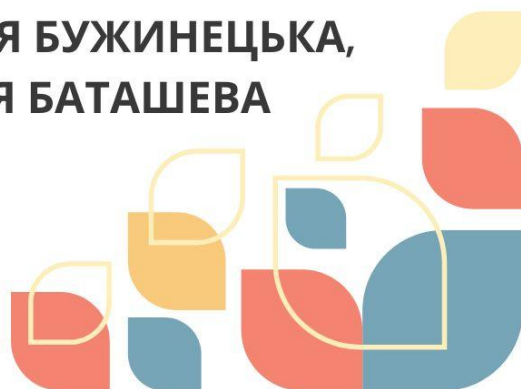




МОНОГРАФІЯ

**ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ З
ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ
ПІД ЧАС КРИЗ:
ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ
СУПРОВІД**

**ЛЕСЯ ПРОХОРЕНКО, КСЕНІЯ БУЖИНЕЦЬКА,
ОЛЬГА БАБЯК, НАТАЛІЯ БАТАШЕВА**



УДК 159.9:316.4.063.3/.4-056.26-044.372

П 84

Рекомендовано вченою радою Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (протокол № 8 від 26.06.2025)

Рецензенти:

СОКОЛОВА Ганна Борисівна, докторка психологічних наук, професорка, членкиня-кореспондентка НАПН України, директорка навчально-наукового інституту фізичної культури, спорту та реабілітації, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»;

ДУШКА Алла Луківна, докторка психологічних наук, професорка, професорка кафедри психології, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького;

П 84 Прохоренко, Л., Бужинецька, К., Бабяк, О., Баташева, Н. (2025) *Інтеграція осіб з особливими потребами під час криз: психологічний та психотерапевтичний супровід*. Монографія. Київ : Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 210 с.

Монографія *«Інтеграція осіб з особливими потребами під час криз: психологічний та психотерапевтичний супровід»* присвячена комплексному аналізу впливу кризових ситуацій на розвиток, поведінку та психічне здоров'я осіб з особливими освітніми потребами. У роботі розкрито теоретичні засади кризових станів, окреслено чинники вразливості, запропоновано моделі психологічної та психотерапевтичної підтримки в умовах воєнних, соціально-економічних та особистісних криз.

Особливу увагу зосереджено на побудові системи міждисциплінарної допомоги, методиках стабілізації емоційного стану, відновленні ресурсів, профілактиці дистресу та формуванні індивідуальних стратегій подолання.

Видання адресоване психологам, психотерапевтам, фахівцям інклюзивно-ресурсних центрів, педагогам, соціальним працівникам, науковцям у сфері спеціальної освіти та психології, а також студентам і аспірантам відповідних спеціальностей.

Монографія також буде корисною для всіх, хто залучений до організації підтримки дітей і дорослих з ООП у кризових умовах та прагне удосконалити професійні підходи до їх супроводу.

УДК 159.9:316.4.063.3/.4-056.26-044.372

© Прохоренко, Л., Бужинецька, К., Бабяк, О., Баташева, Н., 2025

© Інститут спеціальної педагогіки
і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України

ISBN 978-617-8531-58-4

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС КРИЗ (Л. Прохоренко)

1.1. ПОНЯТТЯ КРИЗИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

1.2. ТИПОЛОГІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

1.3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ КРИЗИ

РОЗДІЛ 2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДТРИМКИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ (Л. Прохоренко)

2.1. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНІКИ В РОБОТІ З ОСОБАМИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС КРИЗ

2.2. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ ТЕХНІКИ У ПІДТРИМЦІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ В УМОВАХ КРИЗ (Н. Баташева)

3.1. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ КРИЗ

3.2. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ КРИЗ (О. Баб'як)

4.1. ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ У ЧАСИ СОЦІАЛЬНОЇ НАПРУГИ

4.2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З ООП В УМОВАХ КРИЗОВИХ ЗМІН

РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕСУРСНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ТА ЇХНІХ РОДИН У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ (К. Бужинецька)

5.1. ПІДТРИМУВАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ ТА ФОРМИ СУПРОВОДУ РОДИН В УМОВАХ КРИЗИ

5.2. ОСОБЛИВОСТІ СУПРОВОДУ РОДИН, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ООП

ПЕРЕДМОВА

Сучасний етап розвитку психолого-педагогічної науки характеризується зростанням уваги до проблем психічного здоров'я, кризових станів та можливостей раннього втручання у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами.

Соціальні трансформації, наслідки воєнних подій, підвищення рівня стресогенності життєвого середовища актуалізують потребу в науково обґрунтованих підходах до організації допомоги, що поєднує медико-психологічні, педагогічні, соціальні та реабілітаційні складові. У цьому контексті важливим є системний аналіз теоретичних положень і практичного досвіду застосування адаптованих методик подолання психотравми, корекції поведінкових та когнітивних порушень, розвитку навичок саморегуляції, комунікації та емоційної стійкості.

Науковий дискурс поступово зміщується від виключно діагностичного підходу до моделі комплексної підтримки, що враховує унікальність кожної дитини, її соціальний контекст, ресурси родини та освітнього середовища. Актуальності набувають методи когнітивно-поведінкової терапії, інструменти альтернативної та додаткової комунікації, сенсорні та ігрові стратегії, спрямовані на підвищення адаптивності та формування позитивного досвіду взаємодії. Значущою залишається міждисциплінарна взаємодія фахівців, що забезпечує цілісність впливу та ефективність реабілітаційних програм.

Представлені матеріали узагальнюють сучасні наукові уявлення щодо психолого-педагогічної підтримки осіб з ООП, висвітлюють практичні аспекти роботи з дітьми, які пережили психотравму, і спрямовані на розширення методичного інструментарію фахівців, інтеграцію доказових підходів у щоденну корекційно-розвивальну діяльність та підвищення якості освіти й соціальної інтеграції таких дітей.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС КРИЗ

1.1. ПОНЯТТЯ КРИЗИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

У психологічній науці поняття «криза» визначається як тимчасовий стан психоемоційного дезбалансу, що виникає у відповідь на ситуацію, яка потребує значних адаптаційних зусиль і перевищує наявні ресурси особистості (Каплан, 1964; Ліндман, 1944).

Кризові ситуації можуть бути спричинені як зовнішніми факторами (соціальними, природними, військовими), так і внутрішніми конфліктами, що виникають у процесі вікового або життєвого розвитку (Erikson, 1959; Caplan, 1964).

За типологією Дж. Каплана (1964), кризи поділяються на:

- розвиткові (нормативні) – пов'язані з переходом на новий етап життєвого циклу (наприклад, підлітковий вік, народження дитини, пенсія);
- ситуативні – викликані несподіваними зовнішніми подіями (втрата близької людини, війна, насильство);
- культурно-соціальні – що охоплюють значну частину населення (економічна криза, пандемія, збройний конфлікт).

Криза суттєво впливає на психічне здоров'я особистості, викликаючи дезорганізацію поведінки, посилення тривоги, порушення емоційної регуляції, депресивні прояви, а також соматизацію психоемоційного стану (Hobfoll et al., 2007; Bonanno, 2004). При відсутності своєчасної підтримки кризовий стан може трансформуватися у гострий стресовий розлад або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (American Psychiatric Association, 2013).

Особливо уразливими у періоди криз є діти та підлітки, чия нервова система ще не досягла повної зрілості, а механізми саморегуляції – недостатньо сформовані (Perry, 2006; Siegel, 2012). Для них характерні

порушення сну, агресивна або, навпаки, поведінка уникнення, труднощі у навчанні, зниження адаптивності до соціального середовища.

Втім, як вказують дослідники (Tedeschi & Calhoun, 1996), за сприятливих умов (психологічна підтримка, безпечне середовище, стабільність) кризовий досвід може стати поштовхом до посттравматичних змін, сприяти формуванню нових стратегій подолання труднощів, зміцненню особистісної стійкості та самосвідомості.

Одним із перших науковців, хто системно досліджував природу психологічної кризи, був Джеральд Каплан. У своїй фундаментальній праці *«Principles of Preventive Psychiatry»* (1964) автор виокремив поняття «психологічної кризи» як тимчасового стану дезадаптації, що виникає у відповідь на життєві труднощі, котрі перевищують наявні ресурси особистості. Вчений наголосив на необхідності раннього втручання та запропонував структуру кризового консультування, засновану на мобілізації підтримки та відновленні адаптивних функцій. Дж. Каплан підкреслював, що ефективна допомога у кризі не лише запобігає загостренню психопатології, а й сприяє особистісному зростанню.

Досліджуючи кризу, Е. Еріксон (1959), у своїй теорії психосоціального розвитку, акцентував увагу на тому, що кожна вікова стадія супроводжується «нормативною кризою», результат якої визначає напрямок особистісного розвитку. Особливу увагу вчений приділив кризам підліткового віку, пов'язаним із пошуком ідентичності і розглядав кризу не лише як загрозу, а й як точку переходу, що відкриває потенціал для інтеграції нових психологічних якостей.

У дослідженнях Г. Бонанно переживання втрати і травми підтверджено наявність феномену психологічної резилієнтності – здатності зберігати стабільне функціонування, незважаючи на стресові обставини. Дослідник підкреслює, що не всі індивіди, які зазнали травматичного досвіду, демонструють патологічні реакції, а сама травма не є

детермінантою ПТСР. На думку вченого, основним є важливість урахування індивідуальних ресурсів, характеру соціальної підтримки та способів осмислення пережитого.

Американська психіатрична асоціація у п'ятому виданні «*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*» (2013) систематизувала критерії діагностики гострих стресових реакцій, ПТСР та адапційних розладів. У документі підкреслено, що тяжкість, тривалість і характер психотравмівної події безпосередньо впливають на ризик розвитку дезадаптивних станів. Для гострої стресової реакції виокремлено критерії експозиції до травми, наявності симптомів вторгнення, дисоціації, уникання та підвищеного збудження з тривалістю від кількох днів до одного місяця. Зазначено, що ПТСР діагностується при стійких симптомах інтенсивних нав'язливих спогадів, уникання, негативних змін у когніціях і настрої та значному фізіологічному напруженні, що тривають понад місяць і спричиняють соціальну чи професійну дезадаптацію. Поряд з цим, адапційні розлади відзначаються емоційними або поведінковими реакціями на стресор, які перевищують очікувану інтенсивність і проявляються впродовж трьох місяців після події. Усі ці критерії забезпечують чіткі часові та симптоматичні межі для розпізнавання кризових порушень і планування відповідної психосоціальної допомоги.

Дослідницька група S. Hobfoll та співавтори (2007) сформулювала п'ять базових компонентів ефективної психологічної допомоги у масових кризах: забезпечення почуття безпеки, заспокоєння, відновлення зв'язків, почуття ефективності та надії. Ця модель була апробована в умовах стихійних лих, терактів та воєнних дій, що дало змогу її подальшого впровадження у програми кризового втручання для дітей та підлітків.

У дослідженнях J. Herman («*Trauma and Recovery*», 1992) травма розглядається як подія, що радикально порушує базове відчуття довіри до світу та власної цілісності. Авторка підкреслює, що ефективна допомога

має проходити у три етапи: стабілізація, осмислення травми та реінтеграція. Особливий акцент зроблено на взаємозв'язку травми з міжособистісними відносинами та важливості емпатійного супроводу.

Прибічник тілесно-орієнтованого підходу Пітер Левін стверджує, що наслідки травми зберігаються не лише у свідомості, а й у тілі. У книзі «*In an Unspoken Voice...*» вчений обґрунтовує принцип сенсомоторної інтеграції та розробляє методiku, що сприяє відновленню саморегуляції через роботу з тілесними реакціями на стрес (Левін, 2010). Дослідник наголошує на важливості повільної, контрольованої активації тілесних імпульсів для завершення незавершених захисних реакцій.

В дослідженнях В. Perry (2006) представлено нейросеквенційну модель терапії, яка базується на уявленні про те, що наслідки травми проявляються через порушення у розвитку мозку, зокрема у структурах, відповідальних за емоційну регуляцію. Автор акцентує увагу на потребі створення повторюваних, ритмічних, безпечних стосунків, які відновлюють функції лімбічної системи та кори.

У концепції інтегративної нейропсихології Д. Сігел (2012) описує, як дитячий досвід стресу формує внутрішні моделі взаємодії зі світом. Вчений підкреслює, що емоційна регуляція виникає як продукт досвіду зворотного зв'язку з дорослими, які здатні «налаштовуватись» на стан дитини. Відсутність такого досвіду, на думку автора, є джерелом дезрегуляції, що може призвести до тривалих психосоціальних порушень.

Шейла S.Tedeschi і L.Calhoun вперше систематизували концепцію посттравматичного зростання як позитивних психічних змін, які виникають у результаті переживання значущих життєвих криз або травматичних подій. Вчені підкреслюють, що травма, попри свою руйнівність, може виступати каталізатором для розвитку нових особистісних якостей, цінностей, усвідомлення життєвих пріоритетів та посилення міжособистісних зв'язків. S.Tedeschi і L.Calhoun описали основні сфери посттравматичного

зростання, зокрема самоусвідомлення власних можливостей, переосмислення життєвих цінностей, покращення якості міжособистісних стосунків, зміни у філософії життя та розширення духовних аспектів. Дослідники розробили відповідні методологічні підходи для оцінювання цих змін, зокрема шкалу посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI), що стала одним із ключових інструментів у дослідженнях психологічної адаптації після травми. Ця концепція мала значне практичне значення для психологічної підтримки осіб, які пережили травму, оскільки вона передбачала не лише усунення симптомів психологічного розладу, а й стимулювання особистісного розвитку та відновлення ресурсів.

Наукові моделі цих авторів стали підґрунтям для розробки нових терапевтичних підходів, що інтегрують компоненти когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на підтримку конструктивного осмислення травми, розвиток самоспівчуття, екзистенційної рефлексії та активізацію ресурсів особистості. Праці S.Tedeschi, L.Calhoun істотно вплинули на розвиток клінічної психології травми, сприяли появі численних досліджень у контексті переживання втрат, адаптації після катастроф, а також допомоги ветеранам, біженцям, дітям, які зазнали насильства або війни. Їхня концепція залишається актуальною у сучасних умовах зростання соціальної травматизації та є підґрунтям для гуманістично орієнтованих підходів у психотерапії та реабілітаційній практиці.

У психології розрізняють кілька основних видів кризи, кожен із яких має свої причини, прояви та наслідки для психічного здоров'я особистості. Класифікація криз здійснюється за різними критеріями – джерелом виникнення, тривалістю, інтенсивністю та характером розвитку.

У науковому осмисленні феномену психологічної кризи та шляхів її подолання вагомий внесок зробили представники екзистенційної психології та психотерапії, зокрема В. Франкл, І. Ялом, К. Ясперс. Праці

вчених формують ідейне підґрунтя для розуміння того, що подолання глибокої особистісної кризи можливе через пошук і знаходження особистого сенсу – навіть у межах екстремальних умов, болю чи страждання.

Екзистенційна криза пов'язана з пошуком сенсу життя, цінностей, ідентичності, особистісного призначення. Часто виникає у періоди вікових переходів або під впливом глибоких внутрішніх переживань (наприклад, «криза середнього віку»). Типові запитання: «Для чого я живу?», «Хто я?»

В. Франкл, австрійський психіатр і засновник логотерапії, у своїй фундаментальній праці «Людина в пошуках справжнього сенсу» (1946) представив концепцію, згідно з якою центральною мотиваційною силою людини є прагнення до сенсу життя. Його досвід перебування в нацистських концтаборах став емпіричною основою для висновку, що навіть в умовах крайнього страждання особа здатна зберегти внутрішню гідність та духовну цілісність, якщо її життя наповнене змістом. Вчений стверджував, що психічне здоров'я залежить не лише від відсутності страждання, а від наявності значущої мети, що дає змогу людині впоратись із травматичними обставинами. У логотерапевтичній практиці В. Франкл застосовував методи, спрямовані на допомогу клієнту в усвідомленні власної відповідальності за ставлення до життєвих подій і виявленні тих аспектів існування, які залишаються наповненими сенсом, незважаючи на обставини.

Американський психотерапевт І. Ялом розвинув ідеї В. Франкла в руслі екзистенційної терапії, зосереджуючи увагу на чотирьох базових екзистенційних аспектах: смерть, свобода, ізоляція і відсутність очевидного сенсу. У своїх працях, зокрема в монографіях «Екзистенційна психотерапія» (1980) та «Ми всі створені з того, що втратили» (1999), І. Ялом підкреслює, що зустріч із екзистенційними глибинними темами часто є тригером для виникнення кризи, але водночас і джерелом особистісного

оновлення. Вчений розглядає кризу як момент істини, що відкриває людині можливість для трансформації, зростання та формування більш автентичного способу існування. Зокрема, у терапевтичному процесі І. Ялом акцентує увагу на діалозі, саморефлексії над власною смертністю, відповідальності за життя, розвитку внутрішньої автономії та здатності до глибокої міжособистісної рефлексії.

