися неконтрольоване нервовє тремтіння (особа будь-якого віку не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Таким чином організм звільнюється від напруги. Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться всередині організму, в тілі, і викликати м'язові болі, а надалі, може призвести до розвитку таких серйозних захворювань, як гіпертонія, виразка шлунку, коліти та ін. Основними ознаками цього стану є: раптовий початок тремтіння, одразу після негативної події або через певний час; виникає сильне тремтіння всього тіла або окремих його частин (дитина не може утримати в руках дрібні предмети, написати свою адресу, випити склянку води та ін.); реакція продовжується досить довго (до кількох годин); потім постраждалий відчуває сильну втому і потребує відпочинку, часто – сну.

Варто обов'язково відмітити, що в таких станах потрібно посилити тремтіння; взяти дитину за плечі і сильно, різко потрясти протягом 10–15 секунд. При цьому важливо продовжувати розмовляти з нею, інакше дитина

може сприйняти такі дії, як напад. Після того, як напад завершується, реакція стає слабшою – необхідно надати можливість відпочити. Бажаним є сон.

Наголосимо, що за такого стану ні в якому разі не можна: обіймати потерпілу дитину або притискати її до себе; укривати чимось теплим; заспокоювати, говорити, щоб дитина взяла себе в руки.

Плач. Коли дитина плаче (та й дорослий також), організм виділяє речовини, які мають заспокійливу дію. Добре, якщо поряд є хтось, з ким можна проговорити думки, те, що турбує, бентежить, спричинює біль. Основними ознаками цього стану є: дитина плаче або готова розплакатися; тремтять губи; візуально спостерігається відчуття пригніченості; на відміну від істерики, немає ознак збудження.

Оточуючим дитину у такий момент варто пам'ятати декілька аспектів: по-перше, дитині не потрібно стримувати сльози, оскільки вона не отримує емоційного виходу напруги, не має полегшення; по-друге, сльози знеболюють і від плачу часто хочеться спати, що є чудовим способом перезавантаження.

Істерика. Істеричний напад триває кілька хвилин або кілька годин. Основними його ознаками є: збережена свідомість; надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози; мова стає емоційно насиченою, швидкою; з'являються крики, ридання, часто награні, не справжні.

У таких випадках дуже важливо прибрати глядачів, створити спокійну, тиху атмосферу, не потурати бажанням того, хто чинить істерику. Щоб припинити істерику можна, наприклад, несподівано вчинити дію, яка може сильно здивувати дитину(можна неочікувано умити холодною водою, з гуркотом впустити предмет, різко крикнути тощо). У таких випадках психологу чи оточуючим важливо бути впевненими у собі, говорити чітко. Якщо вчинити все вірно – істерика швидко мине і дитина буде знесилена, часом, може навіть заснути

II. СУТНІСТЬ ТА ПРІОРИТЕТНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ У НАДАННІ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ: ПОВОЄННИЙ ПЕРІОД.

Розділ розкриває сутність основних психологічних проблем, які виникають у дітей, що спостерігають, проживають травмівні події, зокрема війну, посттравматичні порушення, насилля під час воєнних дій, суїцидальні стани, також характеризує способи реакцій на травмівні події батьків, найближчого оточення, що має безпосередній вплив на поведінку, емоційні реакції, саморегуляцію дитини з ООП, зокрема з порушеннями слуху.

Буде розглянуто низку негативних станів, в яких може перебувати дитина з позиції емоційної та поведінкової сфери, які складно опанувати, незалежно від того страху є видуманим, гіперболізованим чи реальним. Основна мета цього розділу – дослідити означені проблеми не лише як наукове питання психологічних феноменів, а, в першу чергу, як розроблення практичних порад та першої психологічної допомоги дитині, батькам за умов війни та у післявоєнний період.

Наприклад, посттравматичний синдром у дітей з особливими освітніми потребами, зокрема і з порушеннями слуху, є одним із найбільш розповсюджених та характерних психологічних станів під час війни в Україні. Домінуючими є гострі, хронічні негативні емоційні переживання: тривоги, страхи, агресивність, дратівливість, дисфорія та панічні атаки. У таких станах виникають афекти, які можуть досягати такого рівня інтенсивності, що дезорганізують звичний стан когнітивних, поведінкових, саморегуляційних та соціальних систем особистості дитини, ускладнюючи процес адаптації до подій, що відбуваються та призводять до суїцидальних думок, а часто й дій.

Варто підкреслити, що інтенсивні емоційні переживання, такі, як стрес та посттравматичний стресовий розлад/порушення характерні і дорослим. Родина, батьки, тобто дорослі особи часто ускладнюють

психологічну терапію дитини та її психологічний супровід, вони змінюють адекватне, реальне сприйняття дитиною дійсності, не вірно оцінюють ситуацію, заважають, часом, знаходженню позитивного виходу зі стресової ситуації.

Зазвичай, будь-яка стресова ситуація, особлива така, як війна, насичена різними емоціями, які потребують психологічної підтримки. Дорослі мають допомагати дитині адаптуватися в нових реаліях, продовжувати освітній, навчальний та виховний процес. Батьки, виховуючи малолітню дитину (дошкільний вік) обирають поведінку відсторонення від дитини, констатуючи, наприклад, щось подібне «він/вона малі – не пам'ятають», «не маю часу на його/її сльози, є важливіші проблеми» та багато інших подібних висловлювань-думок.

Окрім означених проблем, варто пам'ятати, що збройний конфлікт, який виник в Україні був раптовим і не має психологічних рапортів, аналогів, як краще діяти в таких ситуаціях. Так, існують зарубіжні дослідження, але вони не «підлаштовані» під особливості нашого менталітету, під наші архетипи. Це є надзвичайний стресовий вплив, що не характерний будням населення України, будням психологічної діяльності і може викликати й незвичні поведінкові реакції з боку дорослих по відношенню до дитини: емоційна холодність, байдужість, агресивність, підвищена тривожність, злість тощо.

Від так, враховуючи все вище окреслене, особливість ситуації, недостатність досліджень психологічного стану найбільш незахищеної категорії українців – дітей з особливими освітніми потребами (з порушеннями слуху) планується продовжити вивчати особливості стресових реакцій, рестресу, депресивних та тривожних станів, створювати рекомендації для батьків та освітян щодо можливої мінімізації впливу війни на розвиток особистості дитини, її подальшого становлення у дорослому світі.

2.1. Психологічна допомога дитині з ООП за умов панічних атак

Панічні атаки дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху – це стани за умов яких дорослому складно опанувати себе, а дитині з порушеннями слуху будь-якого віку та гендерної належності потрібна додаткова фахова допомога. Психологічна підтримка та психологічна допомога дітям за умов війни та у післявоєнний період є не класичним розумінням професійного консультування чи супроводу. Такий тип допомоги не передбачає детального обговорення, аналізу чи встановлення хронології та суті подій, які викликали стан стресу у дитини 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 очевидною причиною травмування, стресу, що можуть викликати паніку. Під поняттям паніка буде розглянуто не один із видів поведінки натовпу, який знаходиться в умовах поведінкової невизначеності, а стан підвищеного емоційного збудження окремої особистості, який характеризується безконтрольним почуттям страху.

На думку психобіологів, паніка – це стан, який тісно пов'язаний з інстинктом самозбереження, який проявляється у особистості незалежно від її інтелектуального рівня, віку, гендерної належності та є сигналом тривоги в небезпечній ситуації, тобто такій, яка загрожує життю та цілісності кордонів особи. В основі паніки є страх – тривога, що виникає, як результат переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, породження некерованої, нерегульованої поведінки особистості, досить часто, з повною втратою самоконтролю, саморегуляції низки систем (емоційної, поведінкової, вольової та інших), нездатністю реагувати на звернення/слова дорослих тощо. У сьогоdnішніх реаліях пусковими механізмами для паніки дитини, панічних атак є війна та її супутні особливості, події, які спостерігає дитина (руйнація будинків, переїзди на більш безпечні території, зміна однієї країни проживання на іншу, тривоги та

перебування у бомбосховищах, перерви у навчанні, зміна видів навчання з офлайн на дистанційне, втрати рідних та багато інших подій). Таким чином сутність психологічної допомоги містить такі аспекти, які характеризуються ненав'язливим, але терміновим у часі наданням психологічної підтримки; оцінка основних потреб і проблем «тут і зараз» без далекого планування терапії; наданням допомоги у задоволенні нагальних потреб (наприклад, таких як їжа, вода, теплий одяг, приміщення для відпочинку, інформація тощо); вмінням вислуховувати родину/дитину, але не примушуючи говорити; вмінням та знаннями заспокійливих психотерапевтичних способів для дітей під час паніки; здатністю швидкого навчання батьків щодо правильного спілкування з дитиною під час паніки/панічної атаки, не травмуючи її.

Низка вчених, якими проведено перші дослідження щодо панічних атак особистості дитини з особливими освітніми потребами, зокрема і з порушеннями слуху, наголошують на адаптивності психіки дітей починаючи від раннього до підліткового віку. Н. Барковець [28], В. Буцик [6], К. Дорошенко [9], А. Матча акцентують, що за умов своєчасного і швидкого психологічного супроводу під час паніки, дитина зможе швидко пережити такі стани і в майбутньому формувати свою індивідуальність без травмивних наслідків для провідних сфер особистості. Інші ж науковці наголошують на пошуку сильних сторін психіки, які могли б компенсувати більш слабкі її сторони та в цілому порушення особистості після збройного конфлікту (більш сильна сфера, наприклад поведінкова, заміщує емоційну та саморегуляційну, що балансує подальший розвиток особистості) у дітей із різними особливостями атипового розвитку. Це відмічають у своїх роботах О. Олексєєва [43], О. Бондаренко [5], Д. Ворона, Ф. Вітковський, Л. Гільшин, М. Корнієнко, О. Романенко [20], Т. Симківська та ін. Підкреслимо, що роботи, які з'явилися в наукових колах із початком війни, звертають свою увагу на дітей старшого шкільного та підліткового віку, які пережили травмивну подію за умов війни С. Литовченко, О. Мозолук, О. Соколова [23], О. Чеботарьова та кілька досліджень, що стосуються переважно осіб

дорослого віку з атипичним розвитком, досить мало згадок про ранній та дошкільний вік. Цей аспект можна пояснити тим, що феномен та наукова категорія «паніка» має складний характер для досліджень, який зумовлений раптовістю її виникненням, а також складністю в ситуації паніки залишитися спостерігачем, дослідником, оскільки будь-яка людина, яка опинилася «всередині» системи паніки, в тій або іншій мірі піддається їй. Психолог-науковець не може довгий час бути осторонь і прагне втрутитися, щоб допомогти знаннями, досвідом, практичними навичками. Від так, говорити про «чисте дослідження» без втручання у таких випадках не є коректним. Тому існуючі дослідження паніки залишаються на рівні описів, які здійснено після її завершення. Особливо, якщо науковець спостерігає не за дорослим, а за дитиною

Незважаючи на складність вивчення даної проблеми, явище паніки досліджено і описано в роботах вітчизняних і зарубіжних науковців. Серед них О. Олексєєва [43], О. Андросюк, О. Вовченко [8], Г. Лебон, К. Мірошниченко, М. Міщук Д. Оліховська, Г. Сельє [22], Є Семенюк, Н. Тимошенко. У своїх дослідженнях автори виокремили сутнісні характеристики феномену паніки у дорослої особистості, особистості дитини, зокрема і з особливими освітніми потребами; описали особливості виникнення, і головне – можливі механізми психологічної роботи з ним.

Як правило, психотерапевтична робота з панічними атаками дітей з особливими освітніми проблемами, як зазначає О. Олексєєва, подібна до лінійного процесу, який приходить до розв'язання [43]. Наприклад, пусковий механізм паніки є передбачувана (навіть не існуюча загроза), за нею слідує тривожна реакція, далі успішне подолання цієї реакції та зниження тривоги/паніки дитини.

Однак за умов панічних атак у дітей існує і складний циклічний процес, у якому когнітивні та поведінкові реакції призводять до підтримки або підвищення тривоги як наслідок зростання паніки. Наприклад, контрольна робота (навіть дистанційного характеру, коли дитина в комфортних умовах

вирішує завдання) у тривожного учня сприймається як загроза життю/здоров'ю/безпеці тощо. Тривожність не дає учневі зосередитись, він не може готуватись, має поганий результат/оцінку – це підтверджує переконання про контрольну роботу як «чудовиська», і надмірна тривога зберігається. Тригер тривоги закріплюється і переростає у постійний. Постійні тривоги за відповідних умов формують панічні атаки.

Розглядаючи панічні атаки, важливо акцентувати увагу на найближчому оточенні дитини: поведінка, емоції, наявність психічних порушень та багато іншого.

За умов травмівних впливів, як то війна, можна виокремити чотири типи реакції дорослих, що відповідно, відображається на стані дитини з порушеннями слуху. Чим менший вік дитини, тим яскравіше виражені ознаки: реагування на травмівну подію без ознак порушення адаптації, непатологічна психічна адаптація, патологічна психічна адаптація, адаптація через порушення [28], [29].

Реагування на травмівну подію без ознак порушення адаптації. Характеризується настанням події, що є небезпечною для життя особи, яка її переживає. За таких умов, 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) [9]. 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), наприклад 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. Але незважаючи на фізичний захист з боку дорослого, дитина не відчуває моральної підтримки, що може провокувати паніку («Батьки нічого не пояснюють», «Ми кудись біжимо», «Я спала, мене витягли в нічному одязі з ліка, і не встигла забрати улюблену іграшку» ...).

Коли небезпека минає, починається етап розслаблення, що характеризується неконтрольованим тремтінням тіла як у дорослого, так і у дитини і може тривати кілька годин. 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. 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.

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 [28]. 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 від інших дорослих та дитини,

змінюється її сприйняття тощо. У такому стані дорослому з дитиною з порушеннями слуху 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 дорослі та дитина можуть реагувати психомоторним збудженням, що проявляється швидкими, хаотичними, незвичними рухами. Увага звужується, цілеспрямована діяльність стає неможливою або наявні проблеми з концентрацією, адекватним сприйняттям реальності. Дитині, наприклад, складно відтворювати інформацію, особливо щодо травмівної події. В такому стані дитині чи дорослому складно залишатися в одному положенні: вона лежить, встає, безцільно рухається [29]. 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 наступає період виснаження, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмуючої ситуації (від 15 до 30 днів) та типу нервової системи дитини. В цьому стані, як правило, дорослі не скаржаться і не звертаються за допомогою до психолога, часто не звертають уваги і на стан дитини, її скарги. Але саме в цей момент можна констатувати порушення сну, зміну харчової поведінки, зменшення маси тіла, прискорення пульсу (на відміну від звичного), підвищення артеріального тиску тощо [7]. За такого стану дорослий здатен виконувати буденні завдання, дотримуватися порядку денного та здійснювати прості освітні завдання із дитиною, але не повністю, не повноцінно надавати їй моральну підтримку.

Реагування на травмівну подію патологічною психічною дезадаптацією. За умов патологічних реакції на травмівну стресову подію формується «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.

Дорослий та/або дитина можуть стати повністю нерухомими (стан «заціпеніння»), реагування на зовнішні подразники (шум, світло, дотики) уповільнене, часом відсутнє. Іншим варіантом психопатологічної реакції 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) [22].

Реагування на травмівну подію адаптаційними порушеннями.

Більшість із тих, хто пережив травмівну подію, пристосовуються до нових умов життя, реалій і, як наслідок, короточасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких – симптоми залишаються, і, часом, стан погіршується і людина/дитина переживають періодично стани паніки, панічної атаки. Симптоматика у таких випадках різна, але, переважно, поєднує неспокій, страх, стрес, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку, невротичні стани [6].

Наголошуємо, що неминучими наслідками екстремальних ситуацій, травмівних подій є руйнування базової потреби особистості в безпеці, порушення стабільності, передбачуваності. Як наслідок, це призводить до складних відтермінованих наслідків: невротизації, депресивних станів, панічних атак втрати тощо.

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 з порушеннями слуху 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 з особливими освітніми потребами.

Вчені-практики наголошують, що навіть за умов стресу батьків, мінімальна навчальна діяльність, позитивний емоційний зв'язок з дитиною, спілкування на нейтральні теми 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 [45]. 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 з порушеннями слуху 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, продовження корекційних занять або хоча б вправ, які зазвичай виконувала дитина для розвитку мовлення, слухосприймання тощо, наповнення враженнями для ефективного розвитку. Як зауважує І. Бех, « ... попри пластичність психіки дитини, 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» [4].

Сучасній дитині, особливо 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.

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

- формування почуття безпеки, спокою, надії, за можливості, зв'язку з іншими однолітками;

- сприяння дитині доступу до емоційної, а її батькам (близьким, що зараз знаходяться із нею) доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки;
- зміцнення віри в батьків, що поруч із дитиною, в можливість допомогти собі та оточуючим, зокрема власній дитині.

Варто також згадати, що саме дитина з порушеннями слуху зустрічається, окрім травмівної ситуації, що склалася в Україні, з дисбалансом фізичного і психічного розвитку, що актуалізує вікові кризи. Психолог, який працює із батьками дитини з порушеннями слуху за умов війни має проговорити ці ознаки вікових криз (відповідно до віку певної дитини), щоб правильно охарактеризувати стан дитини і не сплутати «кризу віку» із впливом травмівної події. Психолог пояснить батькам, існування вікових криз, їх сутність, те, що їх виникнення є неодмінним та безумовним, те, що 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 її 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 дитини з порушеннями слуху за умов війни є:

- фізичний розвиток дитини, охорона і зміцнення її здоров'я;
- розвиток пізнавальної активності, формування різних видів мислення, пам'яті, уяви;
- вироблення моральної спрямованості;
- навчання спілкуванню і стосунків з оточуючими;
- формування готовності до систематичного шкільного навчання [8].

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, мотивація.

Підкреслимо, що недостатнє врахування особливостей вищої нервової діяльності дітей з порушеннями слуху провокує конфлікти, дисгармонію їх взаємин із навколишнім світом, своїм внутрішнім «Я» і появу панічних атак. Пов'язано це також із формуванням акцентуації дитини, 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, стани паніки та ін.

Важливо пам'ятати, що за умов зміни місця проживання (переїздів), травмівної події чи будь яких інших ситуацій із негативними афектами 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).

Багато складнощів у розвитку дітей 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, наприклад, раннього дитинства, доводити його самоцінність як базисної установки всього подальшого розвитку дорослої особистості. 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, паніки дитини;
- знервованість батьків, пов'язана з виконанням чи/та поєднанням 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 самостійно;
- 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 чи наявності панічних атак у дитини;

- конфліктні стосунки у сім'ї;
- розлучення батьків (особливо під час війни), повторні шлюби та багато іншого.

Численні дослідження паніки дають змогу констатувати, що це стихійний, неорганізований стан, а емоції дитини подібні до хаотичних коливань від одного афекту до іншого [36], [43], [45]. Це стан, що викликає відчуття безконтрольного страху, заснованого на реальній або уявній загрозі та поведінковій невизначеності. Варто відмітити, що паніка є деструктивним явищем, яке супроводжується криками, травмами для дитини. Зважаючи на думку дослідників [9] паніка може мати різні наслідки для розвитку та формування дитини з порушеннями слуху, особливо, якщо її зафіксовано вперше в ранньому віці або дошкільному. Дорослі часто нехтують ці вікові періоди, думаючи, що вони прості, подібні 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.

Підсумовуючи, зазначимо, що паніка та панічні атаки є складним емоційним станом, якому не легко протидіяти. Ефективним способом боротьби з таким станом для дитини з порушеннями слуху є переконання, мотивація, пояснення помилковості небезпеки, жахливості ситуації та наявність поруч поміркованих, свідомих батьків, які будуть готові до подібних станів чи вікових криз з якими можна деколи сплутати панічну атаку. Батьки мають розуміти, що за умов нестабільності оточуючого середовища їх основна задача – це продовжувати формування психіки дитини за законами нормального, типового середовища без негативної динаміки.

2.2. Посттравматичні розлади та особливості допомоги дітям з порушеннями слуху

Дослідження в сфері посттравматичного стресу розвивалися незалежно від досліджень стресу і ситуацій, які відбувалися в країні, суспільстві. Але події лютого 2022 року суттєво змінили ставлення дослідників до категорії стресу, посттравматичних порушень та стресостійкості людини та неповнолітньої особи. Дослідники активно почали інтерпретувати положення наукових доробок Г. Сельє. Центральним положеннями концепції стресу, запропонованої в 1936 році науковцем [22] була гомеостатична модель самозбереження організму та мобілізація ресурсів для реакції на стресор. Усі впливи на організм він розділив на специфічні і неспецифічні ефекти стресу, які виявляються як загальний адаптаційний синдром. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакція тривоги; 2) стадія резистентності; 3) стадія виснаження. Науковець ввів поняття адаптаційної енергії, що мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження незворотне і веде до старіння та загибелі організму.

Такі психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – афективні переживання, які супроводжують стрес і ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Саме такі афективні переживання почали активізуватися на психічному та фізичному рівнях українців. Оскільки емоції першими залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту.

Емоції першими було задіяно в організмах дорослого та дитячого покоління України, починаючи з 24 лютого і до сьогодні, саме емоційна система задіяла стресову реакцію під час впливу екстремальних і травмивних подій. Як наслідок, було активовано функціональні вегетативні системи та їх специфічне ендокринне забезпечення, що регулює поведінкові реакції.

Згідно із сучасними уявленнями в психології, емоційний стрес можна визначити як феномен, що виникає у зіставленні вимог, що постають перед особистістю з її здатністю впоратися з ними. У разі відсутності у людини

стратегій подолання стресової ситуації («копінг-стратегії») виникає напружений стан, який разом з первинними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу [36]. Ця реакція, як відповідь, є спробою впоратися з джерелом стресу. Така реакція характерна, як дорослому, так і зростаючому організму (дітям дошкільного віку, молодшим і старшими школярам, підліткам). Подолання стресу включає психологічні (когнітивну, тобто пізнавальну, й поведінкову стратегії) та фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися із ситуацією виявляються неефективними, стрес продовжується і може призвести до появи патологічних реакцій та органічних порушень [39].

За певних обставин замість мобілізації організму щодо подолання труднощів стрес може спричинити тяжкі порушення. Такі порушення часто характерні дітям з особливими освітніми потребами, зокрема з порушеннями слуху. За умов повторення або під час тривалих афективних реакцій у зв'язку з тривалими життєвими труднощами (наприклад, переселеннями, проживанням на території із частим бомбардуванням, переховуванням у бомбосховищах, втраті рідних тощо) емоційне збудження може набути стабільної стійкої негативної форми. У таких випадках навіть за нормалізації ситуації «застійне» емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні утворення нервової вегетативної системи. Саме вони відповідають за «пошук» в організмі слабких ланок, які формують порушення та не стандартні реакції дитини з особливими освітніми потребами.

Первинні розлади, що виникають за умов емоційного стресу в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, розладу імунної системи тощо. Стресори зазвичай поділяють на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока та низька температура тощо) та психологічні (небезпека, загроза, втрата, образа, інформаційне навантаження тощо).

Стрес стає травмівним для дитини, коли результатом впливу стресора є порушення у психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У такому випадку, згідно з психоаналітичною концепцією, порушується структура «самості» [35], когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. Факт переживання травмівного стресу дитини з порушеннями слуху стає причиною появи через певний період посттравматичного стресового розладу/порушення (ПТСР). Батьки ж пояснюють стан дитини як «незвичний», «нестандартний», «поведінка геть зіпсувалася» та ін. Але під час спілкування із фахівцем у такій родині буде звучати діагноз – посттравматичний стресовий розлад (стресове порушення).

На сьогодні це є актуальним питанням як для науковців, так і для практиків, оскільки багато постраждалих дітей під час війни потребують допомоги фахівців. Хоча сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад/порушення (ПТСР) склалися остаточно ще до 1980 року, проте інформація про вплив травмівних переживань фіксувалася й надалі. Сьогодні ж вона потребує оновлення, уточнення та практичних рекомендацій, особливо щодо діяльності психолога, психотерапевта з такою незахищеною категорією як діти з особливими освітніми потребами.

Порушення, що розвиваються внаслідок пережитої травми від воєнних дій (на відміну від «звичайних» психогенних станів), було описано та діагностовано й раніше. Так, ще в 1867 році К. Erichson [32] опублікував роботу «Залізнична та інші травми нервової системи», де було описано психічні порушення у осіб, які пережили аварії на залізниці. У 1888 році М. Oppenheim запровадив у практику широко відомий діагноз «травматичний невроз», у межах якого описав багато симптомів, що мають сьогодні назву ПТСР.

Підкреслимо також значення робіт 1909 та 1911 років дослідника D. Stierlin, які стали основою для сучасної психіатрії катастроф. Багато робіт, що описують стан людини після екстремальних та травмівних подій

з'явилося після значних воєнних конфліктів. Так, вагомі дослідження виникли у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918). Е. Краєрелін у 1916 році, характеризуючи травмівний невроз, вперше означив, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні ретравмуючі ефекти, що посилюються з часом. Пізніше А. Майєрс у роботі «Артилерійний шок у Франції 1914–1919» визначив різницю між неврологічним розладом «контузії від взривів снаряду» і «снарядним шоком». Контузія, викликана розривом снаряда, розглядалася вченим як неврологічний стан, викликаний фізичною травмою, тоді як «снарядний шок» А. Майєрс розглядав як психічний стан, спричинений сильним стресом [45].