Німецький філософ і психіатр К. Ясперс розробив поняття «граничних ситуацій» як таких, що виводять людину за межі звичних структур існування і ставлять її перед базовими екзистенційними потребами – смертю, виною, боротьбою, стражданням. У своїй праці «Філософія» (1932) К. Ясперс підкреслював, що в граничній ситуації відбувається прорив до екзистенції, тобто справжнього буття, де особа здатна усвідомити себе як вільну, відповідальну і покликану до дії. Саме завдяки кризі людина отримує шанс перейти від «об'єкта» умов життя до суб'єкта власної долі. За автором, сенс не є вродженим і не визначається зовнішніми структурами, а формується як наслідок внутрішнього зусилля і самоздійснення у відповідь на виклик граничної ситуації.

Узагальнюючи внески В. Франкла, І. Ялома і К. Ясперса, можна стверджувати, що переживання кризи, зокрема травматичного досвіду чи глибокої втрати, не є виключно деструктивним. Навпаки, за умов адекватної підтримки та внутрішньої готовності до рефлексії, криза може стати поштовхом до екзистенційного переосмислення життя, відкриття нових сенсів і трансформації особистісної структури.

Ці теоретичні положення є актуальними для сучасної психотерапевтичної практики, зокрема в роботі з особами, які зазнали психотравмуючих подій, у тому числі дітей та підлітків, які пережили досвід війни, насильства або втрати. Інтеграція екзистенційного підходу дає змогу не лише зосередитись на зменшенні симптомів, але й активізувати потенціал особистісного зростання через пошук сенсу навіть у стражданні.

У межах сучасної психотравматології значний внесок у розуміння механізмів реагування на психічну травму зробили Д. Каплан, Д. Гілл і Д. Бонанно. Вчені мовлять про *ситуаційну (реактивну) кризу*, яка викликана раптовими зовнішніми подіями, що виходять за межі звичного досвіду: смерть близької людини, катастрофи, війна, розлучення, втрата роботи тощо й може супроводжуватися шоком, тривогою, втратою орієнтирів.

В основу цих досліджень покладено вивчення емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій особистості у відповідь на травматичні події, особливо в контексті раптових втрат, катастроф, насильства та інших граничних ситуацій. Одним із центральних положень, в контексті реактивної кризи, постає специфіка первинних реакцій на психологічну травму, яка часто супроводжується станами шоку, дезорієнтації, гострої тривоги, афективної заціпенілості, втратою часово-просторових орієнтирів, відчуттям нереальності подій і фрагментації цілісного сприйняття себе та світу.

Проводячи клінічні спостереження Дж. Каплан та Дж. Гілл стверджують, що переживання травматичного досвіду, особливо у випадках насильства чи загрози життю, часто порушує базові установки безпеки, довіри до світу й упевненості у власному контролі над подіями. У цьому контексті вчені досліджують феномен первинного психологічного шоку як природну і, в певному сенсі, адаптивну реакцію психіки на надмірне перевантаження. Такий стан, згідно з їхньою концепцією, є перехідним і не обов'язково веде до формування посттравматичних розладів, втім потребує уважного клінічного супроводу для запобігання хроніфікації симптоматики.

Особливо значущим є внесок Дж. Бонанно, професора клінічної психології Колумбійського університету, який упродовж останніх трьох десятиліть систематично вивчав реакції на втрату та психотравму. У серії емпіричних досліджень, зокрема в межах лонгітюдних спостережень за

людьми, що пережили смерть близьких, терористичні акти та бойові дії, Дж. Бонанно продемонстрував, що більшість людей не демонструють довготривалих симптомів ПТСР, а натомість проходять через травматичний досвід із відносно стабільним рівнем функціонування. Він увів поняття «резилієнтної траєкторії» (resilience trajectory), що протиставляється традиційним моделям, у яких увага зосереджується виключно на симптомах порушення. На основі численних даних вчений довів, що реакції на втрату і травму мають широкий спектр проявів – від гострої дезорганізації до стабільної адаптації, а індивідуальні відмінності зумовлені поєднанням факторів особистісної стійкості, попереднього досвіду, соціальної підтримки та нейробіологічних механізмів.

Дослідження Дж. Бонанно мали суттєвий вплив на перегляд нормативних уявлень про психотравматичний процес, зокрема в частині того, що не всі реакції на шоківу подію мають трактуватись як патологічні. Вчений стверджує, що виражені емоції горя, розгубленість або тривожність у перші тижні після події є нормативними проявами адаптації і не є ознаками клінічного розладу, натомість занепокоєння мають викликати хронічні або неадаптивні моделі реагування, які перешкоджають відновленню.

Праці Дж. Каплана, Дж. Гілла і Дж. Бонанно сформували цілісне уявлення про структуру первинної травматичної реакції та адаптивні й дезадаптивні її прояви. Застосування цих підходів у психотерапевтичній практиці, зокрема в роботі з дітьми, підлітками та дорослими, які пережили воєнну травму, сприяє диференційованому розумінню симптоматики та формуванню стратегій підтримки, що враховують індивідуальну динаміку реагування та потенціал до саморегуляції. Тобто, з позиції доказової практики важливо не лише усувати клінічні прояви травми, але й створювати умови для відновлення орієнтації, емоційної стабілізації й повернення суб'єкта до активної взаємодії з оточенням.

В межах наукового аналізу феномену психологічної кризи важливе місце займає концепція *розвиткових (нормативних) криз*, дослідження якої представлено у працях Е. Еріксона, Д. Левінсона. Підходи вчених ґрунтуються на ідеї, що людський розвиток є не лінійним, а стадіальним процесом, у якому перехід від одного етапу до іншого супроводжується не лише зростанням, але й кризовими періодами, що потребують психосоціальної адаптації до нових життєвих умов, соціальних ролей та ідентичностей. Е. Еріксон, представник психоаналітичної школи розвитку, запропонував теорію восьми стадій психосоціального розвитку, яка є класичною моделлю в психології особистості. Згідно з вченого, кожна вікова фаза супроводжується нормативною кризою, що має бінарну структуру – наприклад, «довіра проти недовіри» (немовлячий вік), «ініціатива проти провини» (дошкільний вік), «ідентичність проти розпливчастості ролей» (підлітковий вік), «інтимність проти ізоляції» (молодість), «продуктивність проти стагнації» (зрілість) тощо. Центральне місце у теорії вченого займає підлітковий період, як період ідентифікаційної кризи, коли індивід переосмислює своє «я», ставлення до себе, світу і майбутнього. На думку вченого, цей процес супроводжується пошуком смислу, формуванням моральних орієнтирів, експериментуванням з ролями і часто – конфліктами з дорослим оточенням.

Дослідник підкреслює, що успішне розв'язання кожної стадіальної кризи забезпечує розвиток базових Я-якостей, які становлять основу психічного здоров'я особистості: надії, волі, цілеспрямованості, компетентності, вірності, любові, турботи та мудрості. Втім, дослідник стверджує, що неконструктивне вирішення кризи може призвести до появи дезадаптивних моделей поведінки, регресивних тенденцій або розвитку внутрішніх конфліктів у наступних життєвих фазах.

Представник гарвардської школи дослідження дорослості Д. Левінсон (1978), зосередив увагу на структурі життєвого циклу у зрілому

віці. У результаті масштабного лонгітюдного дослідження чоловіків і жінок різного соціального статусу вчений виявив, що дорослість також включає низку розвиткових криз, зокрема кризу переходу до дорослого життя (приблизно 17-22 роки), кризу середини життя (приблизно 40-45 років), кризу пізньої зрілості (після 60 років). Центральною ідеєю Д. Левінсона є те, що особистість упродовж життя формує і змінює життєву структуру – інтегративну систему з життєвих цілей, ролей, професійних завдань, міжособистісних відносин та ціннісних орієнтирів. Кожна розвиткова криза, згідно з автором, виникає внаслідок зіткнення між актуальною життєвою структурою та новими потребами, що зумовлені віковими, соціальними та внутрішньоособистісними змінами. У цьому контексті криза є необхідним механізмом оновлення структури особистості, переоцінки життєвих пріоритетів і побудови нових стратегій існування.

Істотний внесок у емпіричне дослідження кризи ідентичності зробив Дж. Марсія, який на основі концепції Е. Еріксона виокремив чотири статуси ідентичності: дифузію (*identity diffusion*), форкложер (*foreclosure*), мораторій (*moratorium*) та досягнуту ідентичність (*identity achievement*). Ці статуси описують різні стани особистості щодо наявності чи відсутності активного дослідження і прийняття зобов'язань в основних життєвих сферах: професійній, ідеологічній, політичній, релігійній. Дифузія характеризується відсутністю як пошуку, так і зобов'язань; форкложер – прийняттям готової ідентичності без самостійного осмислення; мораторій – активним пошуком, але ще без остаточного визначення; а досягнута ідентичність – результат свідомого вибору та інтеграції життєвих рішень. Ці статуси не є сталими й можуть змінюватися залежно від обставин та досвіду протягом життя.

Дослідження Дж. Марсії та його послідовників демонструють зв'язок між статусом ідентичності та психологічним благополуччям, мотивацією до навчання, рівнем автономії, соціальними навичками. Зокрема, досягнута

ідентичність пов'язана з вищим рівнем самоактуалізації, внутрішнім локусом контролю, більшою стресостійкістю та емоційною стабільністю. Водночас статуси дифузії або мораторію можуть бути пов'язані з підвищеною тривожністю, фрустрацією та схильністю до девіантної поведінки у період зтяжного ідентифікаційного пошуку.

Тобто, криза ідентичності – це не лише типове, але й необхідне явище на певному етапі особистісного розвитку. Її успішне подолання є передумовою формування зрілої, цілісної особистості, здатної брати відповідальність за власні життєві рішення, взаємодіяти з соціальним середовищем і адаптуватися до змін. Дослідження Е. Еріксона та Дж. Марсії стали підґрунтям для сучасних підходів у психодіагностиці, консультуванні молоді, а також в освітніх і профорієнтаційних програмах, спрямованих на підтримку процесу ідентифікації.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що всі моделі, хоча й відрізняються методологічними підходами, втім, конвергують у розуміння кризи як неминучої і навіть адаптивної частини розвитку. На відміну від патологічних криз, розвиткові є очікуваними, вони мають прогностичний характер, але водночас вимагають внутрішньої мобілізації ресурсів особистості. Невирішені розвиткові кризи здатні акумулювати внутрішні конфлікти та підвищувати ризик афективних або тривожних розладів у пізніші періоди життя.

Сучасна психотерапевтична практика, особливо у рамках когнітивно-поведінкової, гуманістичної та екзистенційної парадигм, широко використовує ідеї Е. Еріксона і Д. Левінсона у створенні програм психосоціального супроводу осіб у періодах життєвих переходів. Зокрема, це актуально для підтримки підлітків, які переживають ідентифікаційну кризу, молодих батьків у період формування сім'ї, дорослих у кризі середини життя, а також осіб похилого віку, що адаптуються до змін в соціальному статусі, фізичному стані та системі особистісних цінностей.

У контексті вивчення *травматичної кризи* ключовими постатями є Дж. Герман, Бессел ван дер Колк і П. Левін, чиї міждисциплінарні дослідження заклали наукові засади сучасної психотравматології. Праці вчених дали змогу глибоко осмислити динаміку психотравматичних процесів, наслідки травми для особистісного функціонування та можливості психотерапевтичної інтервенції, зокрема у випадках посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що виникає внаслідок дії надзвичайно сильних стресорів, зокрема міжособистісного або воєнного насильства.

Однією з найвпливовіших праць у галузі вивчення травми є книга Дж. Герман «Trauma and Recovery» (1992), яка репрезентує глибокий аналіз психологічних наслідків міжособистісного насильства, сексуальної агресії, тортур, військових дій, а також соціально організованого насильства. Вчена виокремлює трифазну модель розвитку та подолання травматичної кризи: перша фаза – фаза безпосередньої дезорганізації або шоку, в якій людина переживає гостру тривогу, страх, безпорадність і втрату контролю над тілесними та психічними реакціями; друга фаза – фаза регресії, де особистість зіштовхується з вторинними проявами травми, зокрема униканням, нав'язливими спогадами, відчуттям сорому та вразливості; третя фаза – фаза інтеграції, у якій стає можливим поступове повернення до функціонування, осмислення пережитого, його інкорпорація в наратив життєвого досвіду. Дж. Герман також наголошує на суспільному вимірі травми: процес одужання, за її твердженням, неможливий без відновлення довіри через безпечні міжособистісні зв'язки, підтримки спільноти, а також визнання жертви не лише як пацієнта, а як активного суб'єкта соціуму.

Вчена стверджує, що психологічна допомога в період кризи повинна базуватися на принципах екологічної безпеки, емпатійної присутності, емоційної стабілізації та ресурсного відновлення (Herman, 1992; Levine, 2010).

В контексті цього підходу вартують уваги дослідження Бессела ван дер Колка, який у своїй фундаментальній праці «The Body Keeps the Score» (2014) обґрунтовує нейробіологічні механізми дії травми. Згідно з цією концепцією, під час травматичних подій змінюється функціонування префронтальної кори, мигдалеподібного тіла, гіпокампу, а також системи автономної регуляції. Ван дер Колк підкреслює, що в умовах крайнього стресу активується примітивна реакція «бий або тікай», однак у випадках, коли втеча або опір є неможливими, виникає феномен «завмирання», що блокує як моторні, так і емоційні реакції. Травма, таким чином, зберігається не лише у вигляді спогадів, а на тілесному рівні – у формі соматичних симптомів, гіперзбудження або дисоціації. У цьому контексті автор доводить неефективність традиційних виключно когнітивних моделей роботи з травмою і пропонує тілесно-орієнтовані підходи – йогу, техніки сенсорної інтеграції, дихальні вправи, EMDR (десенсибілізацію та репроцесінг за допомогою рухів очей) – як засоби інтеграції досвіду на нейрофізіологічному рівні.

Ідеї П. Левіна, викладені в межах моделі Somatic Experiencing, поглиблюють розуміння тілесного аспекту травми. Автор виходить із концепції, що травма – це не подія як така, а реакція нервової системи на подію, яку вона не змогла завершити адаптивно. Вчений описує травматичну кризу як процес, у якому енергія стресу залишається «застрялою» в тілі, спричиняючи дисфункцію вегетативної нервової системи, а згодом – хронічне напруження, тривожні розлади, соматичні скарги. Метод П. Левіна базується на поступовому відновленні сенсорного контакту з тілом, мікродозованому «перепроживанні» фрагментів травматичного досвіду з орієнтацією на безпечні відчуття (ресурсування), що дозволяє організму завершити незавершену біологічну реакцію на загрозу.

Таким чином, сучасне наукове розуміння травматичної кризи, репрезентоване в працях Дж. Герман, Ван дер Колка та П. Левіна, демонструє інтеграцію психологічного, соціального і нейрофізіологічного рівнів аналізу, що дає змогу говорити про багатовимірну природу травматичного досвіду, який вимагає комплексного втручання – одночасно когнітивного, емоційного, соматичного та міжособистісного. Практичні напрацювання згаданих авторів стали основою для розвитку доказово обґрунтованих психотерапевтичних протоколів допомоги особам, що пережили гострі або хронічні травматичні події, зокрема в контексті війни, насильства, катастроф або втрат. У цьому сенсі їхній науковий внесок є ключовим для формування парадигми травмоцентричної психологічної підтримки у сучасному суспільстві.

Криза, що стосується порушень у суспільних структурах, є складним соціальним явищем, яке виникає в умовах глибоких трансформацій у сфері взаємодії між індивідом та соціальними інститутами – *соціальна криза* (Е. Дюркгейм, Г. Алмонд, М. Кастельс). До таких криз належать криза довіри до владних інституцій, криза лідерства, колективної ідентичності, а також глибші зрушення, спричинені війнами, масовою міграцією або соціальною ізоляцією. Такі явища призводять до дезінтеграції соціального порядку, зниження соціальної солідарності та підвищення рівня фрустрації серед населення.

Один із перших ґрунтовних підходів до розуміння соціальних криз, зумовлених порушенням стабільності в суспільстві, розвинув Е. Дюркгейм у своїй теорії аномії. Вчений підкреслював, що соціальні норми, які регулюють поведінку індивідів, можуть втрачати свою значущість в умовах швидких змін або потрясінь, як-от війна, економічна нестабільність або руйнування традиційних структур, що призводить до відчуття втрати орієнтації у суспільстві, неможливості діяти згідно зі сталими правилами та

розгубленості щодо особистої ідентичності. У результаті зростає рівень соціальних девіацій, а суспільство входить у фазу глибокої дестабілізації.

Політолог Г. Алмонд у межах емпірично-структурного аналізу політичних систем досліджував, як порушення в комунікативних механізмах між державою та громадянами може призводити до політичної дестабілізації. Автор виокремлював так звану «кризу легітимності», яка виникає тоді, коли суспільство втрачає довіру до політичних еліт, інституцій та норм. Така втрата довіри не лише ускладнює управлінські процеси, а й формує ґрунт для політичної апатії, радикалізації, або ж – навпаки – пасивного підкорення авторитарним тенденціям. Цей стан може набувати системного характеру, коли охоплює більшість соціальних прошарків, провокуючи глибоку і тривалу кризу демократії.

Аналізуючи вплив глобалізації, нових комунікаційних технологій і мобільності М. Кастельс акцентував увагу на кризі соціальної ідентичності. У його праці «The Power of Identity» вчений підкреслює, що в умовах постіндустріального суспільства відбувається розмивання традиційних ідентичностей – національної, професійної, релігійної. Індивіди дедалі частіше перебувають у стані культурної дезорієнтації, зумовленої міграцією, ізоляцією, війною або втратою зв'язку з рідною спільнотою. М. Кастельс описує це як формування «мережевого суспільства», в якому соціальна ідентичність більше не базується на належності до конкретної спільноти, а конструюється у віртуальних просторах або на основі ситуативних лояльностей, що породжує фрагментацію суспільства, зростання тривожності, нестабільність у міжгрупових відносинах.