Таким чином, реакції, зумовлені участю у бойових діях, стали предметом широких досліджень під час Другої світової війни. Різні автори характеризували такі стани по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

Після Другої світової війни (1939-1945) над цією проблемою активно працювали і радянські дослідники: В. Галенко (1946), Е. Залкінд (1946, 1947). У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом». Відштовхуючись від ідей З. Фрейда, вчений запровадив поняття «центрального фізіоневрозу», який, на його думку, спричинює порушення низки особистісних функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу [35]. А. Кардінер вважав, що невроз має як фізіологічне, так і психологічне походження. Науковцем вперше було описано комплексну симптоматику:

- 1) збудливість та дратівливість;
- 2) нестримний тип реагування на раптові подразники;
- 3) фіксація на обставинах події, що травмувала;
- 4) ухиляння від реальності;
- 5) схильність до некерованих агресивних реакцій [28].

Подібні типи порушень можна було спостерігати у в'язнів концентраційних таборів та військовополонених.

Новий етап зацікавленості та інтерес до цієї проблеми виник у вітчизняній психіатрії у зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, які відбулися в нашій країні за останні десятиліття. Особливо складними за наслідками була аварія на Чорнобильській АЕС (1986).

Дослідження ПТСР у 1980 роках стали ще більш широкими та глибинними щодо різних категорій населення. З метою розвитку та уточнення різних аспектів ПТСР у США було виконано численні дослідження. Серед них варто виокремити роботи Р. Егендорфа та А. Боуландера щодо стану військових, які перебували у В'єтнамі [29].

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням війни, травмівних подій, що пов'язані із нею та вплив їх не лише на військове населення, а, в першу чергу, на цивільне, відбувається нині й в Україні. Цей період активізувався після збройного конфлікту із сусідньою країною агресором. Багато досліджень нині розкривають сутність психологічного стану дорослих, що перебували на окупованих територіях (Г. Матвієнко, К. Ракін, О. Савінов), військових, полонених (І. Валюшко, М. Степико), дітей, які пережили травмівні події разом із батьками (А. Клименко, М. Моїсеєва, О. Орлов, Я. Шаруба) [21]. Найбільш активно психологами та освітянами нині розробляються, обговорюються та висвітлюються технології комплексної діагностики, супроводу дітей з особливими освітніми потребами (з порушеннями слуху), що пережили насилля, збройний конфлікт, переміщені із місць постійного проживання, втратили рідних (рідну особу) тощо і мають, як наслідок, такий діагноз як постртравматичне стресове порушення/розлад (ПТСР). Серед вітчизняних вчених варто згадати таких науковців, як (А. Душка, В. Жук, В. Засенко, В. Литвинова, С. Литовченко, О. Таранченко, В. Шевченко) та, можливо, імена тих, які ще досі не продемонстрували результати своїх досліджень.

Результати оглянутих численних досліджень показали, що стан, що розвивається під дією травматичного стресу, не потрапляє в жодну з наявних

у клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на фоні загального добробуту дитини, і з певним часом, погіршення стану стає все більш вираженим. Було охарактеризовано різноманітні симптоми подібної зміни стану, проте тривалий час не було чітких критеріїв його діагностики. Також не існувало єдиного терміну для позначення такого стану.

Від так, метою дослідження є допомога дитині з порушеннями слуху, яка переживає постстресовий синдром/розлад під час воєнних дій та подальший супровід «дитини через родину». Основним і найпершим є визначення актуального стану на певний момент часу. О. Вовченко, було проведено дослідження означеного стану, в результаті якого було охоплено 62 особи з порушеннями слуху: молодшого шкільного (12), старшого шкільного (17), підліткового (24) та юнацького (9) віку зі спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів міст України (**більш детальну інформацію можна буде знайти у публікаціях та наступних посібниках*). З означеної кількості дітей 24 дитини були переселенці з інших регіонів України. За гендерним критерієм вибірка складала (27 дівчат та 35 юнаків). Основою для спостереження був виражений, стійкий (≥ 4 -6 місяців) страх або тривога щодо однієї або декількох соціальних ситуацій, в яких вони можуть бути учасниками, об'єктами. Ситуація і страх мав бути повторюваним і викликати 4-5 ознак, що характеризують посттравматичний синдром. Діти могли мати страхи внутрішнього (страх раптово померти, страх болі) та зовнішнього характеру (страх приниження іншим, осоромлення, відторгнення). Крім того, мають бути наявними наступні ознаки: наявність одних й тих самих ситуацій, що завжди викликають страх (згадки про повторювані події та страх перед ними, підвищена тривога; діти мали активне бажання уникати таких страхів, ситуацій; страх або тривога були непропорційними фактичній загрозі (з урахуванням соціокультурних норм); страх, тривога і/або уникнення спричиняли значний дискомфорт або істотно погіршували соціальну діяльність/становище. Крім того, в анамнезі, ймовірною причиною страху і

тривоги не міг бути інший психічний розлад, поведінкове порушення (як наприклад, шизофренія, агорофобія, дисморфофобія тощо), окрім діагнозу ПТСР, який потребував верифікації.

Для створення індивідуальної програми психологічної допомоги родині чи/та дитині фахівцю необхідно визначити сутність травмивної події та рівень її впливу. Психологами виокремлюють такі п'ять характеристик травми, які здатні викликати травмивний стрес (характерні залежно від віку дитини):

1. Подія усвідомлюється, тобто дитина знає, що з нею сталося і через що у неї погіршився психологічний стан;
2. Цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
3. Пережите руйнує звичний спосіб життя;
4. Подія, що відбулася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля;
5. Дитина не усвідомлює, що сталося, але відчуває знервованість, переживання батьків.

Травмивний стрес – це переживання особливого характеру, результат особливої взаємодії дитини та навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у особи, яка пережила щось, що виходить за межі її звичайного досвіду.

Психологічна реакція, яку досліджували психологи як вплив на травму включала три відносно самостійні фази, що дозволяли охарактеризувати її як розгорнутий в часі процес і підібрати відповідний психологічний супровід [40].

Перша фаза – фаза психологічного шоку – містить два основні компоненти:

1. Придушення активності, інертність, зміна поведінки дитини порушення орієнтування у навколишньому середовищі, дезорганізація діяльності;
2. Заперечення події (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза – вплив – характеризується вираженими емоційними реакціями на подію та її наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення, агресія – емоції, що відрізняються від звичайної поведінки дитини безпосередністю прояву та надзвичайною інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються реакцією сумнівів у собі. Означена фаза проходить із думками «що було б, якби...» і супроводжується усвідомленням незворотності події, визнанням безсилля, часто-обвинуваченням батьків.

Розглянута фаза є критичною, оскільки, після неї починається або процес одужання («відреагування», прийняття реальності, адаптація до новостворених обставин), тобто третя фаза нормального реагування, або відбувається фіксація на травмі і наступний перехід до постстресового стану в хронічну форму [7].

Порушення, що розвиваються у дитини після пережитої психологічної травми, впливають на усі рівні її функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін, особливо у дітей старшого шкільного та підліткового віку.

Серед основних тестових методик, які було використано – це Тест на визначення рівня тривожності, стресу та депресії IDR, серед проєктивних методик – це «Тест Парасоля» (за М. Корчевським), «Я і паркан» (О. Люмаренко).

За результатами бесід та спостережень підсумуємо, що ПТСР – це є комплекс реакцій дітей на травму, де травма визначається через переживання, негативні емоції, які у більшості людей викликають страх, жах, безпорадність. Це ситуації, коли неповнолітня особистість пережила загрозу власному життю, жорстокість, втрату рідних, смерть чи поранення іншої людини, особливо близької для неї людини. Відмітимо, що симптоми, за опитуванням батьків, у 32,1% дітей з'явилися відразу після перебування у травмівній ситуації, 39,8% зазначають, що дитина почала змінюватися через

3-4 місяці, 28,1% батьків – не помітили змін після подій, які пережили під час війни. Саме ці показники свідчать про підступність посттравматичного стресового розладу.

У науковій літературі є свідчення, що випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР виявлялися через сорок років після закінчення військових дій [29].

Відповідно до особливостей прояву та перебігу ПТСР у дітей з порушеннями слуху можна було вирізнити три типи посттравматичних стресових розладів:

1. Гострий, що розвивається у період до трьох місяців (його не потрібно об'єднувати із гострим стресовим порушенням, яке формується протягом одного місяця після травмівної події);

2. Хронічний ПТСР, що має тривалість понад три місяці;

3. Відтерміноване, коли порушення виникає через шість і більше місяців після травмівної події (але на даний момент батьки не відмічають особливих змін, пояснюючи, наприклад поведінкові зміни віковими кризами, загальною напруженістю у суспільстві).

Батьки та більш старші діти (підлітки, юнаки) описують свій стан як стійкі та яскраві спогади, повторювані сні про подію, яка вразила, часті переживання з тими ж емоціями, як вперше. Під час тесту «Я і парасоля», підлітки зображують велику парасолю з добре закриваючими краями. Це вказує на страх дитини, бажання, щоб її захистили. Переважно парасолі мають темні кольори. Веселкові або яскраві парасолі у дітей до 8-10 років. І у дорослих осіб від 11-12 років і старше можна спостерігати зливи, у дітей молодшого віку це хмаринки з крапельками, або штрихування, палички, як дощ. Саме дощ є символізмом пережитої події, болі, травми, стресу і вказує на рівень переживання, пам'яті про пережите. Символ парасолі – то захист, способи порятунку, особи, які захищали тощо.

Школярі молодшого шкільного віку та дошкільники навпаки намагаються уникати розмов про події, які сталися. Під час використання

тестів « Я і паркан» діти можуть намалювати виключно паркан, або себе, але у жодному разі не одночасно паркан і себе. Це пояснюється униканням травмівної події. Також у віці до 10 років характерними є малюнки – паркан в одній стороні, а я – в іншій, як заперечення того, що сталося.

Підлітки та особи юнацького віку зображують паркан уздовж усього паперу, а себе у двох варіаціях: по-перше, перед парканом, по-друге, позаду. Відповідно, для психолога це є розумінням того, що, підліток, який стоїть перед парканом починає справлятися зі своїми емоціями і виходить із травмівної позиції. А от підліток, що зобразив себе за парканом – це ознака того, що особистість потребує допомоги.

Також важливо враховувати деталі, якими сповнюють діти свої проєктивні малюнки: хто зображений на малюнку окрім дитини, співвіднесення розмірів, кольорова палітра та, обов'язково, розповідь дитини про зображене. Оскільки дорослий може побачити одне, але дитина інтерпретує це інакше. Важливо говорити з досліджуваною особою, уточнювати, наприклад, вибір кольору і ставлення до нього та ін.

У міжнародній класифікації психічних порушень у травматичному стресі виділяють три групи симптомів: симптом повторного переживання (або симптом «вторгнення»), симптом уникнення та симптом фізіологічної гіперактивації.

За результатами дослідження дітей з порушеннями слуху методикою IDR було отримано такі результати: 37,6% дітей характеризуються симптомами уникнення, 39,2% – симптомами повторного переживання травмівної події і 23,2% – симптомами фізіологічної та афективної гіперактивації. Підвищеними показниками є значення стресу та депресії.

Тривожний тип ПТСР було переважно діагностовано у дітей молодшого віку (дошкільний та молодший шкільний вік). Діагностики для цього віку використовувалися переважно проєктивні, також бесіди з батьками та дітьми, спостереження. Означений тип ПТСР характеризується високим рівнем соматичної та психічної невмотивованої тривоги на

гіпотимним афективним фоном з переживанням. За частотою – це кілька разів на добу (не менше). Симптоми мимовільні, часом, нав'язливі, тривожні уявлення про те, що «може бути». Для старших школярів також характерною є дратівливість, напруженість. Розлади сну характеризуються труднощами під час відходу до сну з домінуванням у свідомості тривожних думок про різні події, страх перед жахіттями. Після пробудження діти часто можуть описувати епізоди бойових дій, насильство тощо. Підлітки, наприклад, часто навмисно відтягували настання сну і засинали лише під ранок.

Астенічний тип ПТСР характеризував підлітковий вік і відрізнявся домінуванням почуття млявості та слабкості. Настрій знижений, часто характерною була байдужість до подій у житті, байдужість до проблем сім'ї та навчальних проблем, майбутньої освіти, професії тощо. Поведінка відрізнялась пасивністю, характерним також було переживання втрати відчуття насолоди від життя. Наприклад, протягом тижня можна було спостерігати кілька епізодів агресивної поведінки. Однак, на відміну від тривожного типу ПТСР, у даних випадках уявлення про травмівну подію були позбавлені яскравості, детальності, емоційного забарвлення і визначалися дітьми як «картини, що виникали, як образи і були нав'язливі, часто повторювалися». Серед порушень сну найхарактернішим була гіперсомнію з відсутністю бажання підніматися з ліжка, болісною сонливістю, часом протягом усього дня. Підлітки не приховували свої почуття і відкрито говорили про всі переживання.