Таким чином, соціальна криза, пов'язана з порушенням суспільних структур, є багатовимірним феноменом, що проявляється на рівні індивідуальної свідомості, групової поведінки та функціонування інституцій. Вона має глибокі наслідки для стабільності держав, добробуту громад і самосприйняття індивіда. Дослідження Е. Дюркгейма, Г. Алмонда

та М. Кастельса демонструють, що ця криза не лише відображає порушення у функціонуванні окремих елементів суспільства, а й виявляє глибинні трансформації самого соціального порядку, вимагаючи комплексного, міждисциплінарного підходу до її аналізу та подолання.

Отже, соціальні кризи, які охоплюють цілі спільноти чи нації, потребують не лише інституційних реформ, а й глибокої роботи з формування нових ціннісних орієнтирів, способів комунікації та відновлення довіри. Сучасні підходи до стабілізації таких суспільств мають ґрунтуватися на інтеграції психологічного, соціологічного, політичного і культурного аналізу.

Криза перевантаження, або синдром емоційного вигорання (burnout syndrome), є однією з найпоширеніших форм психологічної кризи, що виникає внаслідок тривалого психоемоційного виснаження, особливо в професіях, пов'язаних із постійною міжособистісною взаємодією та наданням допомоги іншим людям. До групи ризику найчастіше належать фахівці так званих «допоміжних» професій – учителі, лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники, працівники сфери обслуговування, які зазнають значного емоційного навантаження, зіштовхуються з високими очікуваннями та хронічним стресом.

Поняття «вигорання» вперше було запроваджене у 1974 році американським психоаналітиком Г. Фрейденбергером, який описав цей синдром як стан фізичного і психічного виснаження, що виникає у результаті тривалого емоційного навантаження, особливо у професійній діяльності. У своїх спостереженнях за працівниками кризових центрів він зауважує, що ті, хто раніше демонстрував високу мотивацію та емпатію, з часом втрачали ініціативу, ставали цинічними, відчуженими та втомленими, що негативно позначається на якості допомоги клієнтам. Вчений підкреслює, що емоційне вигорання розвивається поступово,

проходячи низку етапів: ентузіазм, стагнація, фрустрація, апатія, хронічне виснаження.

Подальший розвиток концепції відбувся завдяки дослідженням американської психологині К. Масlach, яка разом з С. Джексоном у 1981 році створила один із найвідоміших інструментів діагностики вигорання – Maslach Burnout Inventory (MBI). Вона запропонувала тривимірну модель емоційного вигорання, яка включає три основні компоненти: емоційне виснаження (відчуття надмірної втоми, браку енергії), деперсоналізацію (відсторонене, цинічне ставлення до клієнтів, пацієнтів, учнів) та зниження особистісних досягнень (відчуття професійної неефективності, втрати сенсу у праці). К. Масlach підкреслювала, що вигорання є не лише індивідуальною проблемою, а й результатом недосконалих організаційних структур – перевантаження, відсутності підтримки, несправедливого управління, конфліктів цінностей між працівником і системою.

В Україні проблема емоційного вигорання набула особливого значення в останні десятиліття у зв'язку зі зростанням навантаження на працівників соціальної, освітньої та медичної сфер, а також унаслідок масштабних суспільних криз – економічної нестабільності, пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. Українські дослідники активно вивчають феномен вигорання як у контексті професійної діяльності, так і в ширшому соціокультурному вимірі, адаптуючи міжнародні підходи до вітчизняних реалій.

Значний внесок у розроблення теоретичних і прикладних аспектів проблеми емоційного вигорання в Україні зробили Н. Балл, І. Жерновникова, С. Кривенко, М. Олійник, Л. Сидоренко, О. Трофімова та ін. У своїх працях Н. Балл наголошує на зв'язку вигорання з емоційним інтелектом, рівнем тривожності, особистісною зрілістю та суб'єктивним сприйняттям професійної ролі. Авторка також зазначає, що одним із ключових чинників, який знижує ризик розвитку синдрому вигорання у

педагогів, є рівень їхньої психологічної культури та наявність механізмів емоційної саморегуляції.

В працях О. Трофімової досліджується синдром емоційного вигорання у медичних працівників, вчена підкреслила значущість організаційних умов – зокрема, чіткості розподілу обов'язків, підтримки з боку керівництва та колег, можливості для професійного розвитку. Авторка вказує, що у лікарів і медсестер вигорання часто поєднується з високим рівнем професійної відповідальності й етичними дилемами, що створює додаткове емоційне навантаження.

В дослідженнях Л. Сидоренко вивчається емоційне вигорання у соціальних працівників та працівників центрів реабілітації. Вчена встановила, що особи, які тривалий час працюють із людьми, що пережили травму або мають хронічні порушення здоров'я, демонструють високий рівень емоційного виснаження, що супроводжується симптомами вторинної травматизації. Л. Сидоренко також наголошує на важливості супервізійної підтримки та спеціальних програм професійного зростання як засобу профілактики вигорання.

Психологиня С. Кривенко у своїх працях досліджує феномен емоційного вигорання у педагогів загальноосвітніх шкіл і підкреслює зв'язок цього синдрому з відчуттям несправедливості, недооцінювання праці з боку адміністрації, а також з конфліктами у колективі. Авторка пропонує методи первинної та вторинної профілактики – тренінги емоційної компетентності, розвиток навичок асертивної поведінки, роботу з професійною ідентичністю.

Унікальним є дослідження І. Жерновникової, яка аналізує вигорання в умовах війни серед працівників освітньої сфери та волонтерів. Авторка вказує, що за умов постійної тривожності, інформаційного перевантаження та емоційної включеності в процес допомоги, суб'єкти можуть швидко втратити ресурси, особливо якщо не мають системної психологічної

підтримки. Вчена також пропонує модель інтервенцій, що базується на принципах травмоінформованого підходу та колегіального супроводу.

Отже, дослідження, проведені в різних країнах та різних професійних контекстах, підтверджують, що емоційне вигорання є поширеним явищем з вираженими наслідками для психічного і фізичного здоров'я працівників. Зокрема, встановлено його зв'язок із підвищеним рівнем тривожності, депресії, порушеннями сну, соматичними захворюваннями (гіпертонія, серцево-судинні хвороби), зловживанням психоактивними речовинами, а також зниженням продуктивності, зростанням числа помилок і плинністю кадрів. Крім того, вигорання в осіб, що надають допомогу, може призводити до деформації професійної ідентичності та втрати сенсу у фаховій діяльності.

Особливої актуальності проблема вигорання набула в умовах глобальних криз – пандемії COVID-19, воєнних дій, економічної нестабільності, коли психологічні ресурси працівників «першої лінії» були вичерпані, а попит на їхню допомогу значно зріс. У цих умовах дослідники посилили увагу до питань профілактики та інтервенцій, спрямованих на зменшення вигорання. До ефективних підходів належать когнітивно-поведінкова терапія, навчання навичок саморегуляції та емоційного інтелекту, розвиток систем підтримки в колективах, супервізії, гнучке управління навантаженням, організація безпечного робочого середовища

Таким чином, синдром емоційного вигорання є багатовимірним психосоціальним явищем, що виникає в умовах хронічного стресу й емоційного перевантаження. Дослідження вчених заклали наукове підґрунтя для розуміння його динаміки, механізмів розвитку та наслідків. Своєчасне виявлення ознак вигорання, створення сприятливого організаційного клімату та впровадження програм підтримки є важливими умовами збереження професійного здоров'я фахівців, що працюють у сфері «людина - людина».

Кризові стани не обмежуються лише емоційною реакцією на стресову подію, а є складними системними процесами, що охоплюють усі рівні функціонування психіки – від нейрофізіологічного до соціального. Вони порушують гомеостаз, змінюють хід внутрішніх психічних процесів і трансформують взаємодію особистості з навколишнім світом. У контексті сучасних викликів – війни, соціальних катастроф, особистих втрат – дослідження впливу кризи на людину набуває особливої актуальності. Порушення, які виникають унаслідок глибоких потрясінь, проявляються на різних рівнях психіки, і саме ця системність пояснює складність подолання таких станів.

Адаптація або дезадаптація як результат кризи відбувається через взаємодію численних психофізіологічних, емоційно-когнітивних, особистісних та психосоціальних процесів. Зміни охоплюють не лише поведінковий рівень, а й глибоко вкорінені нейробіологічні та особистісні механізми, які визначають стратегії реагування індивіда на кризові події.

На *психофізіологічному рівні* адаптація після кризи проявляється у стабілізації діяльності гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, зменшенні рівня кортизолу та відновленні балансу нейромедіаторів, відповідальних за регуляцію стресової відповіді (McEwen & Gianaros, 2010). Це дозволяє уникнути хронічного нейротоксичного ефекту гормонів стресу, зберегти структуру й функцію мозкових зон, критичних для саморегуляції, зокрема префронтальної кори, гіпокампу та мигдалеподібного тіла. У випадку дезадаптації, навпаки, зберігається гіперактивація стресової системи, що веде до формування патологічного функціонального стану: підвищеної збудливості, хронічної втоми, психосоматичних порушень, порушення сну.

На *емоційно-когнітивному рівні* адаптація означає поступове зниження рівня гіперпильності, інтеграцію травматичного досвіду у наратив власного життя, а також відновлення когнітивних функцій – пам'яті, уваги, виконавчого контролю.

За J. Herman (1992), процес адаптації включає здатність осмислити досвід без повторного пережиття та дисоціації. У дезадаптивному варіанті спостерігається хронічне звуження мислення, тривале перебування в режимі «виживання», що не дозволяє людині планувати, мислити стратегічно, брати відповідальність. Вчена зазначає, що особа застрягає в деструктивних схемах – уникнення, заперечення, катастрофізація, що веде до ПТСР, генералізованих тривожних або депресивних розладів.

На *особистісному рівні* криза є моментом істини для самоідентифікації. Як вказував Е. Еріксон (1950), у кризових періодах відбувається глибинна переоцінка образу Я, життєвих цілей та особистої місії. У сприятливому випадку це веде до особистісного зростання, більшої автономії та цілісності, що визначається як посттравматичне зростання (Tedeschi & Calhoun, 2006). Проте в умовах хронічного стресу або відсутності підтримки формуються дезадаптивні структури ідентичності – як-от дифузна ідентичність (Marcia, 1966), що виявляється в низькій самооцінці, тривожності щодо майбутнього, схильності до зовнішнього контролю, зниженій мотивації. У таких випадках особистість демонструє регрес до інфантильних моделей поведінки, втрату суб'єктності.

На *психосоціальному рівні* адаптація полягає у відновленні або створенні нових соціальних зв'язків, включенні у спільноти підтримки, здатності до конструктивної комунікації й участі в соціальному житті. Це можливо за наявності підтримки від близьких, спільнот, шкіл, професійного середовища. Дезадаптація ж веде до ізоляції, втрати базової довіри до світу, що, за І. Яломом (1980), є екзистенційним наслідком непрожитої кризи. Соціальна стигма, маргіналізація, травматичне мовчання, яке часто супроводжує досвід війни, насильства чи втрати дому, сприяють подальшій дезадаптації.

Таким чином, адаптація і дезадаптація – це не статичні стани, а полюси континууму, де кожна особистість може рухатися в один чи інший

бік залежно від індивідуальних і середовищних ресурсів. Ключовим є створення таких умов, у яких навіть глибока криза може трансформуватися на благо розвитку особистості, зберігаючи цілісність її психіки на всіх рівнях – від нейробіологічного до соціального. Це вимагає інтеграції міждисциплінарних підходів – від нейронаук до гуманістичної психології – для створення ефективних програм супроводу та реабілітації посткризових станів.

Таким чином, вихід із кризи не є автоматичним, а вимагає цілеспрямованих внутрішніх і зовнішніх зусиль. Психотерапевтична підтримка, профілактика повторної травматизації, забезпечення безпечного середовища та соціальних ресурсів є критично важливими для переходу від дезадаптації до стійкої адаптації. Наукові підходи до розуміння цього процесу дають змогу формувати ефективні інтервенції, здатні підтримати людину на шляху від хаосу до відновлення.

Тобто, криза – це двоїстий психічний феномен, що поєднує в собі загрозу та потенціал для розвитку. Її вплив на психічне здоров'я визначається складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Глибоке розуміння механізмів кризи та ефективна підтримка на етапі її переживання є необхідною умовою для збереження психічної цілісності особистості.

1.2. ТИПОЛОГІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

У науковому дискурсі проблема психологічних криз набула широкого розгляду, зокрема у контексті їхнього впливу на психічне здоров'я особистості. Сучасні дослідження розглядають кризу не лише як негативне явище, що дестабілізує психоемоційний стан людини, а й як потенційну точку зростання та розвитку. Аналіз наукових підходів дає змогу виокремити кілька ключових напрямів дослідження цієї проблематики.

Класичне розуміння кризи як необхідного етапу життєвого шляху особистості закладене у працях Е. Еріксона, який виокремив вісім стадій психосоціального розвитку, кожна з яких супроводжується специфічною кризою. Ці стадії розглядаються як основа формування особистісної цілісності, і кожна невирішена криза здатна вплинути на наступні етапи розвитку, зумовлюючи внутрішні конфлікти або психічну вразливість (Erikson, 1963).

Науковці також пропонують класифікацію криз за їхньою природою та механізмами виникнення. Так, В. Козлов поділяє кризи на ситуаційні (викликані зовнішніми подіями), особистісні (пов'язані з внутрішніми конфліктами) та екзистенційні (викликані пошуком сенсу життя). Ця класифікація дає змогу диференціювати психотерапевтичну допомогу та розуміти, які ресурси необхідні для виходу з конкретного кризового стану (Козлов, 2018).

Фундаментальну теоретичну основу проблематики кризи сформувала А. Амбрумова. Вчена визначила кризу як порушення адаптації, що супроводжується психічною дезорганізацією, фрустрацією життєво важливих потреб і емоційною нестабільністю. Тобто, криза – це не лише реакція на зовнішні події, а й складне внутрішнє переживання, що пов'язане з оцінкою подій через призму індивідуального досвіду.

Окрему увагу заслуговує підхід Ф. Василюка, який підкреслює, що криза виникає у зв'язку з неможливістю реалізації життєвого задуму та потребує «переживання», як активного психічного процесу. Він зазначає, що саме глибоке і рефлексивне переживання здатне трансформувати кризу у джерело розвитку, тоді як її витіснення чи уникнення лише посилює негативний вплив на психічне здоров'я (Василюк, 1984).

У дослідженнях Т. Титаренко підкреслюється, що життєва криза є тригером для переоцінки цінностей, реконструкції самоідентичності та трансформації життєвої стратегії. Авторка вважає, що здатність особистості

осмислити кризу як точку зростання є важливим чинником стресостійкості та психічного здоров'я в цілому.

У межах екзистенційного підходу, дослідники, такі як Е. Фромм та К. Юнг, розглядають кризу як прояв глибинного внутрішнього конфлікту. Зокрема, Юнг пов'язував кризу з конфліктом між «Я» та колективним несвідомим, що призводить до так званої «кризи ідентичності». У свою чергу, К. Хорні акцентувала увагу на тому, що криза зумовлює три варіанти міжособистісної поведінки: рух до людей, проти людей або від людей, які є відповіддю особистості на внутрішню нестабільність.

Значний вклад у вивчення практичних аспектів подолання кризи зробила сучасна гуманістична та гештальт-психологія. Наприклад, К. Бабковська наголошує на важливості інтеграції незавершених переживань, які блокують емоційне зростання. Її підхід акцентує на самосвідомості, автентичності й завершенні «незакритих гештальтів», що сприяє емоційному одужанню в період кризи (Babkovska, 2021).

Узагальнюючи наукові підходи, можна зробити висновок, що психічне здоров'я особистості в умовах кризи залежить від поєднання особистісних ресурсів, соціального оточення та професійної психологічної підтримки. Криза не є патологією, а нормальним етапом життєвого циклу, що потребує осмислення, прийняття та відповідного супроводу. Її подолання може не лише відновити психологічну стабільність, а й стимулювати особистісне зростання, перегляд життєвих цілей та ствердження нового рівня психологічної зрілості.

Типологія стресових розладів охоплює різні психічні стани, що виникають у відповідь на вплив значущих або травматичних подій. Ці стани мають спільне походження – стресовий фактор, проте розрізняються за тривалістю, глибиною впливу, клінічними проявами та механізмами адаптації.

Стресові розлади становлять групу психічних порушень, що виникають унаслідок впливу інтенсивних або хронічних психотравмуючих подій. Вони суттєво варіативні за клінічною картиною, тривалістю та механізмами формування, проте мають спільну етіологічну основу – надмірне навантаження на психіку особистості, яке перевищує її адаптаційні ресурси.

Одним із найкороткотриваліших варіантів реакції на стрес є *гостра стресова реакція (F43.0 за МКХ-10)*, що розвивається практично одразу після події та триває до 48 годин. Вона характеризується дезорганізацією психічної діяльності, дезорієнтацією, психомоторним збудженням або, навпаки, ступором. Цей стан слід розглядати як нормальну адаптивну реакцію, яка, втім, за певних умов може трансформуватися в патологічні форми.

Гостра реакція на стрес (F43.0 за МКХ-10)

Характеристика. Короткотривала реакція на надзвичайно сильний фізичний або психоемоційний стрес (наприклад, аварія, напад, раптова втрата близької людини).

Клінічні прояви. Дезорієнтація, ступор або збудження, гіпервентиляція, порушення мовлення, афективні спалахи (плач, крик), соматичні реакції (тремтіння, пітливість, тахікардія).

Тривалість. Від кількох хвилин до 48 годин. Якщо симптоми зберігаються довше – слід розглядати інші форми розладу.

У разі збереження симптоматики протягом кількох днів або тижнів, діагностується *гострий стресовий розлад (ASD – Acute Stress Disorder)*, що супроводжується тривожністю, інтрузіями (нав'язливими спогадами), порушеннями сну, гіперпильністю та розладами концентрації. Його тривалість, згідно з діагностичними критеріями DSM-5, становить від трьох днів до одного місяця після події.

Гострий стресовий розлад (ASD – Acute Stress Disorder)

Характеристика. Розвивається у перші дні або тижні після переживання психотравмуючої події. Має симптоматику, схожу з ПТСР, але коротшу тривалість.

Основні симптоми. Інтрुзивні спогади або флешбеки, тривожність, страх, панічні атаки, емоційна відстороненість, розлади сну, труднощі з концентрацією.

Тривалість. Зазвичай – від 3 днів до 1 місяця.

Найбільш відомою формою травматичного впливу на психіку є *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; F43.1)*. Він формується внаслідок сильного або повторного психотравмуючого досвіду, зокрема участі у бойових діях, переживання катастроф, насильства або втрати близьких. Симптоматика ПТСР охоплює інтенсивні флешбеки, емоційне оціпеніння, поведінкове уникання нагадувань про травму, а також гіперактивацію вегетативної нервової системи. ПТСР може мати як гострий, так і хронічний перебіг та істотно впливає на якість життя постраждалого.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, PTSD – F43.1)

Характеристика. Розвивається внаслідок тривалої або повторної психотравми (насильство, війна, катастрофа, втрата). Може виникати як продовження гострої стресової реакції, або з затримкою (через місяці).

Типові симптоми. Інтрузії (нав'язливі спогади, нічні кошмари), уникання (місць, людей, розмов, пов'язаних з травмою), гіперактивація (дратівливість, проблеми зі сном, гіперпильність), емоційна нумбність (відчуття відсторонення, байдужості), когнітивні викривлення (самозвинувачення, втрата віри в безпечний світ).

Тривалість. Більше 1 місяця. Без терапії – може тривати роками.

У випадках тривалого чи систематичного насильства, зокрема в дитинстві, формується *комплексний ПТСР (Complex PTSD або C-PTSD)*. Ця форма включає не лише класичні симптоми ПТСР, але й глибокі зміни особистісного функціонування: нестабільну самооцінку, хронічне відчуття провини або сорому, труднощі у міжособистісній взаємодії, дисоціативні симптоми, схильність до самопошкодження. Комплексна травматизація часто має тривалі наслідки та вимагає довготривалого психотерапевтичного втручання.

Комплексний ПТСР (Complex PTSD / C-PTSD)

Характеристика. Формується у випадках довготривалого або повторюваного насильства, зокрема в дитинстві (емоційне, сексуальне, фізичне), полон, тортури. Включає не лише типові симптоми ПТСР, але й глибші порушення особистості. *Основні характеристики.*

Хронічне відчуття провини, сорому, дестабілізація самооцінки, труднощі у стосунках, дисоціативні симптоми (деперсоналізація, амнезії), тенденція до самопошкоджень.

Особливу групу складають *адаптаційні розлади (F43.2)*, що виникають у відповідь на життєві труднощі середнього рівня інтенсивності (розлучення, переїзд, втрата роботи, хронічна хвороба тощо). На відміну від ПТСР, ці розлади не пов'язані з безпосередньою загрозою життю або фізичній цілісності, однак характеризуються емоційною нестабільністю, тривожністю, пригніченістю, порушенням соціального функціонування. Симптоми, як правило, зникають протягом шести місяців після припинення дії стресора або адаптації до нових умов.

Адаптаційний розлад (F43.2)

Характеристика. Виникає у відповідь на тривалі труднощі (втрата роботи, хвороба, еміграція, конфліктні ситуації). Рівень стресу нижчий, ніж у випадках ПТСР, але реакція надмірна щодо ситуації.

Прояви. Тривога або депресивний настрій, порушення адаптації (в роботі, навчанні, сім'ї), дратівливість, плаксивість, у підлітків – поведінкові порушення.

Тривалість. Не перевищує 6 місяців після припинення дії стресора.

До окремої категорії належить травма розвитку (developmental trauma), яка формується у дітей під впливом тривалого емоційного знехтування, хронічного стресу в родинному середовищі або психологічного насильства. Така форма травматизації може не містити яскраво вираженої події, проте призводить до деформації базових психічних структур, зокрема – системи прив'язаності, емоційної регуляції, формування образу «Я» та соціального функціонування. Як наслідок, у дорослому віці можливий розвиток тривожних, дисоціативних і афективних розладів, а також порушень міжособистісних відносин.

Травма розвитку (Developmental Trauma)

Характеристика. Виникає у результаті тривалого емоційного чи фізичного знехтування в дитинстві. Може не мати гострої події, але призводить до глибоких змін у формуванні прив'язаності, емоційної регуляції та самоідентичності.

Прояви. Труднощі у стосунках, тривожні або дисоціативні розлади, схильність до залежностей, низький поріг стресостійкості.

Таким чином, типологія стресових розладів є багатовимірною та охоплює як гострі реакції на психотравму, так і тривалі порушення особистісного розвитку. Знання їх специфіки має ключове значення для

правильної діагностики, побудови інтервенційних стратегій та розробки профілактичних заходів, особливо у роботі з дітьми, які пережили психотравмуючі події.

Таким чином, типологія стресових розладів дає змогу краще розуміти характер психічних реакцій на травматичні події та добирати відповідні стратегії інтервенції. Їх розмежування важливе як у діагностичному, так і в терапевтичному аспектах – від кризової допомоги до тривалого психотерапевтичного супроводу.

1.3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ КРИЗИ

У сучасних умовах соціальних потрясінь, воєнних конфліктів, пандемій та інших глобальних криз особливої актуальності набуває проблема інтеграції осіб з особливими освітніми потребами у соціальне середовище. Кризові обставини створюють додаткові бар'єри для цієї категорії населення, поглиблюючи існуючі психоемоційні труднощі, обмеження у доступі до ресурсів та соціальної підтримки. Відтак, соціально-психологічна інтеграція осіб з ООП стає не лише завданням соціальної політики, а й ключовим напрямом наукових досліджень у сфері психології, педагогіки та соціальної роботи.

Актуальність розгляду соціально-психологічних аспектів інтеграції обумовлена тим, що саме психологічна підтримка, формування безпечного середовища та розвиток адаптивних механізмів відіграють вирішальну роль у збереженні психічного здоров'я та соціального функціонування людей з особливими потребами. Особливої уваги вимагає вивчення механізмів подолання психотравмуючого досвіду, формування стресостійкості та посттравматичного зростання в умовах нестабільного середовища.

У цьому контексті важливим є аналіз взаємодії індивідуальних психологічних ресурсів та зовнішніх соціальних чинників, які визначають ефективність процесу інтеграції.

Психологічна адаптація осіб з особливими потребами в умовах соціальної турбулентності потребує системної підтримки, яка враховує як індивідуальні особливості, так і контекстуальні виклики. Однією з провідних концепцій у цьому напрямі є модель екологічної взаємодії (Bronfenbrenner, 1979), яка підкреслює значущість впливу мікро-, мезо- та макросоціальних середовищ на розвиток особистості. У межах цієї моделі інтеграція розглядається як процес взаємної адаптації особи й соціального оточення, що забезпечується за умови включення індивіда в доступні та підтримувальні соціальні структури.

Соціально-психологічна інтеграція передбачає формування в особи з особливими потребами почуття включеності до соціуму, відчуття приналежності, стабільного самообразу, позитивної ідентичності та довіри до оточення.

Як вказує Stevan E. Hobfoll та співавт. (2007), у кризових обставинах ключову роль відіграють п'ять елементів стійкості: безпека, заспокоєння, відчуття ефективності, соціальна прив'язаність і сподівання.

У дослідженні George A. Bonanno (2004) вказується, що психологічна резиліентність – здатність до адаптації після травми – зумовлюється як особистісними рисами, так і ресурсами середовища, зокрема рівнем соціальної підтримки.

Варто зазначити, що кризи часто супроводжуються руйнуванням соціальних зв'язків і дезінтеграцією звичних форм поведінки. В осіб з ООП це може призводити до загострення порушень емоційної регуляції, тривожності, поведінкових проявів, поглиблення труднощів у навчанні. Згідно з роботами Daniel J. Siegel (2012) і Bruce D. Perry (2006), нейропсихологічний розвиток дитини прямо залежить від якісного

середовища та стабільності соціальних відносин. Відтак, освітній простір у кризових умовах має бути не лише місцем передачі знань, а насамперед – безпечним емоційним простором, у якому відбувається процес відновлення цілісності психіки.

У цьому контексті надзвичайно важливими є адаптивні освітні моделі та інклюзивні програми, що поєднують навчальні, соціальні й психотерапевтичні елементи. Програми соціально-емоційного навчання (SEL), інтеграція арт-терапевтичних, тілесно-орієнтованих та когнітивно-поведінкових інтервенцій дають позитивні результати в стабілізації емоційного стану дітей з ООП, про що свідчать дослідження Р. Levine (2010), О. Babkovska (2021) та R. Tedeschi & L. Calhoun (1996). На думку вчених, застосування підходу «trauma-informed education» – освіти, чутливої до травми, – забезпечує можливість формування довірливих стосунків між педагогами та учнями, нормалізації реакцій на стрес і поступової реінтеграції до соціального середовища.

Вагоме значення має також мультидисциплінарна підтримка – взаємодія педагогів, соціальних працівників, психологів, медичних працівників та родин. Такий міжсекторальний підхід, на думку Т. Титаренко (2011), є основою ефективної психосоціальної адаптації. У дослідженнях ЮНІСЕФ (2022) наголошено, що створення системи мобільної підтримки, психосоціального супроводу та дистанційної інклюзивної освіти значно підвищує шанси на успішну інтеграцію осіб з ООП у контексті кризи.

Таким чином, соціально-психологічна інтеграція осіб з особливими потребами в кризових умовах є багатовимірним процесом, який вимагає врахування індивідуальних особливостей, типу психотравмуючого досвіду, соціального контексту та доступності підтримки.

Успішність цього процесу визначається рівнем координації між інституціями, ступенем підготовленості фахівців до роботи з кризовими станами, а також готовністю суспільства до прийняття та солідарності.

Програми інтеграції.

В умовах кризової реальності (зокрема війни, внутрішнього переміщення, економічної нестабільності) особливої уваги заслуговують адаптовані програми соціально-психологічної підтримки осіб з ООП. Ефективними є ті програми, що мають комплексний характер і поєднують психотерапевтичні, педагогічні та соціальні компоненти.

Зокрема, позитивні результати демонструють такі програми:

- програма соціально-емоційного навчання (SEL), адаптована для дітей з ООП, спрямована на розвиток емоційного інтелекту, саморегуляції та комунікативних навичок. У дослідженнях CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2020) зафіксовано зниження рівня тривожності та покращення адаптаційної поведінки в учасників програм;

- програми психосоціальної підтримки BOOЗ, які передбачають групову роботу, арт-терапевтичні ігри, тілесно-орієнтовані техніки з метою стабілізації емоційного стану дітей та підлітків;

- модель peer-to-peer, де роль підтримки виконують рівні за досвідом або віком учасники. Учасники з ООП отримують підтримку від однолітків у школі, що сприяє їхньому включенню до освітнього середовища;

- інтеграційні програми за участю батьків, які спрямовані на формування партнерської взаємодії між сім'єю та фахівцями, а також посилення ресурсності родин у кризовій ситуації (Perry, 2006; Siegel, 2012).

Моделі психологічної підтримки.

Реалізація програм інтеграції можлива лише за умови наявності ефективних моделей психологічної підтримки. Серед таких варто виділити:

- когнітивно-поведінкова модель (Beck, 1976), що передбачає модифікацію неадаптивних переконань, які сприяють переживанню безпорадності, тривожності або агресії;

- травмоорієнтована модель підтримки (Herman, 1992; Levine, 2010), що базується на визнанні наслідків психотравми для емоційної сфери й включає етапи стабілізації, реконструкції та інтеграції досвіду;

- інтегративна модель Т. Титаренко (2011), яка підкреслює потенціал життєвої кризи як чинника особистісного розвитку та посттравматичного зростання;

- нейропсихологічна модель розвитку саморегуляції (Luria, 1973; Perry, 2006), що враховує вікові та нейрофізіологічні особливості дітей, які пережили травматичні події;

- модель соціальної компетентності, в якій ключову роль відіграє навчання взаємодії в соціальних ситуаціях, управління емоціями, асертивна поведінка, здатність до просоціальної дії.

Кожна з цих моделей передбачає міждисциплінарну взаємодію (психологів, педагогів, соціальних працівників) і адаптацію втручань під конкретні потреби дитини або дорослого з ООП. Впровадження таких підходів дозволяє не лише стабілізувати психоемоційний стан, а й сприяти глибшій інтеграції особи в суспільство, забезпечуючи умови для самореалізації, розвитку й підтримки психічного здоров'я.

Основні аспекти соціально-психологічної інтеграції.

1. Почуття приналежності та соціальної підтримки.

Відчуття «включеності» до соціуму є ключовим для подолання ізоляції та маргіналізації. Як показують дослідження S. Hobfoll et al. (2007), забезпечення соціальної підтримки є одним із п'яти ключових чинників у стабілізації посттравматичного стану. У дітей з ООП соціальна ізоляція, підсилена кризовими умовами, часто призводить до вторинних емоційних

порушень, тоді як участь у соціальних групах сприяє формуванню безпечного середовища.

2. Збереження ідентичності та самоповаги. Е. Еріксон (1959) у своїй концепції психосоціального розвитку зазначав, що кризи особистісної ідентичності у вразливих груп часто посилюються під впливом зовнішніх катастрофічних подій. Здатність зберігати свою суб'єктність і значущість – критично важлива для подолання травматичного досвіду.

3. Ресурсність і здатність до адаптації. G. Bonanno (2004) довів, що важливим чинником психологічної стійкості є наявність індивідуальних і соціальних ресурсів. У випадку осіб з ООП цими ресурсами можуть бути стабільна сімейна підтримка, ефективне середовище навчання, доступ до послуг з психосоціальної підтримки.

4. Інклюзивне освітнє середовище як простір інтеграції. За даними досліджень ЮНІСЕФ (2022), освітні інституції мають бути адаптовані до кризових умов і забезпечувати не лише доступ до знань, а й простір для емоційного контакту, регуляції та підтримки. Інклюзія в освіті – це не лише про спільне навчання, а про створення культури прийняття, що має глибоке терапевтичне значення.

5. Психоемоційна регуляція та травмофокусовані підходи. Р. Levine (2010), D. Siegel (2012), В. Perry (2006) у своїх роботах підкреслюють важливість інтеграції тілесно-орієнтованих, нейропсихологічних і афективно-когнітивних практик для стабілізації дітей, які пережили психотравми. Вчені тотожні в думці, що програми, що поєднують арт-терапію, когнітивно-поведінкові підходи й соціально-емоційне навчання, ефективно знижують рівень тривожності та дезадаптації.

6. Міжсекторальна взаємодія. Інтеграція осіб з ООП потребує координації дій між фахівцями різних сфер – педагогами, психологами,

соціальними працівниками, лікарями. За Т. Титаренко (2011), саме мережевий підхід і мультидисциплінарна підтримка є основою для ефективної адаптації в умовах нестабільності.

В умовах соціальної нестабільності та тривалих криз, зумовлених війною, економічними викликами та переміщенням населення, в Україні особливої актуальності набули системні ініціативи, спрямовані на підтримку осіб з особливими потребами. Реалізація таких програм ґрунтується на принципах міжсекторальної взаємодії, гуманістичного підходу до особистості та чутливості до психотравмуючого досвіду.

Однією з ключових ініціатив у цьому напрямі є програма «Безпечна школа», що реалізується за підтримки ЮНІСЕФ та Міністерства освіти і науки України. Метою програми є створення інклюзивного, психологічно безпечного та фізично захищеного освітнього середовища для всіх учнів, з особливим акцентом на дітей з ООП. В основі програми – концепція «психологічної безпеки», яка передбачає підготовку педагогів до роботи з травмованими дітьми, інтеграцію психосоціальної підтримки в навчальний процес, а також забезпечення базових потреб безпеки (притулки, евакуаційні плани, системи тривоги тощо). Згідно з аналітичними звітами ЮНІСЕФ (2023), участь у програмі позитивно вплинула на зниження рівня тривожності, покращення соціальних навичок та емоційної регуляції в дітей з ООП.