Дисфоричний тип ПТСР характеризувався постійним переживанням внутрішнього невдоволення, роздратування, до спалахів злості, люті, і натомість пригнічено-похмурого настрою. Такий тип ПТСР також був характерний підліткам, але більшою мірою юнацькому віку. Наприклад, підліткам був характерний високий рівень агресивності, прагнення вивільняти на оточуючих дратівливість. У свідомості особистості під час спілкування домінували уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання уявних кривдників, бійки, суперечок із застосуванням фізичної

сили. Найчастіше підлітки не здатні були контролювати себе і на зауваження оточуючих реагували бурхливо але з певним часом шкодували про це. Зовні діти відрізнялися похмурістю, міміка з відтінком невдоволення та дратівливості. Типовими під час спілкування фахівців були реакції уникнення, замкненості, малослівності.

Під час спілкування та діагностики дітей різного віку з порушеннями слуху першочерговим було не лише проведення тестування, а виявлення провідної ролі травмівної події.

Варто підкреслити, що остаточні висновки робити зарано. Оскільки дослідження було розпочато на початку 2022 року і триває до сьогодні. Фахівці збирають анамнез та індивідуально прогнозують найкращий тип психологічної допомоги в контексті не лише дитини, а й «дитина-родина». Оскільки саме батьки можуть як створити емоційне напруження в родині, так і мінімізувати його для своєї дитини.

2.3. Типи насилля щодо дітей з ООП за умов війни

Діти, будучи незахищеною, вразливою соціальною групою, часто опиняються в ситуаціях, що можна окреслити, як насилля. За даними ООН, від неогляду батьків під час виховання щорічно страждають близько 2 млн. дітей віком до 14 років.

Проблема психотравмуючого впливу насилля на дитину класифікується за кількома параметрами:

- явне чи приховане (непряме) – залежно від стратегії поведінки кривдника;
- таке, що відбувається в сьогоденні або те, що трапилося в минулому;
- одиничне або множинне, що тривало/триває довгий період часу;
- залежно від місця події та оточення.

Найбільшого поширення набула класифікація насилля, запропонована у роботі О. Савінового [21]:

Фізичне насилля – це будь-яке невикладкове завдання пошкодження дитині віком до 18 років. Фізичне насильство виражається у формі ударів по обличчю, трясіння, поштовхів, удушення, стусанів, ув'язнення в замкненому приміщенні, побиття ременем, мотузками, заподіяння каліцтв важкими предметами, ножем. Фізичне насильство включає також залучення дитини до вживання наркотиків, алкоголю, надання дитині отруйних речовин або «медичних препаратів, що викликають сп'яніння» (наприклад, снодійних, не за рецептом лікаря), а також спроби утоплення.

Сексуальне насилля – використання дитини (хлопчика чи дівчинки) дорослими або іншою дитиною для задоволення сексуальних потреб чи отримання з цього користі. Сексуальне насильство включає статеві зносини (будь-якого характеру), пестощі, інші тілесні контакти зі статевими органами. До сексуального розбещення належать також залучення дитини до проституції, порнобізнес тощо.

Нехтування інтересами та потребами дитини – відсутність належного забезпечення основних потреб та потреб дитини в їжі, одязі, житлі, вихованні, освіті, медичній допомозі з боку батьків або осіб, які є опікунами. Типовим прикладом нехтування інтересів дитини є залишення її без нагляду, що призводить до нещасних випадків, отруєнь та інших небезпечних для життя чи здоров'я наслідків.

Психологічне насилля – постійна чи періодична словесна образа дитини, погрози з боку батьків, опікунів, вчителів, вихователів, приниження її людської гідності, звинувачення в тому, в чому вона/він не винні, демонстрація нелюбові, неприязні до дитини. До цього виду насилля належать також постійний обман (внаслідок чого дитина втрачає довіру до дорослого), а також вимоги, що не відповідають віковим можливостям дитини.

В окрему форму виділяється також емоційне насилля. Деякі дослідники вважають, що в основі будь-якої форми насилля, у тому числі й сексуального, є саме емоційне, тобто це депривація, відкидання, яке

виявляється «особливо підступним» і «завдає значної шкоди розвитку особистості та формування механізмів самоорганізації та самооцінки [44].

Як правило, дитина-жертва страждає одночасно від декількох форм насилля, тобто переживає «багато форм одразу». Так, для дітей, які страждають від інцесту, неминучими є супутні руйнування сімейних відносин та довіри до родини, маніпуляції, а найчастіше і залякування з боку батька гвалтівника, що кваліфікуються як психологічне насилля.

До початку війни було чітко визначено, що насиллю над дітьми сприяють певні соціальні та культурні умови.

1. Відсутність у свідомості чіткої оцінки фізичних покарань.
2. Демонстрація насилля у засобах масової інформації.
3. Відсутність ефективної превентивної політики держави.
4. Недостатнє розуміння суспільством насилля, як соціальної проблеми.
5. Низька правова освіченість населення.
6. Погана поінформованість дітей про їх права.
7. Недосконалість законодавчої бази.

Нині існує низка різних сучасних теорій, які намагаються пояснити причини насилля щодо дитини. Особливо їх кількість зросла у період війни у 2022 році. Так, наприклад соціологічна модель розглядає вплив соціокультурних факторів, як ризик виникнення насилля над дітьми (наприклад стереотипи та архетипи певного суспільства). До таких факторів зазвичай ще відносять стереотип сімейних відносин, засвоєний ще в дитинстві та прийнятий у певній соціальній групі, а також житлові та матеріальні умови сім'ї. З психіатричної, медичної моделі, жорстоке поводження та зневага до дитини є наслідком патологічних змін у психіці батьків, деградації, алкоголізації. Соціально-психологічний підхід пояснює прояви насилля особистим життєвим досвідом батьків, їх «травмованим» дитинством. Психологічна теорія ґрунтується на уявленні, згідно з яким дитина сама «бере участь» у створенні передумов для жорстокого поводження, що трансформується в концепцію: погане поводження як

кінцевий результат деструктивних дитячо-батьківських відносин. Інтегруючи всі ці підходи до комплексної моделі, насилля можна трактувати як багатовимірний феномен, що породжується взаємодією одразу декількох елементів, як то: особистісні особливості батьків та дитини, внутрішньосімейні процеси, стреси, що спричинені соціально-економічними умовами, обставинами соціального характеру.

Соціально-економічні чинники ризику насилля є не останніми важелями впливу особливо за умов війни або/та говорячи про країну-агресора, оскільки мова йдеться про: низький прибуток, безробіття чи тимчасова робота, низький трудовий статус, багатодітність родини, вік батьків (дуже молоді батьки), неповна сім'я, відсутність соціальної допомоги від держави та від громадських організацій тощо.

Більш детально розглянемо основні типи насилля щодо дитини.

Емоційне насилля

Емоційне насилля щодо дитини – це будь-яка дія, яка викликає у дитини стан емоційної напруги, що наражає на небезпеку нормальний розвиток її емоційного життя. Зазвичай, на успіхи дитини батьки реагують похвалою, почуттям гордості, радістю. Але іноді батьки можуть реагувати й протилежним чином: байдужістю та роздратуванням. Спочатку це викликає у дитини змішані почуття. З часом, дитина, якій неодноразово доводиться зустрічати подібні неадекватні реакції батьків у відповідь на свою позитивну поведінку, швидко втрачає мотивацію на досягнення та супроводжує успіх почуття гордості. Дитина робить висновок, що виявляти радість з приводу досягнень небезпечно та неправильно.

До емоційного насилля належать такі дії щодо дітей:

- ізоляція, тобто відчуження дитини від соціального спілкування;
- похмурість, відмова від обговорення проблем;
- «травлення заборонами» (наприклад, якщо дитина в певний час не виконала домашнє завдання або не прибрала ліжко, то за цим

- на певний час наступає заборона дивитися телевізор, використовувати девайси, гуляти, спілкуватися з друзями та ін.);
- образа;
 - «тролінг», тобто неодноразова образа дитини словами та формування стабільного почуття страху;
 - підтримування постійної напруги, залякування, погрози;
 - лайки, знущання;
 - залякування покаранням («Ще один раз поводитимешся погано – і я візьму ремінь» та подібні вислови);
 - залучення та примус дитини до дій, які суперечать громадським нормам та завдають шкоди дитині.

Психолог чи педагог може припустити, що щодо дитини вчиняється емоційне насилля за основними ознаками, які сигналізує дитина: виглядає емоційно несприйнятливою, байдужою; сумна, субдепресивна або у неї виражена депресія; смочче пальці, монотонно розгойдується; замкнута у собі, задумлива чи, навпаки, агресивна; «приклеюється» до будь-якого дорослого у пошуках уваги та тепла; відчуває нічні напади страху, погано спить; не виявляє інтересу до ігор.

Фізіологічні реакції дитини також можуть свідчити про те, що вона є жертвою емоційного насилля, як то: нічний чи/та денний енурез; психосоматичні скарги: головний біль, біль у животі та області серця, скарги на погане самопочуття тощо; уповільнений фізичний та загальний розвиток дитини

Психологічне насилля

Психологічне насилля, незважаючи на подібність до емоційного, виокремлюється вченими та практиками в окрему категорію [24]. Психологічне насилля – це досконалі по відношенню до дитини вчинки, які гальмують розвиток її потенційних здібностей.

До психологічного насилля належать, наприклад, часті конфлікти в сім'ї та непередбачувана поведінка батьків відносно дитини. Внаслідок

психологічного насилля гальмується інтелектуальний розвиток дитини, уповільнюється або деформується розвиток пізнавальних процесів та адаптаційні здібності. Дитина стає легко вразливою, знижується рівень самооцінки. Дитина розвивається соціально безпорадною або з низьким рівнем соціалізації, легко потрапляє в конфліктні ситуації з великою ймовірністю потрапляння в делінквентні ситуації.

Англійський психолог А. Міллер у 1980 р. у книзі «Для твого власного благополуччя» сформулювала так звану «отруйну педагогіку» – комплекси виховних впливів, що призводять до розвитку травмованої особи. Таким чином, основна позиція – це те, що батьки – господарі (не слуги!) залежної від них дитини. Вони визначають, що добре, а що погано. Дитина відповідає за їх гнів. Якщо вони гніваються – винна вона. Батьки завжди мають бути захищені. Дитяче самоствердження у житті створює загрозу автократичному батьківству. Дитину необхідно зламати, і що раніше – то краще. Все це має статися, поки дитина ще зовсім маленька і не помічає цього, не може викрити батьків. Методи, якими домагаються слухняності, різноманітні: психологічні пастки, обман, подвійна особистість, викручування, відмовки, маніпуляції, тактика залякування, відкидання любові, ізоляція, недовіра, приниження, ганьба, катування, знецінення дорослими всього того, що робить дитина в сім'ї («У тебе руки не з того місця ростуть – краще нічого не чіпай!»); «Все одно нічого хорошого не вийде!», «В кого ти такий уродився!»).

Ґрунтуючись на таких «правилах», «отруйна педагогіка» формує у дітей наступні деструктивні установки, уявлення та міфи про життя та своє місце у ньому:

- 1) кохання – це обов'язок;
- 2) батьки заслуговують на повагу – просто тому, що вони є батьки;
- 3) діти ж, навпаки, не заслуговують на повагу просто тому, що вони діти;
- 4) висока самооцінка шкідлива, а низька – робить людей альтруїстами;

- 5) ніжність (сильне кохання) шкідлива;
- 6) задовольняти дитячі бажання неправильно, а суворість, грубість та холодність – гарна підготовка до життя;
- 7) краще вдавати вдячність, ніж відкрито висловлювати невдячність;
- 8) те, як ти поводишся, важливіше за те, що ти насправді собою являєш;
- 9) батьки не витримають, якщо їх скривдять, це для них страшна травма;
- 10) батьки не можуть говорити дурниці або бути винними, оскільки вони завжди праві;
- 11) батьки завжди мають рацію, вони не можуть помилятися.