Іншим прикладом інтегративної практики є ініціатива «СПІЛЬНО» – міжвідомча платформа, започаткована у співпраці державних структур, ЮНІСЕФ, ГО та міжнародних партнерів. Проект об'єднує соціальні послуги, освітні ініціативи та психологічну підтримку у форматі «єдиного вікна». Для дітей з особливими освітніми потребами, особливо з числа внутрішньо переміщених осіб, передбачено мобільні команди супроводу, консультативні центри та інтегровані майданчики для розвитку соціальних навичок. За даними моніторингу діяльності платформи, проведеного у

2022–2023 роках, понад 70% родин, які скористалися послугами, відзначили зростання адаптаційного потенціалу дітей та зменшення емоційного дистресу.

У цьому ж контексті слід відзначити програму ЮНІСЕФ «Поруч», що має на меті надання негайної психологічної підтримки дітям та підліткам у зонах підвищеного ризику. Особливістю програми є впровадження моделі «peer-to-peer support», коли молодь, попередньо навчена базовим навичкам психологічної допомоги, здійснює первинну емоційну підтримку одноліткам. У поєднанні з професійним супроводом психологів така модель дозволяє охопити більшу кількість отримувачів допомоги та знизити бар'єри у зверненні до фахівців. Результати внутрішньої оцінки програми засвідчили зменшення проявів емоційної напруги, зростання рівня суб'єктивного відчуття безпеки та посилення соціальної взаємодії в дітей з особливими потребами.

Також варто зазначити досвід реалізації шкільних програм психосоціальної підтримки за моделлю «PFA – Psychological First Aid», адаптованої до українських реалій. Такий підхід забезпечує першу психологічну допомогу в умовах гострої кризи та дозволяє мінімізувати ризики розвитку посттравматичних розладів у дітей, зокрема з ООП. Перевага моделі полягає у її універсальності та можливості застосування педагогами після відповідного навчання.

Усі згадані програми демонструють тенденцію до поєднання ресурсів різних секторів – освітнього, соціального, медичного, громадського – задля формування сталої системи підтримки осіб з ООП у кризових умовах. Їх інтегративна природа дозволяє забезпечити безперервність супроводу, раннє виявлення психоемоційних труднощів, формування ресурсного середовища та розвиток стійкості у вразливих категорій дітей.

У контексті розвитку вітчизняних програм підтримки психічного здоров'я в умовах кризи, ініціатива Першої леді України Олени Зеленської

«Як ти?» є логічним продовженням і водночас новим етапом інтеграції психосоціальної допомоги в систему освіти, охорони здоров'я та соціального захисту. Програма функціонує в межах Національної платформи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, започаткованої у 2022 році як відповідь держави на зростання психологічних наслідків війни, зокрема для вразливих груп населення, включаючи осіб з особливими освітніми потребами, ВПО, дітей та молодь.

Ця ініціатива репрезентує сучасний міжсекторальний підхід до збереження та укріплення психічного здоров'я, що базується на принципах доказової практики, профілактики та раннього втручання. Стратегічною особливістю програми є її акцент на формування м'яких навичок (soft skills), таких як емоційна регуляція, здатність до саморефлексії, навички ненасильницької комунікації та соціальної підтримки. У цьому аспекті програма «Як ти?» є продовженням та розширенням раніше реалізованих в Україні освітніх і психосоціальних ініціатив, зокрема таких, як «Безпечна і дружня до дитини школа», проєкти ЮНІСЕФ з психосоціальної підтримки у навчальних закладах, а також локальних програм з інклюзивної освіти.

Особливо важливим є те, що програма забезпечує мультипрофесійну підготовку фахівців – освітян, медиків, психологів, соціальних працівників – із використанням підходів, адаптованих до умов воєнного часу.

Наукові засади програми спираються на концепцію ступеневої допомоги (stepped-care), що передбачає надання підтримки відповідно до рівня потреби, та принципи психологічної першої допомоги (PFA), рекомендовані ВООЗ і ЮНІСЕФ для кризових ситуацій. Також у програму інтегруються моделі самодопомоги (Self-Help Plus), які показали ефективність у роботі з травматизованими групами населення.

<i>Цікавий факт:</i> у межах кампанії було створено серію відеороликів, у яких відомі українці – актори, спортсмени, лікарі, вчителі – відповідали

на запитання «Як ти?» і ділилися власним досвідом переживання стресу. Цей формат сприяв зменшенню стигми щодо звернення по психологічну допомогу, особливо серед підлітків, які ототожнюють себе з публічними фігурами.

Приклад із практики: у 2023 році в одній із шкіл Київщини після тренінгу в межах програми «Як ти?» було запроваджено щоденні 10-хвилинні вправи емоційного сканування на початку кожного уроку. За підсумками навчального року, адміністрація школи відзначила зниження конфліктності серед учнів та покращення загального емоційного клімату в класах.

За даними моніторингових досліджень (ЮНІСЕФ, 2023; МОЗ, 2024), учасники програми демонструють зростання індексів психологічної витривалості, зниження показників тривожності та унікальної поведінки, що свідчить про ефективність запропонованих підходів. Програма також створює умови для соціально-психологічної інтеграції вразливих груп, зокрема дітей з особливими освітніми потребами, через розвиток у шкільному середовищі підтримувального мікроклімату та підвищення компетентності педагогів.

Отже, ініціатива «Як ти?» виступає як інноваційна складова національної політики у сфері психічного здоров'я, втілюючи соціально-психологічну підтримку на рівні громади та освіти, а також формуючи цілісну систему міжгалузевої допомоги в умовах воєнної кризи. Її впровадження сприяє не лише стабілізації емоційного стану дітей і дорослих, а й формуванню довготривалих механізмів психологічної стійкості українського суспільства.

Підсумовуючи можна стверджувати, що кризи різного походження – особистісні, соціальні, екзистенційні – справляють багаторівневий вплив на функціонування психіки людини, особливо вразливої через наявність

порушень розвитку чи обмежених можливостей. Як зазначено в аналізі, вплив кризових ситуацій охоплює психофізіологічний, емоційно-когнітивний, особистісний та соціальний рівні, призводячи до дезорганізації базових механізмів адаптації, зміни самоідентичності, ускладнення взаємодії з соціальним середовищем. Такі зміни часто є чинниками ризику формування хронічних стресових розладів, депресій, дезадаптації.

Водночас результати аналізу свідчать, що інтеграція осіб з ООП у кризових умовах можлива лише за наявності комплексної підтримки, що включає психологічну стабілізацію, зміцнення соціальних зв'язків, залучення до інклюзивного освітнього середовища, використання засобів когнітивно-поведінкової терапії, ресурсно-орієнтованого підходу. Важливою умовою ефективної інтеграції виступає визнання суб'єктності таких осіб, опора на їхній потенціал, а також підготовка фахівців, здатних працювати у кризових контекстах.

Таким чином, інтеграція осіб з особливими потребами в умовах кризи є складним багатовимірним процесом, що потребує як інституційної, так і міжособистісної підтримки. Наукове осмислення механізмів дії кризи, розробка і впровадження ефективних психосоціальних інтервенцій дозволяють не лише мінімізувати негативні наслідки, але й сприяти посттравматичному зростанню, формуванню нових форм ідентичності, соціальній згуртованості та підвищенню якості життя осіб з ООП у посткризовий період.

Список використаних джерел:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

2. Babkovska, K. (2021). Gestalt-therapy approach in overcoming life crises. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(4), 482–497. <https://doi.org/10.1177/0022167818779330>
3. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
4. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
5. Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York, NY: Norton.
6. Fromm, E. (1942). *The fear of freedom*. London: Routledge.
7. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
8. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
9. Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York, NY: Norton.
10. Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. London: Routledge.
11. Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
12. Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). New York, NY: Guilford Press.
13. Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

14. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
15. Титаренко, Т. М. (2011). Життєва криза як фактор особистісного розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1, 15–20.
16. Еріксон, Е. (1996). *Дитинство і суспільство*. Київ: Основи.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДТРИМКИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕХНІКИ В РОБОТІ З ОСОБАМИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД ЧАС КРИЗ

У сучасних соціокультурних умовах, позначених війнами, пандеміями, економічною нестабільністю та зростанням психоемоційного напруження, значно зростає потреба у психотерапевтичній підтримці вразливих категорій населення, зокрема осіб з особливими освітніми потребами. Ця категорія осіб демонструє вищий рівень уразливості до кризових впливів, що зумовлює необхідність розробки і застосування ефективних психотерапевтичних технік, адаптованих до індивідуальних особливостей розвитку, когнітивного функціонування, емоційного реагування та рівня соціалізації.

Актуальність проблеми визначається не лише частотою виникнення кризових ситуацій, але й недостатнім рівнем доступності та адаптованості психологічної допомоги для осіб з ООП. Зокрема, у вітчизняній та зарубіжній літературі фіксується обмежена кількість міждисциплінарних підходів, які інтегрують клінічні, педагогічні та соціальні стратегії підтримки (Bond, 2021; Каверін, 2020; Сидоренко, 2022).

У дослідженнях В. Москаленка, І. Зверєвої, О. Савченко, Н. Чепелевої, а також у роботах зарубіжних авторів – S. Greene, L. Siegel, J. Herman – підкреслюється, що ключовими умовами ефективної психотерапевтичної інтервенції є опора на безпечне середовище, стабільний контакт, відновлення почуття контролю, а також поступове опрацювання травматичного досвіду із врахуванням специфіки порушень розвитку. Це особливо актуально для дітей з інтелектуальними порушеннями, аутистичними проявами, РДУГ, психічними порушеннями та розладами поведінки, які під час криз можуть демонструвати як регресивні, так і агресивні реакції.

До основних напрямів психотерапевтичної роботи в кризових умовах входять:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – модифікується для осіб з ООП із фокусом на поведінкові прояви та формування навичок саморегуляції (Beck, 2011);

- тілесно-орієнтована терапія – ефективна при соматизованих реакціях на стрес, дозволяє знижувати тілесну напругу та тривожність (Ogden, 2022);

- арт-терапія, музикотерапія, ігротерапія – забезпечують доступні канали вираження емоцій у дітей з обмеженими вербальними навичками;

- методи стабілізації (grounding techniques) – актуальні у фазі гострої кризи, зокрема для дітей з ПТСР;

- терапія прийняття й відповідальності (АСТ) – може адаптуватися для підлітків з особистісними розладами чи тривалими травматичними переживаннями.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для осіб з ООП: модифікований підхід.

Когнітивно-поведінкова терапія (за А. Беком, 2011) базується на тому, що емоційні й поведінкові реакції особи залежать не стільки від зовнішніх обставин, скільки від її інтерпретації цих обставин. КПТ спрямована на виявлення дезадаптивних мисленнєвих шаблонів і зміну пов'язаних з ними поведінкових моделей.

Особливості модифікації КПТ:

1. Спрощення когнітивного матеріалу:

- використання візуальних підказок, схем, піктограм;
- формулювання коротких, конкретних тверджень;
- використання соціальних історій та карт саморегуляції;
- адаптація мови до рівня розуміння дитини (особливо при інтелектуальних порушеннях або РАС).

2. Фокус на поведінку:

- робота з конкретними проблемними поведінковими ситуаціями;
- визначення «поведінкових тригерів»;
- впровадження технік «зупинки дії» («stop & think»), моделювання альтернативних реакцій.

3. Формування навичок саморегуляції:

- тренування вмінь розпізнавати емоції (через емоційні шкали, картки обличч);
- навчання методам заспокоєння: дихальні вправи, м'язова релаксація, перерви на відпочинок;
- використання «тайм-ауту», позитивного підкріплення та систем винагород;
- застосування щоденників емоцій або поведінки (з допомогою дорослого).

4. Залучення батьків, педагогів, тьюторів:

- навчання дорослих підтримуючим фразам і стратегіям реагування;
- узгодження поведінкових інтервенцій удома й у школі;
- регулярне зворотне оцінювання прогресу.

Таблиця 1. Основні техніки та інструменти

Техніка	Приклади реалізації для ООП
АВС-аналіз (ситуація – думка – реакція)	Використання малюнків: «Що сталося?» – «Що я подумав?» – «Що я зробив?»
Рольові ігри	Відпрацювання альтернативної поведінки в конфліктних ситуаціях
Картки емоцій	Вибір емоції, обговорення її проявів і причин
Піктограми поведінки	«Як поводитися, коли злюся?» – покрокова візуалізація дій

Поведінковий контракт	Простий договір із дитиною про нагороди за конструктивну поведінку
«Сходинки самоконтролю»	Візуальна шкала дій для зниження емоційного збудження

Очікувані результати застосування КІІТ у роботі з дітьми ООП:

- зниження частоти деструктивної поведінки;
- підвищення здатності до емоційної саморегуляції;
- покращення соціальної взаємодії в освітньому середовищі;
- формування навичок проблемного мислення та вирішення конфліктів;
- зростання впевненості та відчуття контролю над ситуаціями.

Приклади адаптації для окремих нозологій:

РАС (аутизм):

- фіксовані моделі дій, мінімум змін, зорові інструкції;

порушення інтелекту:

- спрощення термінів, численні повторення, вправи за зразком;

психічні порушення та розлади поведінки:

- щоденне моніторування поведінки, чіткі межі, послідовне підкріплення;

тривожно-депресивний синдром:

- тілесна стабілізація, тренінги впевненості, десенсибілізація через гру.

Згідно практики, терапевтична ефективність у роботі з дітьми з ООП значно підвищується за умови міждисциплінарного підходу, залучення родини та освітнього середовища. Зокрема, наявність спеціаліста з психічного здоров'я в інклюзивно-ресурсних центрах, тісна співпраця психолога з педагогами і батьками, адаптація методів до рівня когнітивного розвитку дитини – є визначальними факторами стабілізації психоемоційного стану дитини.

Таким чином, застосування психотерапевтичних технік у роботі з особами з особливими потребами в умовах криз повинно ґрунтуватися на принципах індивідуалізації, розвитку ресурсу, дбайливого ставлення та модифікації терапевтичних інструментів до потреб конкретної особистості, що дає змогу не лише знизити рівень дезадаптації під час кризи, а й сприяє подальшій соціалізації та психологічному відновленню.

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) для осіб з ООП: модифікований підхід.

Тілесно-орієнтована терапія (згідно з підходами А. Лоуена, П. Левіна, Б. Ротшильд) ґрунтується на ідеї, що тіло і психіка взаємопов'язані, а хронічний стрес або травматичний досвід можуть зберігатися в тілі як напруга, тривога або дисоціація. Через роботу з тілесними відчуттями, диханням і рухом людина вчиться краще розпізнавати свої емоції, регулювати їх і відновлювати відчуття безпеки.

Особливості модифікації ТОТ:

- *фокус на тілесну обізнаність і безпечний контакт із тілом* (прості вправи на сканування тіла («що ти відчуваєш у ногах», «чи важка голова»); вправи на заземлення: стояння босоніж, натискання ступнями, тримання важкого м'яча; допомога у розпізнаванні зв'язку між тілом та емоціям);

- *створення безпечного простору та ритуалів* (передбачувана структура сесій (початок – тіло в спокої, кінець – м'який рух); використання сенсорних інструментів (сенсорні подушки, масажні м'ячі, тактильні доріжки); адаптація простору до сенсорного профілю дитини (яскравість світла, рівень шуму);

- *розвиток емоційної саморегуляції через тіло* (ігрові дихальні вправи («дмухаємо на гарячий чай», «надимаємо кульку»); ритмічні дії (похитування, постукування, натискання), як спосіб заспокоєння; техніки розслаблення м'язів (м'який самомасаж, гра у «в'ялого ведмедика»);

- залучення дорослих (навчання батьків та педагогів простим технікам тілесного заспокоєння; координація тілесно-сенсорної підтримки вдома і в школі; підтримка сталого середовища: сенсорні куточки, регулярні рухові перерви).

Основні техніки та інструменти:

- вправи на тілесне сканування та усвідомлення тілесних відчуттів;
- сенсорні інтеграційні ігри (через дотик, рух, балансування);
- дихальні техніки для заспокоєння (через гру або візуалізацію);
- техніки заземлення (натискання, обійми, тактильний контакт);
- використання стабілізуючих предметів: важкі подушки, еластичні стрічки, сенсорні м'ячі.

Очікувані результати застосування ТОТ у роботі з дітьми ООП:

- зниження частоти деструктивної або імпульсивної поведінки;
- підвищення здатності до емоційної саморегуляції;
- покращення сенсорної інтеграції та зниження рівня тривожності;
- зростання безпечної взаємодії у соціальних ситуаціях;
- формування базових навичок самодопомоги та самозаспокоєння;
- підвищення впевненості у власному тілі та поведінці, зростання контролю над ситуаціями.

Приклади адаптації для окремих нозологій:

розлади аутистичного спектра (РАС):

- вправи з передбачуваною структурою та чіткими візуальними інструкціями; мінімізація навантаження на гіперчутливі зони (звук, дотик);
- включення улюблених предметів або сенсорних стимулів для підвищення мотивації;

порушення інтелекту:

- спрощена мова та демонстрація рухів у супроводі дитини; короткі
- повторювані вправи з тілом без абстрактних пояснень;

- використання тактильних матеріалів для кращого розуміння завдань;

РДУГ (синдром дефіциту уваги і гіперактивності):

- активні техніки з ритмом, рухом і фокусом на диханні; часті зміни активності, чергування руху та спокою; техніки «паузи в тілі» перед виконанням дії (навчання «стоп – дихай – дій»);

порушення емоційно-вольової сфери, тривожні розлади:

- робота з тілесним виявом тривоги (стиснуті плечі, трясіння рук тощо);

- техніки розслаблення в ігровій формі;

- навчання сигналам тіла про потребу у відпочинку чи підтримці.

Арт-терапія, музикотерапія та ігротерапія для осіб з особливими освітніми потребами: модифікований підхід.

Арт-терапія, музикотерапія та ігротерапія належать до недирективних, виражальних форм психотерапії, які базуються на природних способах самовираження дитини. Ці методи ефективні для осіб з ООП завдяки своїй гнучкості, сенсорній природі та можливості враховувати індивідуальні особливості розвитку. Вони дають змогу дитині без примусу проявити внутрішній стан, розвинути емоційне самовираження та адаптивні моделі поведінки.

Особливості модифікації для дітей з ООП:

- робота з матеріалом, що відповідає сенсорному профілю дитини (використання безпечних, зручних для дотику та маніпуляцій матеріалів (пластилін, кінетичний пісок, фарби пальчикові, м'які інструменти); уникаються надмірні сенсорні подразники (яскраве світло, гучні звуки), особливо у дітей із РАС або гіперчутливістю);

- структурованість і передбачуваність сесій (чітке початок і завершення заняття; повторюваність активностей для зниження

тривожності; інструкції подаються короткими фразами з візуальним супроводом);

- акцент на процес, а не результат (відсутність оцінювання чи порівняння; підтримка кожного вираженого досвіду як значущого; свобода вибору матеріалів і теми в межах безпечної структури);

- залучення дорослих як фасилітаторів процесу (батьки, тьютори або педагоги можуть брати участь у спільному створенні малюнка, ритму, гри; навчання дорослих прийомам емпатичного супроводу (відображення емоцій, вербалізація пережитого).

Основні техніки та інструменти.

Арт-терапія:

- малювання пальцями, пензлями, ватними паличками;
- створення колажів, масок, скульптур із глини чи тіста;
- використання проєктивних методик (малюнок сім'ї, будинку, тварини);
- техніки «заповнення форми» для дітей із труднощами в ініціації.

Музикотерапія:

- прослуховування музики відповідно до емоційного стану;
- створення ритмічних структур за допомогою ударних інструментів;
- голосова імпровізація, спільне співання простих фраз;
- використання музики для регуляції стану: стимуляція або заспокоєння.

Ігротерапія:

- сюжетно-рольові ігри з фігурками або ляльками;
- ігри з правилами для розвитку самоконтролю й соціальної поведінки;
- символічна гра з повторенням ситуацій, що викликали емоційний відгук;
- сенсорні ігри (вода, крупи, пісок) як засіб зниження тривожності.

Очікувані результати застосування арт-, музико- та ігротерапії у роботі з дітьми з ООП:

- зниження емоційної напруги та частоти деструктивної поведінки;
- покращення навичок емоційного самовираження;
- зростання рівня саморегуляції через безпечні форми самовираження;
- розвиток символічного мислення, уяви та здатності до рольової гри;
- формування соціальних навичок (чергування, спільна дія, емпатія);
- зростання впевненості у власних діях, зниження відчуття безпорадності.

Приклади адаптації для окремих нозологій:

розлади аутистичного спектра (РАС):

- ігри з фіксованим сценарієм, повторювані дії, використання улюблених персонажів; музика з чітким ритмом і передбачуваним темпом;
- арт-завдання з обмеженою кількістю кольорів або матеріалів;

порушення інтелекту:

- прості техніки із сильним сенсорним компонентом (обведення руки, розмальовки);
- спів із повторенням знайомих слів, дій у ритмі;
- використання ігор із простими правилами, супроводження дії мовленням дорослого;

РДУГ:

- музично-рухові ігри для вивільнення енергії в контрольованій формі;
- сюжетна гра з акцентом на «зупинку і дію» (роль поліцейського, вчителя, диригента);
- техніки малювання для фокусування уваги (штрихування, обведення, малювання під музику)

порушення емоційно-вольової сфери:

- арт-техніки для вираження страхів або гніву через колір, форму, лінію;
- музика для регулювання настрою та зниження тривожності;
- безпечна ігрова дія для програвання складних ситуацій (смерть у сім'ї, покарання, зміни).

Методи стабілізації (grounding techniques) для дітей з особливими освітніми потребами у фазі гострої кризи, зокрема при ПТСР.

Методи стабілізації (grounding techniques) – це психофізіологічні прийоми, спрямовані на зниження інтенсивності емоційного збудження, повернення до «тут і тепер» та відновлення відчуття безпеки. Вони є особливо актуальними у фазі гострої кризи або при симптомах посттравматичного стресового розладу, коли дитина може переживати флешбеки, дисоціацію, паніку або сильну тілесну напругу.

Ці методи допомагають «заземлити» дитину в теперішньому моменті, активізуючи роботу сенсорних систем і тіла, а також зменшити емоційне навантаження, коли когнітивні інтервенції є недостатніми або недоступними.

Особливості адаптації методів стабілізації для дітей з ООП:

- використання простих і коротких інструкцій (без складної термінології, переважно візуальні або демонстраційні;
- чіткий початок і завершення вправи; надання вибору між декількома стратегіями, залежно від сенсорного профілю);
- оперування знайомими об'єктами або діями (улюблені м'які іграшки, сенсорні подушки, предмети з чіткою текстурою (щітки, кульки, гумки);
- повторювані рухи, звуки або фрази, які дитина вже використовує для самозаспокоєння);

- інтеграція в повсякденну рутину (вмикання стабілізаційних технік у перерви між заняттями;

- використання під час сну, переходів, перевантаження; участь дорослих у техніці як спільна дія).

Основні стабілізаційні методи, адаптовані для дітей з ООП.

Тілесні техніки:

- стискання й розтискання кулаків, натискання долонями на коліна або стіну;

- обіймання себе або «важке ковдро» (використання сенсорного жилету чи важкої іграшки);

- вправа «горизонтальний погляд» – повільне розглядання предметів у кімнаті з називанням їх;

- техніка «5-4-3-2-1»: назвати 5 речей, які бачиш, 4 – які чуєш, 3 – яких торкаєшся, 2 – які відчуваєш носом, 1 – що смакуєш.

Дихальні вправи:

- вправа «дихання квадратом» (вдих – 4 секунди, пауза – 4, видих – 4, пауза – 4) – допомагає стабілізувати ритм тіла;

- «дихання з предметом»: дитина дме на пір'їну, свічку або мильну бульбашку – це надає візуальний зворотний зв'язок і сприяє концентрації;

- «малюємо дихання»: поєднання дихального ритму з рухом руки по аркушу або піску – інтеграція дихання і моторики.

Тактильна стабілізація:

- тримання улюбленого предмета з чіткою текстурою (сенсорна кулька, м'яка тканина, ланцюжок із намистинами);

- занурення рук у контейнер з рисом, квасолею або кінетичним піском – забезпечує глибоку сенсорну стимуляцію;

- носіння сенсорного жилету або обтяженої накидки, які створюють відчуття тиску та заспокоєння.

Зорове заземлення:

- вправа «знайди п'ять кольорів» – дитина називає предмети навколо за кольорами (наприклад: щось червоне, зелене тощо);

- створення «зорової безпечної точки» – постійне місце або малюнок, на який можна дивитися для стабілізації уваги;

- робота з візуальними розкладаннями – упорядкування за розміром, кольором, формою.

Рухові методи:

- вправа «натисни – відпусти» (долонями натискати на стіну або на власні коліна, потім розслабити) – сприяє регуляції м'язового тону;

- «ходьба по лінії» – повільна хода вздовж стрічки або мотузки на підлозі з фокусом на відчутті стоп;

- легке похитування тіла вперед-назад або з боку в бік – використовується для заспокоєння в дисоціативних станах.

Звукова регуляція:

- слухання спокійних природних звуків або низькочастотної музики (наприклад: шум хвиль, тремоло барабана);

- вправи з ритмом: повторення простого ритму плескання або постукування;

- проговорювання стабілізуючих фраз (аффірмацій), наприклад: «я тут», «я в безпеці», «я дихаю» – бажано в улюбленому ритмі або з тактильним супроводом.

Когнітивне фокусування:

- вправа «я – тут і зараз»: дитина проговорює своє ім'я, вік, місце перебування, називає речі навколо себе – активізація раціонального мислення;

- метод «використання фактів» – терапевт допомагає називати 3-4 об'єктивні ознаки того, що ситуація зараз безпечна;

- створення індивідуальної «стабілізаційної картки» – зображення, слова чи дії, які дитина може використовувати при втраті контролю.

Очікувані результати застосування стабілізаційних технік:

- зниження частоти дисоціативних реакцій, нападів паніки або знерухомлення;
- швидше відновлення зв'язку з тілом і навколишнім середовищем;
- зростання суб'єктивного відчуття безпеки та контролю в кризових ситуаціях;
- формування особистого «набору дій» на випадок сильного емоційного перенавантаження;
- підвищення толерантності до тригерів без негайної дезорганізації.

Приклади адаптації для окремих нозологій.

РАС:

- мінімізація яскравих візуальних та звукових подразників;
- передбачувані стабілізаційні послідовності (рутини);
- використання знайомих предметів або фраз.

ПТСР:

- уникання будь-яких технік, які можуть активувати флешбеки (наприклад, глибока релаксація може бути дезадаптивною);
- початкова робота тільки зі стабілізуючими, а не з глибокими емоційними техніками;
- створення «плану безпеки» разом із дорослими – хто, де, коли може допомогти.

Порушення інтелектуального розвитку:

- максимальна простота інструкцій, супровід жестами або малюнками;
- регулярне повторення технік у безпечному середовищі;
- акцент на тілесних і сенсорних вправах більше, ніж на когнітивних.

Методи стабілізації не замінюють глибоку терапевтичну роботу, але є її фундаментом. Вони дозволяють дитині в період кризи повернутись у реальність, відчути ґрунт під ногами – буквально і метафорично – й лише

після цього можна переходити до емоційної обробки травматичного досвіду.

Терапія прийняття й відповідальності (АСТ) для підлітків з ООП та тривалими травматичними переживаннями: адаптований підхід.

Терапія прийняття й відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) є сучасним напрямом когнітивно-поведінкової терапії, який базується на розвитку психологічної гнучкості. Основна мета АСТ – допомогти дитині прийняти внутрішні переживання (не борючись з ними) та взяти на себе відповідальність за дії, які відповідають її цінностям.

Цей підхід виявляється ефективним для підлітків, які мають досвід хронічного стресу, травми або ознаки емоційної нестабільності (зокрема при особистісних розладах), оскільки не вимагає негайного «виправлення» або контролю емоцій, а натомість пропонує нові способи ставлення до себе, своїх думок і болю.

Особливості адаптації АСТ для підлітків з *емоційно-поведінковими труднощами*:

- фокус на досвіді «тут і тепер» замість інтелектуального аналізу (використання практик усвідомлення (mindfulness) у простій формі: спостереження за диханням, відчуттями тіла, звуками навколо; зниження акценту на зміст думок – увага до того, як ці думки впливають на поведінку; розмежування між «Я» і моїми емоціями: «я не тривога, я той, хто її помічає»);

- використання метафор, історій і візуальних образів (метафора «пасажирів у автобусі» – емоції як пасажир, а не водії поведінки; метафора «болючої валізи» – якщо важко, не обов'язково її тягнути вперед; створення візуального «компасу цінностей», який допомагає орієнтуватися в діях);

- спрямованість на дії, які відповідають особистим цінностям (визначення значущих для підлітка сфер (дружба, творчість, справедливість); маленькі кроки у напрямі бажаних змін, незалежно від

емоційного стану; використання запитань типу: «Що я можу зробити зараз, щоб бути ближче до того, ким я хочу бути?»);

- прийняття важких емоцій як частини нормального досвіду (визнання болю і тривоги без їх уникання: «так, це є» замість «я не повинен це відчувати»; навчання підлітка технікам децентралізації (я – спостерігач думок, а не їх заручник); формування ставлення співчуття до себе замість самокритики).

Основні інструменти та техніки:

- вправи на усвідомленість (зосередження на диханні, тілесних сигналах, діях);

- письмові або візуальні практики визначення цінностей і «антикарт» уникання;

- техніки креативного дистанціювання від думок (перетворення думки в пісню, голос іншого персонажа);

- вправи на вибір поведінки всупереч страху або імпульсу (допомагає розвивати автономію);

- метафори, які активують образне мислення й посилюють мотивацію.

Очікувані результати застосування АСТ у роботі з підлітками з ООП:

- зменшення реактивної поведінки у відповідь на емоційні тригери;

- підвищення толерантності до дискомфорту (емоційного, тілесного, соціального);

- зростання рівня усвідомленості власних дій і мотивацій;

- формування гнучкіших способів взаємодії з емоціями, думками та іншими людьми;

- розвиток стабільного «Я» як точки опори, незалежної від щоденних перепадів настрою;

- підвищення автономності у прийнятті рішень та відповідальності за поведінку.

Приклади адаптації для окремих нозологій.

Розлади особистості (наприклад, бордерлайн):

- стабілізація через регулярні вправи усвідомлення і децентрування;
- робота з імпульсивністю через паузу і вибір дії, що відповідає цінностям;
- розвиток довіри до себе через образ «спостерігача» (я – не мої емоції).

Комплексна травматизація:

- поступове формування контакту з тілом через безпечні техніки усвідомлення;
- зменшення уникання через побудову поведінкових кроків, що відповідають цінностям;
- підтримка співчутливого ставлення до себе як способу нейтралізації токсичного сорому.

АСТ підходить до складних емоційних станів не як до «проблем, які треба вирішити», а як до частин досвіду, з якими можна навчитися жити та обирати життя згідно зі своїми переконаннями. Така позиція є особливо цінною в роботі з підлітками, які стикаються з глибокими внутрішніми конфліктами й втратами.

Додаткові компоненти, що підтримують застосування АСТ у роботі з підлітками з ООП:

1. Робота з мотивацією та залученням до терапії:
 - в АСТ не акцентується на «успішності» чи «покращенні» в традиційному сенсі, що знижує опір до участі в терапії;
 - терапевт діє як партнер, а не експерт: підліток є автором власного досвіду, а терапевт – підтримкою в пошуках напряду;
 - зміст сесій формується навколо тем, які є актуальними для самого підлітка (відносини, ідентичність, справедливість, майбутнє).
2. Побудова довготривалих цілей у межах реальності підлітка:

- допомога в розмежуванні зовнішніх очікувань (від батьків, школи, суспільства) від особистих цінностей;

- переформулювання поведінкових стратегій у термінах обраного напрямку, а не «досягнення» (наприклад, «бути другом» замість «мати багато друзів»);

- підтримка терпимого ставлення до себе при невдачах або емоційних регресіях.

3. Застосування АСТ у групових або шкільних форматах:

- елементи АСТ можуть бути вбудовані в тренінги соціально-емоційного розвитку: теми ідентичності, стресу, вибору, цінностей;

- групова форма підтримує нормалізацію емоційного досвіду та дозволяє моделювати поведінку за принципом «peer-learning»;

- у школах АСТ підходи можуть бути частиною програм розвитку резилієнтності чи антибулінгових ініціатив.

4. Участь родини або соціального оточення:

- навчання батьків розпізнавати у власній поведінці «боротьбу» з емоціями дитини замість підтримки її вибору;

- залучення дорослих до створення середовища, яке не нав'язує оцінок, а підтримує процес особистого зростання;

- спільне формулювання сімейних або групових цінностей як основи для взаємної взаємодії.

Потенційні труднощі при застосуванні АСТ у підлітків з ООП:

- складність абстрактного мислення або низький рівень рефлексії може вимагати спрощення концепцій (особливо у разі супутніх порушень інтелекту або РАС);

- високий рівень травматичного досвіду може викликати опір до внутрішнього фокусування – тоді початок роботи доцільно змістити на поведінкову активізацію та зовнішні цінності;

- деструктивні форми уникання (самопошкодження, ізоляція, залежності) потребують поступового заміщення безпечнішими стратегіями, що приймаються самим підлітком.

Загальна терапевтична цінність АСТ у роботі з підлітками:

Підлітковий вік – це період інтенсивного формування ідентичності, автономії та спроб знайти своє місце у світі. АСТ не заперечує наявності болю, страху чи хаосу в цьому процесі, але пропонує нову парадигму: замість боротьби з внутрішніми труднощами – рух у напрямку життя, яке має сенс.

Такий підхід дає молодій людині відчуття, що її досвід – не патологія, а частина людського шляху, де можна мати вибір і відповідальність навіть у складних обставинах.

2.2. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ ТЕХНІКИ У ПІДТРИМЦІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Когнітивно-поведінкові техніки в роботі з особами з особливими освітніми потребами є важливою складовою комплексної психологічної та педагогічної підтримки. Ці техніки базуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і спрямовані на зміну дисфункціонального мислення, емоційних реакцій та неадаптивної поведінки шляхом усвідомлення взаємозв'язку між думками, емоціями та діями. Застосування когнітивно-поведінкових стратегій сприяє емоційному саморегулюванню, формуванню соціальних навичок, зниженню тривожності та агресії, підвищенню впевненості в собі й адаптивності до освітнього середовища.