Постійне та повне дотримання правил «отруйної педагогіки» формує залежну особистість з низькою соціальною толерантністю, ригідну, з низьким рівнем самооцінки, яка, коли стане дорослою буде формувати нове подібне покоління дітей. Батьки, які в свій час відчували подібне ставлення і пережили такий досвід, підсвідомо повторюють це на своїх дітях. Своєрідне замкнене коло, як зазначає А. Міллер, серед батьківських мотивів. Батьківські мотиви на думку автора і формують нове нездорове покоління. Серед основних мотивів можна окреслити такі:

- несвідома потреба перенести своє приниження (від якого вони самі колись постраждали) на інших, більш слабших осіб;
- потреба дати вихід пригніченим почуттям із свого дитинства;
- потреба мати живий об'єкт для маніпулювання, мати його у власному розпорядженні;
- самозахист своєї підсвідомості, у тому числі потреба ідеалізувати власне дитинство та своїх батьків у вигляді перенесення батьківських педагогічних принципів на свою дитину;
- страх проявів, які в них самих колись були пригнічені, які вони бачать у своїх дітях, тих, що мають бути знищені у ранньому дитинстві;

– бажання взяти реванш за біль, який батьки колись завдали їм.

Очевидно, що якщо є хоча б один із перерахованих мотивів, то шанс змінити батьківський патерн поведінки досить невисокий. Проте все це не означає, що діти мають виховуватися без жодних обмежень, покарань чи суворості. Ненасильницька комунікація ґрунтується на повазі з боку дорослих, толерантності до дитячих почуттів, природності педагогічних впливів тощо.

Фізичне насилля

Фізичне насилля – це вид ставлення до дитини, коли вона зумисно опиняється у фізично та психічно вразливому стані, обставинах. В цих обставинах їй завдають тілесних ушкоджень або не запобігають можливості їх заподіяння. Визначити, що дитина стала жертвою фізичного насильства, можна досить просто за наступними ознаками, або коли дитина довірилась дорослому (психологу, педагогу, соціальному працівникові і розповіла [24]: нез'ясовні синці, що виникли на тілі дитини; шрами, сліди зв'язування, сліди від нігтів, сліди тиску пальців; сліди від ударів предметами (ременем, ціпком, мотузкою); сліди від укусів на шкірі; наявність на голові ділянок шкіри без волосся; незрозумілі сліди опіків (від кінчика сигарети, наприклад; опіки гарячим предметом (запальничка, праска тощо); незрозумілі переломи кісток, вивихи, рани (особливо коли дитина не пояснює їх або вигадує, розповідаючи невпевнено); пошкодження внутрішніх органів (розрив печінки, забиття нирок, сечового міхура в наслідок удару в живіт або в бік); незвичайний стан дитини після вимушеного прийому алкоголю чи ліків; померла дитина з ознаками насильства (вбивство).

На факт фізичного насилля, що застосовується, вказують і особливості поведінки жертви-дитини: страх при наближенні батьків до дитини; пасивність, замкнутість чи підвищена агресивність; загальне уникнення фізичного контакту; застиглий, переляканий погляд (спостерігається і у немовлячому віці також); незрозумілі зміни у поведінці (передусім життєрадісна дитина змінюється на постійно сумну, задумливу, замкнуту);

страх перед виходом зі школи/дитячого садочку додому, або, навпаки, перед відвідуванням школи, якщо насилля застосовується у школі чи на подвір'ї; часті випадки заподіяння собі шкоди – саморуйнівна поведінка (вживання алкоголю, наркотиків, паління); втеча з дому; носіння одягу, що не відповідає погоді (наприклад, влітку вовняний светр з високим коміром, щоб приховати синці на тілі); сильні прохання та благання дитини не повідомляти батькам про її невдачі (двійки, пропуски, погану поведінку) у школі.

Також важливо згадати чинники, що пов'язані з сім'єю, на підставі яких можна припускати про застосування фізичного насилля по відношенню до дитини: коли, наприклад, відомо, що в цій сім'ї дітей або конкретно дана дитина і раніше зазнавали фізичного насилля; батьки ставляться до дитини з незрозумілою зневагою; батьки застосовують жорстокі прийоми для встановлення дисципліни (удари кулаком або рукою, ногою, побиття предметами, ременем тощо); у разі фізичної травми дитини батьки не звертаються до лікаря; педагоги чули, як члени родини погрожували дитині фізичною розправою («Ти в мене сьогодні заробиш...»), «От тільки прийди додому – там поговоримо...») або згадувались колишні насильницькі дії («Ти в мене отримаєш, як тоді...»).

Сексуальне насилля

Сексуальне насилля, яке вчиняється по відношенню до дитини, за своїми наслідками є однією з найскладніших психологічних травм. На жаль, у нашій країні немає достовірних даних про поширеність насилля над дітьми, оскільки довгий час цю тему було закрито. Також збирається офіційна статистика щодо насилля над дітьми за період воєнних дій ворожою країною. За статистичними оцінками, щорічно реєструють 4-6 тис. випадків сексуального насилля щодо дітей, за якими порушуються кримінальні справи. Але насправді, ці показники значно вищі.

Американські дослідники визначають сексуальне насилля над дітьми (Child Sexual Abuse – CSA) як будь-який сексуальний досвід між дитиною до

16 років, часом – до 18 років) і людиною принаймні на 5 років старше за дитину.

Сексуальне насилля над дітьми визначається також як «залучення залежних, психічно та фізіологічно незрілих дітей та підлітків у сексуальні дії, порушують суспільні «табу» сімейних ролей, які вони ще не можуть повністю зрозуміти і неспроможні дати усвідомленої згоди» [34].

Незважаючи на існуючий стереотип, серед усіх випадків насилля над дітьми 75-90% (за різними джерелами) гвалтівників є знайомі дітям, і лише 10-25% випадків насилля відбувається з боку незнайомих осіб. У 35-45% випадків гвалтівником є хтось із рідних, а в 20-25% – більш далекий знайомий. У той же час лише 2% жертв внутрішньо сімейного та 6% жертви позасімейного насилля повідомляють про випадки владні структури.

У сексуально-збоченому поводженні з дитиною за наміром характеризують сексуальне зловживання (використання) та власне сексуальне насилля [24]. Актами сексуального використання дитини та насилля над нею є наступні дії, які нерідко описуються жертвами як початок сексуального насилля: доторки, пестощі, цілування (особливо під час купання тих, місць, що є не допустимі), огляди статевих органів дітей; демонстрація голого тіла дорослим чи статевих органів дитині; підглядання за дитиною під час її роздягання, купання чи у вбиральні; сексуальними висловлюваннями тощо. До контактних форм сексуального насилля та використання дитини у цьому процесі є наступні дії: тертя статевих органів об тіло дитини; примус дитини до мастурбації у присутності дорослого; вагінальні статеві зносини з дитиною та багато інших. Насправді, досить складно відрізнити передвісники сексуального насилля від позитивного тілесного контакту, який буває абсолютно необхідним у спілкуванні з маленькими дітьми.

Згідно статистичних обчислень, жертвами сексуального насилля є діти віком до 12 років, найчастіше – у віці 3-7 років. Це можна пояснити тим, що маленька дитина ще не розуміє, що відбувається, її найлегше залякати,

схилити до того, щоб вона/він нікому не говорив про те, що сталося. Дорослий, який вчинив насилля, сподівається також, що в цьому віці дитина ще не здатна описати те, що сталося словами. Оскільки фантазії маленької дитини найчастіше змішані з реальністю, то є ймовірність, що розповідям дитини не повірять, навіть якщо вона й щось про подібну подію розповість. Сексуальне насилля до 14 років зазвичай зазнають 20-30% дівчаток та 10-12% хлопчиків. Хлопчики частіше, ніж дівчатка, наражаються на насилля у більш ранньому віці [34].

Варто наголосити, що уявлення про гвалтівника досить спотворені та не завжди відповідають дійсності. По-перше, вважається, що гвалтівником може бути лише чоловік. Однак, якщо звернутися до статистики, то 2% з тих, хто гвалтує дітей це жінки. На думку криміналістів цей відсоток занижений, оскільки кількість їх насправді є більшою. Традиційно, так склалося, що жінки знаходяться поряд з дитиною, тому жінкам-гвалтівникам простіше приховати те, що відбувається. По-друге, вважається, що гвалтівники належать до людей старшого віку. Однак, за даними кримінальної поліції, це люди молодші 40 років, 50% з них стають гвалтівниками у 30-му віці. По-третє, існує думка, що сексуальне насилля щодо дитини здатна заподіяти лише психічно не здорова людина, проте лише 5% з них страждають психічними порушеннями чи розладами поведінки.

У разі сексуального насилля можна виявити як фізичні ознаки події, так і зміни у поведінці дитини. Тілесні симптоми зазвичай пов'язані з тим, яким чином було здійснено насилля (статевий акт чи інша форма):

- оральні симптоми: екзема; дерматит; герпес на обличчі, губах, у ротовій порожнині;
- кишково-шлункові: болі в животі, відмова від їжі (анорексія); переїдання (булімія);
- анальні симптоми: ушкодження прямої кишки; почервоніння заднього проходу; варикозні зміни; ослаблення сфінктера;

- вагінальні симптоми: порушення цноти; розширення статевих органів, свіжі ушкодження (рани, садна); супутні інфекції.

Крім цього, фізичними симптомами сексуального насилля над дитиною є: порвані, забруднені або закривавлені спідня білизна; гематоми (синці) у сфері статевих органів; кровотечі, незрозумілі виділення із статевих органів; біль в животі; запалення сечовивідних каналів, що повторюються; венеричні хвороби; несподівана вагітність (якщо неповнолітня дівчина відмовляється назвати батька дитини або вагітність у дівчат від 9 років із недостатнім рівнем психосексуального розвитку) [19].

Ознаками перенесеного сексуального насильства є також, як зазначалось вище, різні зміни поведінки, деякі з них можна розглядати і як перші прояви посттравматичного синдрому.

1. Зміни у проявах сексуальності: надзвичайний інтерес до сексуальності; разючі для цього віку знання про сексуальне життя; спокуслива поведінка стосовно протилежної статі та дорослих; сексуальні дії з іншими дітьми (починаючи з молодшого шкільного віку); незвична сексуальна активність.
2. Зміни в емоційному стані та спілкуванні: замкнутість, ізоляція; депресивність, сумний настрій; огида, сором, вина, недовіра, почуття власної зіпсованості; часта задумливість, відстороненість (з дошкільного віку); істерична поведінка, швидка втрата самоконтролю; труднощі у спілкуванні з ровесниками, уникнення спілкування з ними, відсутність друзів свого віку чи відмова від спілкування з колишніми друзями; відчуження від братів та сестер (якщо вони є і спілкування було до події); тероризування молодших дітей та однолітків; жорстокість до іграшок (у молодших дітей особливо яскраво виражено); амбівалентні почуття до дорослих (починаючи з молодшого шкільного віку).

3. Зміни мотивації дитини (соціальні ознаки: нездатність захистити себе; різка зміна успішності (у гіршу сторону або набагато кращу); пропуски навчання у школі, відмова та ухилення від навчання).
4. Зміни самосвідомості дитини: зниження самооцінки; думки про самогубство, спроби самогубства.
5. Поява невротичних та психосоматичних симптомів: страх залишатися в приміщенні наодинці з певною людиною; страх роздягатися (наприклад, дитина може категорично відмовитися від участі та відвідувань занять з фізичної культури, плавання особливо).

Наслідки насилля щодо дитини

Порушення, що виникають після насилля, стосуються усіх рівнів функціонування систем особистості дитини. Вони призводять до стійких особистісних змін, які перешкоджають реалізації майбутньому дитини. Крім безпосереднього впливу, насилля, що пережите в дитинстві, також може призводити до довгострокових наслідків, які часто впливають на все подальше життя. Воно може сприяти на формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв. При дослідженні історій життя людей, які здійснюють насилля щодо дітей, в їх дитинстві можна відслідкувати власний невирішений досвід насилля.

Від так, розрізняють найближчі та віддалені наслідки жорстокого поводження та ставлення до дітей. До найближчих наслідків належать: фізичні травми, ушкодження, а також головний біль, втрата свідомості, характерні для синдрому струсу головного мозку. Окрім означеного, у дітей часто з'являються крововиливи у вічні яблука. До найближчих наслідків відносять також гострі психічні порушення, наприклад, агресія, тривожність, панічна атак. Ці реакції можуть виявлятися у вигляді збудження, прагнення кудись бігти, сховатися, або у вигляді глибокої загальмованості, зовнішньої байдужості. Однак в обох випадках дитина охоплена переживанням страху,

тривоги та гніву. У дітей старшого віку можливий розвиток тяжкої депресії з почуттям власної неповноцінності.

Серед відтермінованих наслідків жорстокого поводження з дітьми виокремлюють порушення фізичного та психічного розвитку дитини, різні соматичні захворювання, особистісні та емоційні порушення, соціальні наслідки.

Практично всі діти, які постраждали від жорстокого поводження та зневажливого ставлення пережили психічну травму, що залишає наслідок у вигляді особистісних, емоційних та поведінкових особливостей, що негативно впливають на подальше життя. Тяжкість наслідків фізичного та сексуального насилля залежить: від обставин, пов'язаних з особливостями дитини (вік, рівень розвитку та особистісні характеристики) та гвалтівника; від тривалості, частоти та тяжкості насильницьких дій; від реакції оточуючих. Наслідки для дитини будуть серйознішими, якщо насилля супроводжувалося заподіянням болю та травми. Такі форми сексуального насилля, як статеві зносини (оральні, анальні або вагінальні), для дитини найбільш травматичні. Наслідки насилля будуть важчими і в тому випадку, якщо воно скоєно близьким для дитини людьми. Якщо після виявлення сексуального насилля члени сім'ї стануть на бік дитини, а не на бік гвалтівника, наслідки для дитини будуть менш важкими, ніж коли дитина не отримує захисту та підтримки.

А. Грін [37] вважає, що посттравматичний синдром може виникнути як під час фізичного, так і за умов сексуального насилля. Діти, які пережили насилля, можуть на досить тривалий час забувати про свій травматичний досвід, наприклад, згадати про нього вже у дорослому віці, нерідко – під час психотерапевтичного процесу.

Емоційні реакції дітей на насилля та жорстокість можуть бути різними, як то: відчуття відповідальності за насилля (реакція дитини: «Якби я був добрим, мої батьки не робили б один одному і мені боляче...»); почуття провини за постійне насилля чи жорстокість (під час частого або

безперервного насилля); постійне збудження (навіть у спокійній обстановці від дитини можна очікувати черговий спалах агресивності); переживання втрати (діти, відокремлені від батьків, які застосовують насилля, постійно переживають втрату, вони можуть шкодувати також і про втрату звичного життєвого порядку та про втрату позитивного образу батьків, які застосовували насилля); суперечливість (діти не усвідомлюють, що можна не знати про почуття іншої людини або мати одночасно два протилежні почуття. Дитина, яка каже: «Я не знаю, як до цього ставитися», – частіше відчуває амбівалентні почуття, а не просто намагається втекти від розмови); страхи бути покинутим (діти, відокремлені від одного з батьків у результаті акту насилля можуть відчувати глибокий страх, що інший член родини також може їх покинути або померти, тому часто дитина відмовляється розлучатися з гвалтівниками чи учасником-споглядачем); потреба надмірної уваги дорослих; побоювання тілесних ушкоджень (значний відсоток дітей, які є свідками насилля або тих, хто випробовує його на собі, турбуються про те, що батьки, застосовуючи насилля, відмовиться від дитини, або завдасть їй більшої шкоди); сором (особливо для старших дітей, чутливість до ганьби насилля); занепокоєння про майбутнє (невпевненість у повсякденному житті змушує дітей думати, що життя буде непередбачуваним і надалі).

Найбільш універсальною та тяжкою реакцією на будь-яке, не лише, сексуальне насилля є низька самооцінка, яка впливає на закріплення та подальше формування низької самооцінки. Особистість дитини з низькою самооцінкою переживає почуття провини та сорому. При цьому характерними є постійна переконаність у власній неповноцінності, вині, впевненість, що «я найгірший». Як наслідок, дитині складно досягнути поваги оточуючих, успіху, спілкування з однолітками також є ускладненим.

Жертви фізичного та сексуального насилля часто страждають на депресію та відрізняються аутоагресивною поведінкою. Депресивні симптоми виражаються в переживанні туги, смутку, нездатності відчувати радість, насолоду і тощо. Аутоагресивна поведінка виявляється у діях,

спрямованих на завдання собі травм, у спробах суїциду та суїцидальних думках. Відповідно до психоаналітичної теорії, жертва таким чином ніби «погоджується» з підсвідомим бажанням батьків, кривдника – «було б краще, якби цієї дитини не було взагалі». Чим складнішою була травма, наприклад за умов сексуального насилля, тим вищий ризик суїциду і більш яскраво вираженою є депресія.

Для дітей – жертв фізичного та сексуального насилля характерно використання неконструктивних механізмів психологічного захисту, які захищають дитину від усвідомлення неприємних почуттів, спогадів та дій. Мета психологічного захисту полягає у збереженні власного «Я» та зниженні тривоги. Для відторгнення своїх травмивних спогадів жертви насилля використовують заперечення, проєкції, ізоляцію почуттів, дисоціацію.

Жертва насильства не в змозі одночасно визнати погані та добрі сторони своїх батьків. Діти намагаються зберегти у собі уявлення про «хорошу» маму і тата, тому заперечують факт насилля, коли мама «буває поганою». Це характерно для дітей, які мають батьків-алкоголіків, деспотичну сім'ю тощо. у яких питущі батьки були позбавлені батьківських прав через насильство та

Таким чином, більшість науковців прийшли до висновку, що результатами пережитого в дитинстві насилля, так званими «віддаленими ефектами травми», є порушення «Я-концепції», почуття провини, депресія, труднощі у побудові міжособистісних відносин («втрата базової довіри до себе та світу») та сексуальні дисфункції [16].

2.4. Суїцидальні стани та ризики у дітей з порушеннями слуху

Самогубство (суїцид) – це усвідомлене позбавлення життя. Суїцидальна поведінка – поняття ширше, яке, крім суїциду, містить у собі суїцидальні замаху, спроби та прояви [11]. До замахів включають усі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, що не залежить від суїцидента (обрив мотузки, своєчасно проведені реанімаційні заходи тощо).

До суїцидальних проявів належать відповідні думки, висловлювання, натяки, шантажі рідних, що не супроводжуються, однак, будь-якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя. За іншою класифікацією, виокремлюють самогубства (справжні суїциди), пара-суїциди (акти навмисного самоушкодження, що не призводять до смерті), пресуїциди (стан особистості, що зумовлює підвищену по відношенню до норми ймовірність вчинення суїцидального акту) [11]. Суїциди умовно поділяються на справжні, коли метою виступає бажання людини позбавити себе життя, та демонстративно-шантажні, які застосовуються для тиску на оточуючих, з метою отримання будь-якої користі, маніпулювання почуттями інших людей. Демонстративно-шантажна поведінка своєю метою передбачає не позбавлення життя, а демонстрацію цього настрою.

Феномен суїциду найчастіше пов'язують із уявленням про психологічну кризу. В даному випадку під кризою розуміється емоційний стан, коли виникає зіткнення особистості з перешкодою «на дорозі із задоволенням» її найважливіших життєвих потреб, тобто такою перешкодою, яка не може бути усунуто звичайними способами вирішення проблем, відомим людині з минулого життєвого досвіду [33].

У психологічній літературі часто зустрічаються терміни «аутоотравматизм», «аутоагресивний акт», які нерідко ототожнюють із суїцидальними діями. Якщо кінцевою метою ауто-агресивного акта є самогубство, його слід відносити до суїцидальних дій. У сучасній літературі, особливо західній, також широко поширені поняття «аутодеструктивної», або «саморуйнівної» поведінки.

Відповідно до соціологічної теорії самогубства Е. Дюркгейма [10], суїцидальні думки з'являються, насамперед, як наслідок розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження індивіда (дитини) від тієї соціальної групи, до якої вона належала. Відповідно до поглядів вченого, існує три основні види суїцидів. Багато актів самогубства є егоїстичними, і саморуйнування. В таких випадках вони зумовлені тим, що дитина

почувається відчуженою та ізольованою від суспільства, сім'ї, друзів, звичного місця проживання тощо. Другим типом є аномічні самогубства, як наслідок невдач у пристосуванні до змін у суспільстві, що призводить до порушення взаємозв'язку особистості та соціальної групи. Такі самогубства мають тенденцію до зростання під час суспільно-економічних криз, але зберігаються і в періоди соціального процвітання, коли швидке підвищення добробуту викликає необхідність адаптації до нових, відмінних від колишніх умов життя. Останній вид самогубства Е. Дюркгейм називав альтруїстичним. Це суїцид, який відбувається, коли авторитет соціуму, переважно у дитячому віці це група, пригнічує власне еґо-ідентичність особистості.

3. Фрейд обґрунтовував суїцид з точки зору концепції існування двох основних потягів людини: Ероса – інстинкту життя та Танатоса – інстинкту смерті. Суспільство і людське життя є полем битви між ними. Особистість будь-якого віку не тільки хоче жити, бути коханою – бувають періоди чи стани душі, коли бажаною виявляється смерть. З віком сила Ероса зменшується, а Танатос стає все сильнішим, наполегливішим і реалізує себе повністю, лише призвівши людину до смерті. За З. Фрейдом, суїцид та вбивство є проявами руйнівного впливу Танатоса, тобто агресією [35].

Засновник індивідуальної психології А. Адлер вважав, що бути людиною означає, насамперед, відчувати власну неповноцінність. Життя полягає в прагненні до мети, яка може не усвідомлюватись, але спрямовує всі вчинки особи та формує життєвий стиль. Почуття неповноцінності виникає в ранньому дитинстві і засноване на фізичній та психічній безпорадності, що посилюється різними недоліками, особливостями, як фізичними, так і морально-етичними. Для людини екзистенційно важливо відчувати спільність з іншими людьми. Тому протягом усього життя, починаючи з дитинства, людина перебуває у пошуку подолання комплексу неповноцінності, його компенсації чи надкомпенсації. Цей пошук реалізується у прагненні до самоствердження, влади, яка стає рушійною силою поведінки і робить життя усвідомленим. Однак цей пошук може мати

значні перешкоди та призвести до кризової ситуації, з якої починається «втеча» до суїциду. Втрачається почуття спільності; між людиною та оточуючими встановлюється «дистанція», що виправдовує складність перенесення труднощів; у сфері емоцій виникає щось, що нагадує «лихоманку», з переважанням афектів люті, ненависті та помсти. А. Адлер підкреслював, що, оскільки особі властиво внутрішнє прагнення до мети, найчастіше несвідомої, то, знаючи послідовність вчинків у разі аутоагресії, її можна запобігти [27].

Послідовник школи психоаналізу американський вчений К. Меннінгер розвинув ідею З. Фрейда про суїцид, дослідивши його глибинні мотиви. Він виділив три складові частини суїцидальної поведінки. На його думку, для того, щоб здійснити самогубство, необхідно [33]:

- бажання вбити – суїциденти, будучи здебільшого інфантильними особистостями, що реагують люттю на перешкоди або перешкоди, що стоять на шляху реалізації їх бажань;
- бажання бути вбитим – якщо вбивство є крайньою формою агресії, то суїцид є найвищим ступенем підпорядкування: людина не може витримати докорів совісті та страждань через порушення моральних норм і тому бачить спокуту провини лише у припиненні життя;
- бажання померти – воно поширене серед осіб, схильних піддавати своє життя необґрунтованому ризику.

Таким чином, якщо у людини виникають відразу три описані К. Меннінгером бажання, суїцид перетворюється на незворотню реальність. Досить часто діти дошкільного та шкільного віку проявляють суїцидальні схильності за умов війни чи післявоєнного часу, коли втрачають маму й тата, коли не мають рідних (братів, сестер), коли опиняються під обстрілами на самоті, коли відчувають провину, що не врятували когось із батьків та інші ситуації.

К. Хорні, як науковець психодинамічного спрямування та егопсихології вважала, що за умов порушення взаємовідносин між людьми

виникає невротичний конфлікт, породжений так званою базисною тривогою. Вона з'являється ще в дитячому віці через відчуття ворожості оточення. Крім тривожності, у невротичній ситуації людина відчуває самотність, безпорадність, залежність та ворожість. Ці феномени можуть стати основою суїцидальної поведінки. Ворожість під час конфліктів актуалізує, як вважала К. Хорні, «руйнівні схильності, спрямовані на себе». Вони не обов'язково набувають форми суїцидальної поведінки, але можуть виявлятися у вигляді зневаги, огиди чи глобального заперечення. Наприклад, коли дитина не визнає своє тіло, б'ється головою об стіну чи підлогу тощо. Вони посилюються, якщо зовнішні труднощі поєднуються з егоцентричною установкою чи ілюзіями, бажаннями дитини. Тоді ворожість і зневага до себе та інших можуть стати настільки сильними, що власна смерть стає привабливим способом помсти (у дітей такі роздуми відбуваються на підсвідомому рівні). У ряді випадків саме добровільна смерть видається єдиним способом утвердити своє Я.

Американський психоаналітик Г. Салліван розглядав суїцид з точки зору власної теорії міжособистісного спілкування. Самооцінка індивіда створюється, головним чином, із ставлення інших людей. Завдяки цьому у особистості можуть сформуватися три образи Я: «Хороше Я», якщо відношення інших забезпечується безпекою, «Погане Я», якщо оточення породжує тривогу чи інші емоційні порушення; крім того, існує і третій образ «Не-Я», що виникає, якщо особистість втрачає его-ідентичність, наприклад при психічних порушеннях або за умов суїцидальної ситуації. Життєві кризи, наприклад, або міжособистісні конфлікти змушують особистість на тривале існування в образі «Поганого Я», що є джерелом страждань та дискомфорту. У цьому випадку припинення страждань шляхом здійснення аутоагресії та перетворення «Поганого Я» на «Не-Я» може стати прийнятною або єдиною можливою альтернативою.