У контексті підтримки осіб з особливими потребами, зокрема дітей з розладами аутистичного спектра, синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), порушеннями інтелекту, тривожними або афективними розладами, КПТ-техніки можуть бути адаптовані з

урахуванням інтелектуальних, мовленнєвих і сенсорних особливостей дитини.

Однією з ключових технік є когнітивна реструктуризація, що передбачає ідентифікацію і корекцію ірраціональних або спотворених переконань. Наприклад, дитина з тривожністю може мати автоматичну думку «Я нічого не зможу зробити правильно». Через метод «Сократівського діалогу» або використання наочних схем, педагог або психолог допомагає учню перевірити обґрунтованість цієї думки, згадати позитивний досвід і сформулювати більш реалістичну установку, наприклад: «Я можу впоратися, якщо буду старатися і просити допомоги».

Інша ефективна техніка – це поведінкове експериментування, коли учень заохочується до поступового виконання дій, яких він уникає через страх або низьку самооцінку. Наприклад, дитина, яка боїться виступати перед класом, може разом із фахівцем розробити план поступового наближення до цієї ситуації: спочатку прочитати вголос вдома, потім – одному другу, згодом – малій групі, і лише після цього – перед класом. Успішний досвід знижує рівень тривоги і формує нову позитивну поведінкову модель.

До числа базових КПТ-інструментів також належать техніки емоційної саморегуляції, наприклад, навчання розпізнаванню і називанню емоцій, ведення щоденників емоцій, використання шкал емоційної інтенсивності. Наприклад, дитина з розладами поведінки може навчитися з допомогою кольорових позначок і піктограм сигналізувати про наростання злості або тривоги, що дозволяє вчасно втрутитися і запобігти ескалації деструктивної поведінки.

У дітей із розладами аутистичного спектра ефективними є візуальні розклади, соціальні історії та рольові ігри як способи навчання соціально прийнятної поведінки в конкретних ситуаціях. Соціальні історії, зокрема, допомагають дитині зрозуміти, як діяти в новому або складному середовищі

– наприклад, як поводитись під час шкільної перерви або відвідин лікаря. У поєднанні з когнітивними підказками («що я можу сказати?», «що я можу зробити, якщо не знаю відповіді?») це сприяє зниженню тривожності та підвищенню передбачуваності.

Також важливою є робота з батьками та педагогами як частина КПТ-підходу. Їм надається підтримка у формуванні послідовної поведінкової моделі вдома і в школі, пояснюються принципи позитивного підкріплення, ідентифікації тригерів і створення умов, які знижують дистрес і підвищують мотивацію до навчання.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра (РАС) є застосування соціальних історій. Ця методика спрямована на формування розуміння соціальних ситуацій, покращення комунікативної поведінки та зниження тривожності, пов'язаної з новими або складними соціальними сценаріями. Метою техніки є розвиток здатності дитини прогнозувати події, інтерпретувати поведінку інших людей і будувати власну поведінку у відповідності до соціальних очікувань.

Ціль техніки полягає у підвищенні адаптивності дитини до різних контекстів соціальної взаємодії, що знижує ризик фрустрації, поведінкових вибухів і дезадаптації в освітньому або публічному середовищі.

Інструментарій включає створення індивідуалізованих коротких текстів або ілюстрованих історій, що описують конкретну ситуацію з точки зору очікуваної поведінки, можливих емоцій, реакцій інших людей та наслідків. Наприклад, соціальна історія може описувати, як поводитися в шкільній їдальні: дитина читає або прослуховує історію, в якій крок за кроком описано, що відбувається у цьому середовищі, які правила існують, що кажуть інші учні та дорослі, що можна робити, а чого слід уникати.

Обов'язковим компонентом є позитивне підкріплення бажаної поведінки, що формує у дитини почуття передбачуваності й контролю.

Соціальні історії можуть супроводжуватися візуальними підказками, піктограмами або фотографіями, що значно підвищує їх ефективність у дітей з низьким рівнем мовленнєвого розвитку або з труднощами у переробці вербальної інформації. Повторне читання історії, обговорення з педагогом чи психологом, а також інсценування описаної ситуації забезпечують закріплення навичок і підвищують шанси на успішну генералізацію поведінки в реальних умовах.

Застосування цієї техніки є частиною ширшого когнітивно-поведінкового підходу до підтримки дітей з РАС та сприяє формуванню в них навичок соціального функціонування, саморегуляції й емоційної стійкості.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з порушеннями інтелекту є використання структурованих поведінкових ланцюжків (chain training), які передбачають поетапне навчання послідовності дій у межах конкретної ситуації або завдання. Метою цієї техніки є формування навичок самостійності, підвищення рівня функціональної грамотності та зменшення тривожності, що виникає при виконанні складних або незрозумілих завдань.

Ціль техніки полягає у закріпленні адаптивної поведінки шляхом розбиття завдання на малі, доступні кроки, кожен з яких опрацьовується окремо з подальшим їх об'єднанням у єдину послідовність.

Інструментарій включає створення візуалізованих або письмових інструкцій, покрокових алгоритмів дій, використання фізичних підказок, словесних підкріплень і позитивного зворотного зв'язку. Наприклад, при навчанні навичці самостійно вдягатися, спочатку дитина вчиться лише одному кроку, наприклад, одягнути одну рукавичку, і після успішного засвоєння цього етапу переходить до наступного – надягання другої рукавички, потім шапки тощо. Кожен етап закріплюється багаторазовим повторенням у стабільному середовищі, із застосуванням підкріплення – як

матеріального (наприклад, наклейки, жетони), так і соціального (схвалення, заохочення).

У дітей з легким та помірним ступенем порушень інтелекту ця техніка може також застосовуватись у навчанні простим академічним навичкам, наприклад, виконанню елементарних математичних дій або читанню коротких слів. Важливим елементом є узгодженість дій між педагогом, асистентом та батьками для забезпечення переносу засвоєної поведінки в інші контексти. Структуровані поведінкові ланцюжки сприяють формуванню позитивної поведінкової моделі, підвищують мотивацію до навчання, забезпечують відчуття досяжності успіху та сприяють розвитку самостійності у щоденному функціонуванні. У поєднанні з візуальними розкладами та методами оперантного навчання ця техніка становить основу практичної підтримки дітей з порушеннями інтелекту в інклюзивному або спеціалізованому освітньому середовищі.

Однією з дієвих когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з *розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ)* є метод «самоконтроль через самоспостереження» (self-monitoring), який спрямований на розвиток здатності до регуляції поведінки, підвищення концентрації уваги та зменшення імпульсивних дій у навчальному середовищі.

Метою техніки є формування в дитини усвідомлення власного рівня залученості у завдання, а також здатності своєчасно коригувати поведінку відповідно до вимог ситуації.

Ціль полягає у зниженні проявів гіперактивності, неуважності та імпульсивності шляхом включення самооцінювання як активного компоненту навчального процесу.

Інструментарій включає розробку індивідуалізованих чек-листів, таймерів, візуальних сигналів або інших засобів зворотного зв'язку, які дозволяють дитині регулярно фіксувати свій стан або поведінку в конкретний момент. Наприклад, під час уроку дитина може кожні п'ять

хвилин відповідати на запитання: «Чи я працюю над завданням зараз?» за допомогою простої позначки у зошиті або за допомогою піктограм. Одночасно педагог або асистент веде паралельні спостереження, і в кінці заняття проводиться коротке порівняння оцінок, яке дає змогу проаналізувати рівень самосвідомості та надати конструктивний зворотний зв'язок. Важливим елементом є надання позитивного підкріплення за правильну самооцінку та саморегуляцію, що може включати словесне заохочення, систему жетонів або інші форми мотивації. Додатково до техніки самоспостереження застосовуються вправи на розвиток виконавчих функцій, зокрема навичок планування, розбиття завдань на частини та використання стратегій внутрішньої мови. Наприклад, дитина може вивчити короткий вербальний алгоритм («Стій – Подумай – Дій»), який слугує внутрішньою інструкцією у ситуаціях, що потребують стримування імпульсивних реакцій.

Застосування цієї техніки є особливо ефективним у структурованому навчальному середовищі, де педагог створює стабільні умови для прогнозованості, знижує зовнішні відволікаючі чинники та чітко формулює очікувану поведінку. Включення батьків до процесу самоспостереження вдома сприяє генералізації сформованих навичок самоконтролю та стабілізації емоційно-поведінкового функціонування дитини як у школі, так і в позашкільному середовищі.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з порушеннями психіки та поведінковими розладами, є застосування техніки «планування альтернативної реакції» (response substitution), яка спрямована на зменшення деструктивних, агресивних або саморуйнівних форм поведінки шляхом навчання соціально прийнятним і безпечним альтернативам.

Метою цієї техніки є формування здатності дитини розпізнавати провокуючі ситуації, ідентифікувати власний емоційний стан і свідомо обирати прийнятну поведінкову реакцію.

Ціль полягає у поступовому зниженні частоти проявів поведінкових порушень, підвищенні рівня емоційної регуляції та соціальної адаптивності у взаємодії з дорослими і ровесниками.

Інструментарій включає спостереження за тригерами деструктивної поведінки, складання поведінкового профілю дитини, визначення точок ризику, а також створення індивідуального плану реакцій, який відпрацьовується у безпечному середовищі з використанням рольових ігор, візуальних інструкцій, моделювання та підкріплення. Наприклад, якщо дитина реагує криком або агресією у відповідь на заборону або зміну звичної діяльності, фахівець формує сценарій з альтернативною поведінкою – прохання про допомогу, використання фрази «мені важко» або застосування піктограми для позначення фрустрації. У процесі роботи відпрацьовується послідовність: розпізнавання тригера, коротка пауза для ідентифікації емоції, свідомий вибір альтернативної реакції. Кожен етап супроводжується позитивним підкріпленням, що підвищує мотивацію до застосування нової моделі поведінки в реальних ситуаціях.

Важливою умовою ефективності техніки є системне навчання дитини навичкам самоспостереження, зокрема ведення простого щоденника емоцій або використання візуальних шкал для самостійної оцінки напруження та рівня контролю. Ці інструменти допомагають поступово формувати внутрішню рефлексію, що є передумовою розвитку саморегуляції.

У роботі з дітьми, які мають розлади настрою, обсесивно-компульсивні симптоми або реактивні розлади, техніка планування альтернативної реакції може комбінуватися з техніками релаксації, дихальних вправ, відпрацюванням стратегій вирішення проблем та формуванням стійких вербальних шаблонів для самозаспокоєння.

Педагогічна та родинна підтримка, а також чіткість структури середовища та меж поведінки є ключовими умовами для успішної реалізації цієї техніки у навчальному і соціальному контексті.

Застосування такої моделі дає змогу не лише зменшити інтенсивність деструктивних проявів, але й поступово формувати нові навички взаємодії, що сприяє інтеграції дитини у навчальне середовище та покращенню її якості життя.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з порушеннями мовлення є техніка формування функціонального мовлення через модельовану вербалізацію (*verbal modeling*), яка спрямована на підтримку розвитку мовленнєвої активності, зниження тривожності, пов'язаної з мовленням, та поступове розширення мовного репертуару дитини в природних контекстах.

Метою цієї техніки є стимулювання комунікативної ініціативи, покращення розуміння мовлення та формування зв'язного мовлення на рівні, відповідному до індивідуального мовного профілю дитини.

Ціль полягає у розвитку здатності до активного використання мовлення як інструменту взаємодії з довкіллям, зокрема у навчальних та соціальних ситуаціях, що часто ускладнено в дітей із дизартрією, алалією, фонологічними та іншими порушеннями мовлення.

Інструментарій включає використання спрощених вербальних структур, багаторазового повторення, візуальної підтримки, жестів, піктограм, а також створення ситуативних контекстів, у яких мовлення набуває функціонального значення. Наприклад, у процесі гри педагог моделює короткі фрази типу «Дай м'яч», «Я хочу ще», «Це мій», які дитина поступово починає відтворювати з опорою на контекст і невербальні підказки. Модельоване мовлення супроводжується чіткою артикуляцією, інтонаційною виразністю та узгодженістю з діями, що підсилює семантичне сприйняття і допомагає дитині встановити зв'язок між словом і дією.

Для дітей з порушеннями мовлення особливе значення має чітка структура заняття, передбачуваність мовних ситуацій та можливість повторного тренування у безпечному середовищі. Поступове нарощування мовного навантаження дозволяє уникати перевантаження робочої пам'яті та знижує фрустрацію.

Важливою частиною техніки є позитивне підкріплення будь-якої спроби вербального реагування – як словесної, так і за допомогою альтернативних засобів комунікації. У разі поєднання мовленнєвих труднощів із соціально-комунікативними проблемами техніка може поєднуватися з елементами соціальних історій, рольових ігор і візуальних розкладів, що полегшують дитині розуміння правил мовленнєвої взаємодії. Додатково залучення батьків до домашнього відпрацювання функціональних фраз у звичних ситуаціях (їжа, ігри, прогулянка) сприяє генералізації мовленнєвих навичок та їх перенесенню в позашкільне середовище.

Застосування цієї техніки у поєднанні з корекційно-логопедичними методами створює умови для сталого розвитку мовлення як засобу пізнання, самовираження та соціальної адаптації дитини з типовими труднощами мовленнєвого розвитку.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з *тривожно-депресивним синдромом* є техніка когнітивної реструктуризації з елементами щоденника думок, яка спрямована на виявлення і корекцію негативних автоматичних думок, що підтримують тривожність, почуття безнадії, знижену самооцінку та емоційну безініціативність.

Метою цієї техніки є формування в дитини навички розпізнавання власних деструктивних мисленнєвих патернів, розвиток гнучкості мислення та підвищення здатності до емоційного саморегулювання.

Ціль полягає у зниженні інтенсивності тривожних і депресивних симптомів, зменшенні проявів унікальної поведінки та активізації адаптивної участі дитини в навчальному і соціальному середовищі.

Інструментарій включає ведення спеціального щоденника думок, у якому дитина (залежно від віку – самостійно або з допомогою дорослого) щодня фіксує ситуацію, яка викликала емоційний дискомфорт, пов'язані з нею думки, власну емоційну реакцію, поведінку та можливу альтернативну інтерпретацію ситуації. Наприклад, у випадку, коли дитина після помилки на уроці починає вважати себе «нездатною», фахівець допомагає виявити цю негативну автоматичну думку і співвіднести її з фактами, ставлячи запитання: «Чи є докази, що ти завжди помиляєшся?», «Чи бувало так, що ти виконував завдання правильно?», «Що сказав учитель?». На основі цього дитина вчиться формувати реалістичніші й конструктивніші думки, наприклад: «Я можу помилятися, але я навчаюся, і зможу зробити краще наступного разу».

Для молодших школярів застосовуються спрощені варіанти у вигляді схем з піктограмами або малюнками, які відображають подію, думку, емоцію, реакцію і нову думку.

Для підтримання мотивації використовуються візуалізовані трекери емоційного стану, шкали настрою, а також позитивне підкріплення зусиль, а не лише результату.

У дітей із тривожно-депресивними станами важливо поєднувати цю техніку з навчанням стрес-менеджменту, базовим дихальним вправам, техніками уважності (mindfulness), які допомагають стабілізувати фізіологічний стан і підвищити рівень усвідомлення теперішнього моменту. Постійна емоційна підтримка з боку дорослих, дозоване навчальне навантаження, забезпечення середовища з низьким рівнем фрустрації та зниженими очікуваннями щодо «ідеального результату» є критично важливими умовами ефективності цієї техніки.

Системне застосування сприяє поступовому посиленню внутрішнього контролю над емоціями, зменшенню когнітивних спотворень і розвитку більш стабільної самооцінки в дітей з тривожно-депресивним синдромом.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з порушеннями слуху є техніка соціального моделювання із залученням візуально-комунікативних підказок (visual-social modeling), яка спрямована на розвиток соціально прийнятної поведінки, емоційної саморегуляції та мовленнєво-комунікативної активності в умовах обмеженого або спотвореного слухового сприймання.

Метою цієї техніки є забезпечення розуміння соціальних норм, структур і ролей шляхом використання зорових засобів комунікації, імітаційних вправ та послідовного підкріплення бажаних форм поведінки.

Ціль полягає у розвитку навичок взаємодії, подоланні комунікативних бар'єрів і підвищенні впевненості в соціальних ситуаціях, де внаслідок слухового дефіциту дитина може відчувати тривогу, ізоляцію або неадекватність поведінки.

Інструментарій включає створення серій візуальних сценаріїв (соціальних історій, фото- або відеоінструкцій), які демонструють конкретні ситуації взаємодії (наприклад, знайомство, звернення по допомогу, участь у грі, відповіді на запитання), супроводжуються жестовою мовою, піктограмами або субтитрованим текстом та є зрозумілими для дитини незалежно від рівня слухового сприйняття. Наприклад, для навчання навичці просити дозволу педагог демонструє послідовність дій у вигляді серії зображень: дитина піднімає руку, встановлює зоровий контакт, жестом або через картку формулює запит, отримує відповідь, виконує дію. Візуальна модель повторюється, після чого проводиться рольова гра, у якій дитина відтворює поведінку з підтримкою дорослого. Емоційний стан

дитини при цьому супроводжується оцінкою за допомогою візуальної шкали емоцій, що сприяє розвитку емоційної грамотності.