Роль тривоги та інших емоційних переживань у походженні суїцидальної поведінки наголошувалося і представниками гуманістичної

психології (Р. Мей, К. Роджерс та ін). Для Р. Мея тривога була не лише симптомом, а й екзистенційним проявом буття та найважливішою конструктивною силою людського життя. Вчений вважав її переживанням як «зустріч буття з небуттям» і «парадоксом свободи та реального існування особистості». К. Роджерс вважав, що основна тенденція життя полягає в актуалізації, збереженні та посиленні «Я», що формується у взаємодії з середовищем та іншими оточуючими людьми. Якщо структура «Я» є ригідною, то реальний досвід, що не узгоджується з нею, сприймається як загроза життю особистості, спотворюється чи заперечується. Таким чином «Я», спочатку, не довіряючи власному досвіду, згодом повністю втрачає довіру себе. Це призводить до усвідомлення повної самотності. Втрачається віра в себе, з'являється ненависть і зневага до життя, смерть ідеалізується, що породжує суїцидальні тенденції.

Засновник логотерапії В. Франкл розглядав самогубство серед таких понять, як сенс життя і свобода людини, а також у зв'язку з психологією смерті. Людина, якій властива свідомість існування, вільна у виборі способу власного буття.

Е. Шнейдман вперше описав ознаки, що свідчать про наближення можливого самогубства, назвавши їх «ключами до суїциду». Він ретельно досліджував існуючі в суспільстві міфи щодо суїцидальної поведінки, а також деякі особливості особистості, що зумовлюють суїцидальну поведінку. Означені особливості відображені у створеній ним оригінальній типології індивідів, які, нерідко свідомо, самі наближають свою смерть: по-перше, шукачі смерті, які навмисно «розлучаються» з життям, зводячи можливість порятунку до мінімуму; по-друге, ініціатори смерті, які навмисно наближають її (наприклад, тяжкохворі діти, діти без батьківської опіки, свідомо позбавляють себе життя); по-третє, особи, які схвалюють смерть, тобто ті, хто, не прагнучи активно розлучитися з життям, водночас, не приховують своїх суїцидальних намірів: це характерно, наприклад, для

усиновлених дітей, депортованих дітей, емоційно нестійких підлітків і дітей, що перебувають в періодах вікових криз еґо-ідентичності тощо).

Е. Шнейдман описав і виокремив загальні риси, характерні для всіх суїцидів, незважаючи на різноманітність обставин, методів їх вчинення та віку осіб, що здійснюють суїцид [33]:

- 1) загальною метою суїциду є пошук рішення;
- 2) загальним завданням суїциду є усунення свідомості;
- 3) загальним стимулом суїциду є нестерпний психічний, психологічний біль;
- 4) загальним стресором під час суїциду є фрустровані психологічні потреби;
- 5) загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність;
- 6) загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність;
- 7) загальним станом психіки ід час самогубства є звуження когнітивної сфери;
- 8) загальною дією суїцидів є втеча (агресія);
- 9) загальною комунікативною дією суїцидів є повідомлення про свій намір.

Е. Шнейдман спільно з Н. Фарбероу ввів у практику метод психологічної аутопсії (включає аналіз посмертних записок, малюнків суїцидентів), що значно поглибило розуміння психодинаміки самогубства.

На основі цього методу авторами було виокремлено три типи суїцидів:

- еґотичні самогубства; причиною яких є інтрапсихічний діалог, конфлікт між частинами «Я», а зовнішні обставини – лише додаткові умови;
- діадичні самогубства, основа яких полягає у нереалізованих потребах і бажання, що стосуються близької людини; таким чином, зовнішні чинники домінують, роблячи цей вчинок актом ставлення до іншого, а не до свого «Я»;

- агенеративні самогубства, за яких є бажання зникнути через втрату почуття приналежності до покоління, родини, групи або людства в цілому, наприклад.

В останніх роботах Е. Шнейдман підкреслює важливість одного психологічного механізму, що лежить в основі суїцидальної поведінки – душевного болю (psychache), який виникає через фрустрацію таких потреб людини, як потреба в приналежності, досягненні, автономії, вихованні та розумінні.

Н. Фарбероу є автором концепції саморуйнівної поведінки. Суїцид, на думку автора, є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах конфліктів, що проживає особа. При цьому суїцид є одним з варіантів поведінки особистості в екстремальній ситуації, причому суїцидогенність ситуації не міститься в ній самій, а визначається особистісними особливостями суб'єкта, його життєвим досвідом, віком, інтелектом, характером та стійкістю. Суїцидогенний конфлікт може бути викликаний реальними причинами (у практично здорових осіб), так і може полягати в дисгармонійній структурі особистості або мати психотичний генез. Незалежно від характеру причин, конфлікт для особистості завжди реальний і тому супроводжується інтенсивними тяжкими переживаннями, як правило, з депресивним забарвленням.

Індикатори суїцидального ризику

До індикаторів суїцидального ризику відносяться особливості ситуації, що склалася, настрої, когнітивна діяльність та висловлювань дитини, осіб навколо, які свідчать про підвищений рівень суїцидального ризику. Будь-яка ситуація, яку особистість, особливо особистість дитини сприймає як кризу, може вважатися ситуаційним індикатором суїцидального ризику: смерть рідних, розлучення батьків; втрата домівки; сексуальне насильство; загроза фізичної розправи; отримання тяжкої інвалідності; невиліковна хвороба та пов'язане з нею очікування смерті; систематичні побиття; громадське приниження; колективне цькування; самотність, туга та багато інших.

Поведінковими індикаторами суїцидального ризику є:

- самоізоляція від інших людей;
- втеча з дому;
- різке зниження повсякденної активності;
- зміна навичок, наприклад, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю;
- часте прослуховування жалобної чи сумної музики;
- будь-які раптові зміни у поведінці та настрої, особливо – віддалення від близьких;
- порушення дисципліни;
- неприємності у навчанні;
- роздавання дорогих речей чи грошей та інші.

Комунікативними індикаторами можна вважати: прямі чи опосередковані повідомлення про суїцидальні наміри («Хочу померти» – пряме повідомлення, «Скоро все це закінчиться» – непряме); жарти, іронічні висловлювання про бажання померти, про безглуздість життя, також відносяться до непрямих повідомлень; запевнення у безпорадності та залежності від інших; прощання; повідомлення про конкретний план суїциду, самозвинувачення, повільне, маловиразне мовлення.

Когнітивні індикатори це: негативні оцінки власної особистості, навколишнього світу та майбутнього; уявлення про власну особистість як про нікчемну, яка не має права жити; уявлення про світ як місце втрат та розчарувань; уявлення про майбутнє як безперспективне, безнадійне; нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, окрім суїциду; наявність суїцидальних думок, намірів, планів.

Ступінь, рівень суїцидального ризику прямо пов'язана з тим, чи є в дорослого чи дитини тільки невизначені не часті думки про самогубство («добре б заснути і не прокинутися»), або вони постійні, і вже формуються у намір вчинити самогубство («я зроблю це, іншого виходу немає») і з'являється конкретний план, який включає рішення про метод самогубства,

засоби, час і місце. Чим докладніше розроблено суїцидальний план, тим вища ймовірність його реалізації. Але у дітей шкільного віку це переважно спонтанні і не виважені рішення без детального і точного плану.

Емоційні індикатори: амбівалентність по відношенню до життя, подій життя; байдужість до подій, які відбуваються, пригніченість, безнадійність, безпорадність, розпач; переживання горя; ознаки депресії (напади паніки; виражена тривога; знижена здатність до концентрації уваги та волі, безсоння, невластива агресія чи ненависть до себе: гнів, ворожість; вина чи відчуття невдачі, поразки; надмірні побоювання чи страхи; почуття непотрібності (особливо, коли батьки більш сконцентровані на проблемах війни, а не на дитині).

Консультування суїцидальних звернень від батьків (дітей)

Дорослі та діти із суїцидальними намірами не уникають допомоги, а навпаки, часто прагнуть її, зокрема процесу психологічного консультування. З тих, хто вчиняє суїциди, майже 70% консультуються лікарями загального профілю протягом місяця, а 40% – протягом останнього тижня до скоєння вчинку; 30% – так чи інакше висловлюють свої наміри, повідомляючи оточуючих.

Суїцидальна поведінка є динамічним процесом, що складається з наступних етапів [14], [38]:

- I. Етап суїцидальних тенденцій. Вони є прямими чи непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрату його сенсу чи небажання жити. Суїцидальні тенденції виявляються в думках, намірах, почуттях або погрозах. На цьому етапі здійснюється превенція суїциду, є його запобігання на підставі розпізнавання психологічних чи соціальних передвісників. Головний сенс превентивних заходів у тому, щоб переконати суспільство, що суїцидальні думки психологічно зрозумілі і самі по собі не є хворобою, бо є природною частиною людського існування; що суїцидальна поведінка минає і доступна вольовій

сфері особистості, а тому запобіжна, якщо в оточуючих буде бажання вислухати іншу людину та допомогти їй.

- II. Етап суїцидальних процесів. Цей етап починається, коли тенденції переходять у конкретні вчинки. Під суїцидальною спробою розуміється свідоме прагнення позбавити себе життя, яке за незалежними від особистості обставинами (своєчасне надання допомоги, успішна реанімація тощо) не було доведено до кінця. Самоушкодження, які безпосередньо не спрямовані на самознищення, мають характер демонстративних дій (шантаж, ушкодження себе, спрямовані на надання психологічного чи морального тиску на оточення для отримання певних вигод), мають назву парасуїциду. Парасуїциди, зазвичай, не передбачають смертельного результату, але є випадки, коли особа гине, бо «переграла». Суїцидальні тенденції можуть також призвести до завершеного суїциду, результатом якого є смерть. На цьому етапі здійснюється процедура інтервенції. Вона є процесом втручання у поточний суїцид для запобігання акту саморуйнування та полягає у взаємодії зі зневіреною особою і наданні їй емоційної підтримки та співчуття ід час переживань. Головне завдання інтервенції полягає у тому, щоб утримати особистість в живих, а не в тому, щоб переробити структуру особи або вилікувати нервово-психічні порушення.
- III. Етап постсуїцидальної кризи. Він триває від моменту вчинення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді має характер циклічності. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїцидента, ознаки якої (соматичні, психічні або психопатологічні) та їх виразність, що можуть бути різними. На цьому етапі здійснюються поственція та вторинна превенція суїцидальної поведінки. Поственція – це зусилля щодо запобігання повторенню акта аутоагресії, а також попередження розвитку

посттравматичних стресових розладів у вцілілих та їх оточення. Завдання поственції полягають у полегшенні процесу пристосування до реальності та труднощів, зменшення ступеня заразливості, а також оцінка та ідентифікація факторів ризику повторного суїциду.

Вони вирішуються шляхом використання таких стратегій, як: психологічне консультування; кризова інтервенція; пошук систем підтримки особистості в суспільстві; освітня стратегія для підвищення усвідомлення ролі та значущості саморуйнівної поведінки.

Вторинна превенція полягає у попередженні повторних суїцидальних спроб.

Уявлення про суїцид у нашій культурі супроводжується великою кількістю міфів. Усвідомлення їх може утримати психологів, педагогів від низки помилок. Розглянемо основні міфи та факти про суїцид.

- Міф: *говорючи про бажання покінчити з життям, людина просто намагається звернути на себе увагу.* Особи, які говорять про самогубство або роблять суїцидальну спробу, відчувають сильний душевний біль. Вони намагаються поставити інших людей до відома. Ніколи не варто ігнорувати загрозу скоєння самогубства та не уникати можливості обговорити труднощі, що виникли.
- Міф: *особистість вчиняє самогубство без попередження.* Дослідження свідчать, що дорослий чи дитина дає багато попереджувальних знаків та «ключів» до розуміння, розгадок плану суїцидальної особи. Приблизно 8 із 10 тих, хто задумав самогубство, натякають оточуючим на це.
- Міф: *схильність до самогубства успадковується.* Схильність до самогубства не передається генетично.
- Міф: *самогубства відбуваються лише серед дітей заможних осіб, так би мовити у заможних верствах – серед політиків, письменників, артистів, відомих осіб тощо.* Дослідниками констатовано, що суїцид чинять представники різних соціальних груп. Кількість самогубств на всіх рівнях суспільних верств приблизно однакова.

- Міф: *всі суїцидальні особистості страждають на психічні розлади.* Не всі особи, які здійснюють суїцид, психічно хворі. Людина, яка задумала самогубство, відчуває безнадійність і безпорадність, не бачить виходу з труднощів, що виникли, не може знайти вихід з хворобливого емоційного стану. Це не є свідченням про психічні розлади.
- Міф: *розмова про самогубство може посилити бажання особи піти з життя.* Розмови про самогубство не можуть бути причиною здійснення такої дії. Навпаки, якщо не говорити на цю тему, то неможливо буде визначити, чи є небезпека суїциду. Часто відверта, розмова є першим кроком щодо упередження самогубств.
- Міф: *якщо особистість здійснила суїцидальну спробу, вона завжди буде суїцидальною особистістю, і надалі це обов'язково повториться.* Суїцидальна криза зазвичай має тимчасовий характер, не триває все життя. Якщо людина отримує допомогу (психологічну та іншу), то скоріше за все, зможе вирішити проблеми, що виникли, і позбутися думок про самогубство.
- Міф: *особи, які задумали самогубство, просто не хочуть жити.* Переважна більшість людей із суїцидальними намірами вагаються в виборі між життям та смертю.
- Міф: *всі дії під час суїцидальної спроби є імпульсивними, непродуманими та свідчать про відсутність плану.* Не завжди так відбувається. Більшість намагаються піти з життя, попередньо обмірковуючи свої дії.
- Міф: *суїцид – рідкісне явище.* Наприклад, у Північній Америці суїцид входить до десяти основних причин смерті (для дітей та юнацтва це одна з двох основних причин смерті). Думки про самогубство мають майже половина населення Сполучених Штатів Америки. Суїцидальні спроби здійснюють 1 із 250 осіб. Фактично кількість суїцидальних спроб може бути і набагато більше, оскільки деякі самогубства видаються за нещасні випадки.

Підкреслимо, що під час звернення суїцидальної дитини, спочатку завдання консультанта (психолога, можливо, освітянина) зводиться до того, щоб «відтягнути час» і дочекатися закінчення небезпечного періоду. Якщо суїцидент повною мірою залучений до терапевтичного процесу, у нього виникає бажання дізнатися, що скаже терапевт наступного разу, навіть з'явиться бажання посперечатися з консультантом. Тому дуже важливо постійно тримати таку особу в напруженому стані, тобто пробуджувати та підтримувати інтерес до терапії. При цьому важливо дотримуватися принципу безперервності терапії та забезпечувати наступність змісту сесій. Щоб втримати особу і відбулась наступна зустріч, психолог, терапевт може, наприклад, викликати у суїцидента якийсь спогад, поставити питання і відреагувати на нього приблизно так: «Ви торкнулися дуже цікавої теми. У мене є деякі міркування щодо цього, але я поділюсь ними на наступній сесії. Може, й Ви/Ти коротко напишеш, що думаєш з цього приводу?»

Під час першої зустрічі терапевт має кілька основних цілей:

- 1) встановити емпатичний контакт із суїцидентом;
- 2) викликати надію на безперечну допомогу;
- 3) отримати таку інформацію, яка дозволила б зробити висновок рівня суїцидального ризику в даний момент та в найближчому майбутньому.

Емпатичний контакт передбачає, насамперед, безоцінне слухання, підтримку суїцидента. Від так, терапевт не форсує події та ставить далеко не всі необхідні питання, тобто отримана від суїцидента інформація є дуже неповною. Необхідно зрозуміти, якою мірою суїцидент співпрацюватиме з консультантом, іншими словами – «боротися за своє життя» у процесі кризової інтервенції. Якщо консультант-психолог зрозумів, що має справу з депресивним суїцидентом, йому варто запропонувати консультацію психіатра щодо вирішення питання лікування. Це не означає, що консультант відмовляє суїциденту у кризовій допомозі. Консультант робить усе можливе і залежне від нього, щоб допомогти особі вижити. Необхідність медичної

допомоги зростає за умови ажитованої депресії, а також на виході з депресивного стану, коли підвищується активність суїцидента, а його емоційний стан залишається пригніченим. Надалі напрям та методи терапевтичного втручання будуть залежати від того, які мотиви лежать в основі суїцидальної поведінки особистості [30].

У роботі пропонується оцінювати рівень суїцидального ризику на основі п'яти компонентів [21]: попередня спроба суїциду; суїцидальна загроза; оцінка попередніх реакцій суїцидента на стрес, особливо на втрати; оцінка вразливості суїцидента до трьох загрозливих для життя афектів – самотності, самооцінки та гніву, агресії; оцінка наявності та характеру зовнішніх ресурсів підтримки

Основні мотиви суїцидальної поведінки у дітей та підлітків, зазвичай є [19]:

1. Переживання образи, самотності, відчуженості та нерозуміння.
2. Справжня чи уявна втрата любові батьків, нерозділене почуття та ревності.
3. Переживання, пов'язані зі смертю, розлученням батьків.
4. Почуття провини, сорому, самозвинувачення.
5. Страх зганьбитися, глузувань чи приниження.
6. Страх покарання, небажання вибачатися.
7. Насилля будь-якого виду.
8. Почуття помсти, злості, протесту.
9. Бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути неприємних наслідків важкої ситуації.
10. Співчуття або наслідування товаришів, героїв книг або фільмів («ефект Вертера»).

Варто пам'ятати, що дитина сприймає себе і світ навколо крізь призму оцінок дорослих людей – батьків і педагогів. Їх оцінні судження можуть спричиняти негативні переживання у дитини, впливати на становлення її особистості, особливо у такий буремний та дуже несподіваний для всіх українців період – період війни.

ВИСНОВКИ

Після початку війни в Україні більше ніж у 70% дітей було зафіксовано неврози та невротичні порушення (точну цифру встановити досить складно через депортції, виїзди та переміщення родин за кордон та ін.) Так склалося в Україні, що батьки, завантажені проблемами війни та виживання, самі страждають на невротичні порушення. Але вони й не підозрюють, що мають проблему, або не хочуть витратити час на візити до лікарів і переносять власні проблеми та комплекси на дітей. Недостатня психологічна сумісність батьків, диктат і авторитарність одного з членів родини, зміна традиційних сімейних ролей, зокрема перетворення малого на дорослого (парентифікація) – усе це важливі соціально-психологічні умови, що можуть стати причиною порушення психіки дітей з ООП, зокрема і дітей з порушеннями слуху.

За результатами наших досліджень було встановлено, що найбільш схильні до появи психологічних проблем наступні категорії осіб з особливими потребами: діти, що мають конфліктні взаємини у родині (часто можна спостерігати дві крайнощі: повне злиття матері з дитиною (найчастіше спостерігається в одиноких або у розлучених жінок), що негативно впливає на розвиток дитини – дитина виростає залежною, безініціативною, пасивною; дистанційність, байдужість чи навіть агресія у ставленні до дитини (у таких випадках дитина з ранніх років «належить» сама собі). Також серед проблемних родин варто згадати й ті, що мають викривлені педагогічні переконання (сприйняття життя власної дитини, як шанс для втілення власних амбіцій і нереалізованих можливостей/ або розчарування у дитині, якщо її особливість не дає цього зробити).

Психологічний супровід дитини з особливими потребами дуже індивідуалістична система. Найважливіше, що мають пам'ятати батьки за умов постійних змін, війни в Україні – це те, що «Не дитина має пристосовуватися до батьків, а батьки — до індивідуальності дитини!». Не варто забувати серед воєнних та післявоєнних буднів про потреби дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адлер А. Индивидуальная психология и развитие ребёнка. Харьков: Знание, 1994. 187 с.
2. Анг'ял А. Системність всесвіту. Одеса: ГР-видавництво, 1990. 140 с.
3. Барковець Г. Саморегуляція особистості. Київ: Основи, 2004. 231 с.
4. Бех І. Виховання особистості. Київ: Либідь, 2003. 280 с.
5. Бондаренко О. Психологічні особливості самосвідомості та «Я-концепції» підлітків з психофізичними порушеннями. Київ: Знання, 2018. 324 с.
6. Буцик В. Неврози: порушення емоцій та поведінки у дітей за умов війни. Київ: Видав, 2022. 128 с.
7. Вовченко О. Вплив емоційного інтелекту на процеси самоідентифікації підлітків з порушеннями розумового розвитку. *Науково-практичний журнал «Наука і освіта» Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського*. 2020. № 2/ XXXIII. С. 14-21.
8. Вовченко О. Саморегуляції базових емоцій підлітками з порушеннями розумового розвитку як основа формування емоційного інтелекту. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2020. Вип. 11. С. 44-50.
9. Дорошенко Д. Актуалізація психологічних технологій групової та індивідуальної роботи з підлітками з особливими освітніми потребами: комплексний підхід. Миколаїв: Орест, 2014. 278 с.
10. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Днепропетровск: ЛикПресс, 1995. 389 с.
11. Кондратенко В. Суицидальное поведение. Психология экстремальных ситуаций. Харьков: Знание, 1999. 289 с.
12. Королько Н. Методологічні особливості спеціальної педагогіки. Київ: Світ, 1994. 144 с.
13. Кудінов І. Мислення системне// *Політична енциклопедія*. Київ: Парламентське видавництво, 2011. 449 с.

14. Кущенко М. Експериментальне дослідження самооцінки та самоідентифікації осіб з ментальними порушеннями. Харків: Вік ТРТ, 2020. 176 с.
15. Лазаренко О. Системність чи структурність: особистісні зміни дитини з аномальним розвитком. Одеса: Аспект, 2005. 234 с.
16. Максименко С. Розвиток психіки в онтогенезі. Київ: Форум, 2002.
17. Микитенко М. Саморегуляція особистості з порушеннями психофізичного розвитку. Київ: Світ, 2017. 196 с.
18. Перлз Ф. «Свідок Терапії». Харків: Видав Світ, 1995. 142 с.
19. Рейздін О. Посттравмативна психотерапія підлітків та дорослих. Київ: БукРед, 2018. 280 с.
20. Романенко О. Психологічні особливості підлітків з ментальними порушеннями. Хмельницький: РТСВ Східниця, 2020. 312 с.
21. Савінов О. Психологічне насилля та основи групової психокорекції. Київ: Либідь, 2014. 264 с.
22. Сельє Г. Психофізіологія стресса. Харків: Издательство Университета имени Каразина, 1998. 189 с.
23. Соколова О. Пубертат у нормі та патології: емпіричні дослідження. Київ: ВВ Смарт, 2018. 292 с.
24. Соонетс Р., Локо Я., Локо Т. и др. Недостойное обращение с детьми. Тарту, АО Атлекс, 2000. 204 с.
25. Юнг К. Душа и миф: шесть архетипов. Киев: Государственная библиотека Украины для юношества, 1996. 384 с.
26. Яковенко О. Системне мислення як творчий підхід до вирішення проблем. *Наукові записки. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота.* 2008. Т. 84. С. 67-71
27. Adler A. What life should mean to you / Ed. by A. Porter. London: George Allen & Unwin Ltd., 1932.
28. Barkovets N. Psychiatry of catastrophes and emergency situations. Kherson: Practical Medicine, 2022. 97 p.

29. Bavolar J. Thinking styles, perceived stress and life satisfaction. *Studia Psychologica*. 2017. V. 59.(4). P. 233-242.
30. Beck J. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford, 1995.
31. Ellis A., Dryden W. The practice of rational emotive behavior therapy. New York: Springer. 1996.
32. Erickson K. Everything in its path: destruction of community in the Buffalo Creek flood. New York: Simon & Schuster, 1976.
33. Farberow N. Shneidman E. (eds.) The cry for help. New York, 1991.
34. Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. New York: Free Press, 1984.
35. Freud Z. Introduction to psychoanalysis. Kyiv: Osnovy, 1998. 186 p.
36. Goldsmith S., Kelley E. Associations between emotion regulation and social impairment in children and adolescents with an autism spectrum disorder. *Autism Dev Disord Published online*. 2022. № 48, P. 1-10.
37. Green A. Child maltreatment and its victims: A comparison of physical and sexual abuse. *Psychiatric clinics of North America*, 1988, V. 2, P. 591-610.
38. Green A. Children Traumatized by Physical Abuse. *American Psychiatric Association*, 1995. V. 10, P. 120-128.
39. Dammann G. Posttraumatic stress disorder – challenging a mechanistic neuropsychological and monocausal etiological model. *Ukrainian herald of psychoneurology*. 2019. № 23, V. 3(84), P. 8–15.
40. Korek St. Cognitive structure of stress in adolescents. Toronto: B&V, 2017.
41. Lasogga F., Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.
42. Lazarus R. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press, 1991. 208 p.
43. Olekseeva O. Borderline mental disorders. Kharkiv: Medicine. 2022. 187 p.
44. Palmer St., McMahon G. Handbook of counselling. London: Routledge, 1997.
45. Şahin G. False memories and cognitive flexibility. *Studia Psychologica*, 2022. V. 64. (3). P. 283-294.