Важливим компонентом техніки є узгоджене використання систем альтернативної та додаткової комунікації (ААС), зокрема жестової мови, дактилю, символів PECS або цифрових комунікаторів, які дозволяють забезпечити доступ до змісту завдань і зворотного зв'язку.

У дітей з комбінованими порушеннями (наприклад, слуху й інтелекту) особлива увага приділяється максимальній наочності, повторюваності та чіткості структури дій. Позитивне підкріплення успішної соціальної поведінки (жести схвалення, піктограми, жетони, емоційні стікери) сприяє закріпленню навички та її перенесенню у реальне середовище.

Залучення до техніки однолітків, педагогів і батьків підвищує ефективність, забезпечуючи узгоджене застосування моделі у повсякденній взаємодії. Систематичне застосування соціального моделювання у поєднанні з логопедичною та слухо-мовленнєвою підтримкою створює умови для більш повноцінного соціального включення дитини з порушенням слуху, розвитку автономної поведінки та стабільного емоційного функціонування.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми з порушеннями зору, включаючи сліпих, є техніка тілесно-орієнтованого самостереження з вербалізацією емоційного стану (tactile-emotional self-monitoring), яка спрямована на розвиток емоційної саморегуляції, усвідомлення внутрішнього стану та формування адаптивної поведінки у соціально-комунікативних і навчальних ситуаціях.

Метою цієї техніки є навчання дитини зорово-недоступним способом розпізнавати власні емоційні стани, усвідомлювати зв'язок між емоцією, ситуацією та поведінкою, а також формувати конструктивні стратегії реагування.

Ціль полягає у зниженні тривожності, зменшенні імпульсивних або дезадаптивних реакцій та підвищенні рівня впевненості у взаємодії з довкіллям, що часто є джерелом напруження у дітей із тотальними або частковими порушеннями зору.

Інструментарій техніки включає спеціально адаптовані аудіо-інструкції, тактильні матеріали (текстури, предмети з різними поверхнями, об'єктні символи), словесні шаблони для вербалізації емоцій та фізичні вправи, які активізують тілесну рефлексію. Наприклад, дитина навчається щодня виконувати коротке тілесно-емоційне сканування, під час якого педагог або психолог задає послідовні запитання у доступній вербальній формі: «Що я зараз відчуваю в тілі?», «Яке у мене дихання?», «Чи мені спокійно, чи напружено?». Відповіді фіксуються у формі словесних описів або через використання умовних тактильних маркерів (наприклад, м'який мішечок – «спокій», шорсткий диск – «тривога», гладка куля – «радість»), що дозволяє дитині з порушенням зору створити індивідуальну тактильну шкалу емоцій. Після ідентифікації емоційного стану дитина за допомогою дорослого або самостійно визначає бажану стратегію дії: виконання дихальної вправи, фізичної активності, словесне звернення по допомогу, відхід у безпечну зону.

Додатково застосовуються вправи на усвідомлення внутрішнього діалогу, під час яких дитина вчиться формулювати підтримувальні або нейтральні фрази, що допомагають впоратися з напруженням («Я можу зробити це крок за кроком», «Я вже впорався з подібним завданням раніше»). У випадках підвищеної сенсорної чутливості або емоційної лабільності важливо поєднувати цю техніку з чітким структурованим режимом, звуковими сигналами, тактильними розкладами дня та індивідуальними сенсорними зонами регуляції.

Участь педагога, асистента та батьків у впровадженні техніки забезпечує узгодженість підтримки та перенесення навичок у повсякденне

життя. Системне використання тілесно-орієнтованого самоспостереження сприяє розвитку самосвідомості, емоційної стійкості та безпечної поведінки у дітей з порушеннями зору, створюючи основу для повноцінної участі в навчальному процесі та соціальній взаємодії.

Однією з ефективних когнітивно-поведінкових технік у роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку (ЗПР) є техніка поетапного формування навички з використанням візуально-вербальних інструкцій (step-by-step task structuring), яка спрямована на розвиток довільної поведінки, послідовного мислення, навичок самоорганізації та зниження фрустраційної чутливості під час виконання навчальних або побутових завдань.

Метою цієї техніки є забезпечення дитині можливості ефективно оволодівати новими навичками за допомогою структурованих, зрозумілих і повторюваних дій, із чітко окресленим початком, процесом і завершенням.

Ціль полягає у формуванні стійких пізнавально-поведінкових стратегій, підвищенні впевненості у власних діях та поступовому переході від зовнішньої до внутрішньої регуляції поведінки.

Інструментарій вміщує створення алгоритмів дій у вигляді послідовних карток, піктограм, предметних або сенсорних підказок, які супроводжуються короткими вербальними інструкціями. Наприклад, при навчанні навичці самостійно виконати завдання в зошиті, дитині надається чітка структура: «Візьми олівець», «Відкрий зошит», «Знайди потрібну сторінку», «Подивись на завдання», «Почни з першого рядка». Кожен етап підкріплюється позитивною оцінкою, жестом схвалення або візуальним знаком успіху (наприклад, смайлик, зірочка, фішка). Якщо дитина не справляється, педагог надає фізичну або словесну підказку, але з часом рівень підтримки знижується. Для зниження тривожності й уникнення перевантаження завдання розбиваються на мікрокроки, виконання кожного з яких чітко обмежене в часі або за кількістю дій.

У дітей із ЗПР часто знижена здатність до планування та прогнозування, тому важливим компонентом техніки є попереднє ознайомлення з усім завданням та його очікуваним результатом. Візуальні розклади, графіки діяльності та короткі ритуали переходу між діями допомагають підтримувати увагу та уникати емоційного напруження. У процесі застосування цієї техніки формується навичка дотримання послідовності, підвищується рівень самоконтролю, знижується імпульсивність, а навчальна діяльність стає більш структурованою та передбачуваною для дитини.

Залучення батьків до щоденного використання цієї техніки вдома – наприклад, під час збирання до школи, виконання домашніх завдань або гігієнічних процедур – забезпечує перенесення сформованих навичок у повсякденне життя. Систематичне застосування поетапного формування навичок у поєднанні з розвитком мовлення, дрібної моторики та емоційної рефлексії створює базу для поступового розширення когнітивних і поведінкових можливостей дитини із затримкою психічного розвитку.

Техніка «Безпечний простір уяви» у контексті когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) *для дітей, які пережили психічну травму внаслідок війни*, має на меті створення внутрішнього ресурсу безпеки, що допомагає знизити симптоми посттравматичного стресу, тривожності та емоційної дисрегуляції.

Основна ціль цієї техніки полягає у розвитку у дитини здатності усвідомлювати й модифікувати негативні автоматичні думки, пов'язані з травматичним досвідом, шляхом активації позитивних уявних образів безпечного простору, який вона може використовувати для емоційної регуляції та відновлення почуття контролю над власними емоціями.

Інструментарій техніки включає поетапне навчання дитини навичкам релаксації, зокрема діафрагмальному диханню або повільному глибокому диханню, а також структуровані вербальні інструкції терапевта для

формування детального позитивного образу. При цьому дитину заохочують уявити безпечне місце – це може бути затишна кімната, улюблене природне місце або інша локація, яка асоціюється з почуттям захисту і спокою. Для посилення ефекту терапевт стимулює дитину звертати увагу на сенсорні деталі цього простору – звуки, запахи, кольори, текстури. Наприклад, дитина може уявити, що сидить у теплому світлому кімнаті, де чути спів пташок, відчувається приємний запах квітів, а м'які подушки дарують комфорт.

Регулярне використання цієї техніки допомагає знизити рівень тривожності, покращити навички саморегуляції, а також сприяє корекції дезадаптивних когнітивних схем, пов'язаних із відчуттям небезпеки. Таким чином, техніка «Безпечний простір уяви» є ефективним інструментом у рамках КПТ для підтримки дітей із психічною травмою війни, допомагаючи їм відновити психологічну стійкість і покращити якість життя.

Техніка «Контрольований наратив» у роботі з *дітьми, які мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*, спрямована на поступове опрацювання травматичного досвіду з метою зниження емоційного навантаження та інтеграції спогадів у когнітивні структури дитини.

Метою техніки є допомога дитині відновити почуття безпеки, зменшити інтенсивність симптомів уникнення, повторного переживання та гіпервідчутливості, а також сформувати більш адаптивні когнітивні переконання, пов'язані з травматичними подіями.

Ціль полягає у забезпеченні структурованого процесу вираження і переосмислення травматичних спогадів під контролем терапевта, що сприяє зниженню тривожності та страху, пов'язаних із спогадами, а також розвитку навичок саморегуляції.

Інструментарій техніки вміщує послідовне вербальне ведення дитини через розповідь про травматичний досвід у безпечних умовах, застосування методів когнітивної реструктуризації для виявлення і корекції

дезадаптивних думок, а також використання релаксаційних вправ для зниження рівня стресу під час опрацювання спогадів. Наприклад, терапевт може запропонувати дитині описати подію в хронологічному порядку, фокусуючись на фактах і власних відчуттях, а потім разом із дитиною аналізувати помилкові або надмірно загрозливі інтерпретації події, замінюючи їх на більш реалістичні та ресурсні.

Регулярне застосування техніки «Контрольований наратив» сприяє зменшенню симптомів ПТСР, підвищенню психологічної стійкості та покращенню загального функціонування дитини у повсякденному житті.

Узагальнені дані щодо впливу технік когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) на дітей з особливими освітніми потребами різних нозологій, які підтверджені численними дослідженнями в галузі клінічної психології та спеціальної педагогіки.

Таблиця 2. Дані щодо впливу когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) на дітей з особливими освітніми потребами різних нозологій

Нозологія	Обсяг вибірки	Основні показники ефективності	Відсоток покращення
Розлади аутистичного спектру (РАС)	120 дітей	Зниження тривожності, покращення соціальної взаємодії	30-40% зниження тривожності
Розлади дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ)	100 дітей	Покращення уваги, зниження імпульсивності та гіперактивності	25-35% зниження симптомів
Тривожні розлади	150 дітей	Зниження тривожності, формування адаптивних когнітивних схем	60-70% ремісія симптомів
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	80 дітей	Зменшення симптомів ПТСР, покращення емоційної регуляції	65% зниження симптомів

Депресивні розлади	90 дітей	Зниження депресивних симптомів, підвищення самооцінки	50-60% зниження симптомів
--------------------	----------	---	---------------------------

Отже, КПТ виявляється ефективною для дітей з ООП, зокрема з такими нозологіями, як розлади аутистичного спектру (РАС), розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ), тривожні та депресивні розлади, а також із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Вплив КПТ у цих випадках включає зниження рівня тривожності, покращення емоційної регуляції, зменшення симптомів депресії, а також розвиток соціальних навичок і когнітивної гнучкості.

Для дітей з РАС КПТ модифікується з урахуванням сенсорних особливостей та комунікативних труднощів і сприяє зменшенню ригідності поведінки, поліпшенню навичок спілкування та зниженню тривожних проявів. Метааналізи демонструють, що адаптовані КПТ програми можуть знизити тривожність у дітей з РАС на 30-40% (Wood et al., 2020).

У дітей із РДУГ КПТ ефективна для контролю імпульсивності, покращення уваги та поведінкових стратегій. Дослідження свідчать про зниження симптомів гіперактивності та імпульсивності на 25-35% після проходження КПТ (Chronis-Tuscano et al., 2019).

Для дітей із тривожними розладами та ПТСР КПТ є «золотим стандартом» терапії, з показниками ремісії симптомів до 60-70% після серії сеансів. КПТ допомагає формувати адаптивні когнітивні схеми, розвивати навички релаксації, а також покращувати стратегії подолання стресу (Silverman et al., 2021).

Варто зазначити, що успішність КПТ залежить від індивідуалізації підходів, тривалості терапії, участі батьків та міждисциплінарної співпраці. Загалом, КПТ демонструє високу ефективність у підтримці психічного

здоров'я дітей з ООП різних нозологій, покращуючи їх емоційний стан, поведінку та соціальне функціонування.

Ці дані свідчать, що КПТ є ефективною терапевтичною методикою для дітей з різними нозологіями ООП, сприяючи значному покращенню емоційного стану, поведінки та соціального функціонування. Важливим є адаптування технік відповідно до індивідуальних потреб дитини і залучення сім'ї у терапевтичний процес.

Таким чином, когнітивно-поведінкові техніки є науково обґрунтованим інструментом підтримки осіб з особливими освітніми потребами, що дозволяє інтегрувати психологічну допомогу в освітній процес і створити сприятливі умови для розвитку дитини як в інтелектуальному, так і в емоційно-соціальному вимірі.

Післямова.

Проведений аналіз психотерапевтичних підходів у роботі з особами з особливими потребами дає змогу зробити низку важливих узагальнень і практичних висновків.

Психотерапія, яка орієнтована на підтримку осіб з порушеннями розвитку, когнітивними або сенсорними обмеженнями, має бути не лише адаптованою до індивідуальних особливостей клієнта, але й бути гнучкою, чутливою до контексту кризи, з урахуванням емоційного стану, віку, рівня розвитку та соціального оточення.

Індивідуалізація психотерапевтичного підходу. Один із ключових моментів роботи з особами з особливими потребами – це визнання унікальності кожного випадку. Адже, кризові ситуації (війна, втрата, хвороба, зміна середовища тощо) накладають додаткове навантаження на вже наявні психоемоційні та поведінкові труднощі, що потребує інтеграції різноманітних психотерапевтичних технік – когнітивно-поведінкових, арт-терапевтичних, тілесно-орієнтованих, нарративних, методів ідентифікації й трансформації травматичного досвіду тощо. Застосування універсальних

схем терапії у цьому випадку є недостатнім; потрібен індивідуальний, гнучкий, етичний підхід з високим рівнем емпатії та спеціальної підготовки фахівця.

Психотерапія в умовах кризи. Кризи – незалежно від їхнього походження – чинять потужний дестабілізуючий вплив на особу з особливими потребами. Під час криз зростає ризик поглиблення таких симптомів, як тривожність, дезадаптація, агресія, самоізоляція, депресивні прояви. Як було проаналізовано у підрозділі 3.1, важливо застосовувати техніки короткочасної кризової інтервенції, що передбачають підтримку в режимі «тут і тепер», стабілізацію емоційного стану та відновлення відчуття безпеки. У цьому контексті ефективними є методи дихальних практик, емоційної ідентифікації та контейнеризації, елементи психоосвіти для батьків та опікунів.

Роль когнітивно-поведінкової терапії у підтримці дітей. Особливої актуальності набуває КПТ у контексті роботи з дітьми, які мають труднощі в саморегуляції, проявляють порушення поведінки, емоційні афекти або мають діагноз РАС, РДУГ, тривожні чи депресивні розлади. КПТ дозволяє формувати нові, адаптивніші стратегії реагування на виклики середовища, розвивати навички соціальної взаємодії, самоконтролю, а також змінювати деструктивні переконання дитини про себе, інших і світ.

Участь родини та мультидисциплінарний підхід. У процесі психотерапевтичної підтримки осіб з особливими потребами принципово важливою є участь родини. Залучення батьків або опікунів до терапевтичного процесу дозволяє створити стабільне підтримувальне середовище, яке підсилює ефект від психотерапії. Крім того, ефективною є модель мультидисциплінарної взаємодії: психолог, психотерапевт, логопед, спеціальний педагог, соціальний працівник та лікар повинні координувати свої дії для досягнення спільної мети – всебічного розвитку особистості клієнта та покращення його якості життя.

Бар'єри і виклики в психотерапевтичній практиці. Психотерапевтична практика в Україні (і в інших країнах) стикається з низкою бар'єрів у роботі з особами з особливими потребами: нестача спеціально підготовлених кадрів, обмежений доступ до послуг у сільських районах, низький рівень психотерапевтичної обізнаності батьків, стигматизація психічного здоров'я, складнощі з міждисциплінарною взаємодією. Окрему увагу слід приділяти адаптації методик до мовного, когнітивного та сенсорного рівня клієнта.

Етичні аспекти психотерапії осіб з особливими потребами. Етичні принципи роботи з особами з ОП передбачають дотримання принципів доброчесності, емпатії, автономії та поваги до особистісної гідності. Психотерапевт повинен уникати нав'язування власних рішень, поважати право клієнта на прийняття рішень у межах його компетентності, а також забезпечити захист конфіденційності й доброзичливого ставлення в кожному сеансі. Робота з дітьми та підлітками з ООП потребує особливої уваги до питань інформованої згоди, залучення батьків, а також врахування прав дитини.

Список використаних джерел:

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566-579. <https://doi.org/10.1037/a0014565>
3. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed.). Guilford Press.

<https://www.guilford.com/books/Treating-Trauma-and-Traumatic-Grief-in-Children-and-Adolescents/Judith-A-Cohen/9781462532387>

4. Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Woods, K. E., Strickland, J., & Stein, M. A. (2019). Cognitive-behavioral therapy for children with ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 450-461. <https://doi.org/10.1177/1087054716682034>

5. Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2016). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 913-920. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.010>

6. De Arellano, M. A., Danielson, C. K., & Kilpatrick, D. G. (2014). Evidence-based treatment for children exposed to traumatic events. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 143-152. <https://doi.org/10.1111/jcap.12065>

7. Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The efficacy of exposure therapy for PTSD: A review and future directions. *Depression and Anxiety*, 33(9), 870–882. <https://doi.org/10.1002/da.22528>

8. Kazdin, A. E. (2017). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/parent-management-training-9780190264173>

9. Kendall, P. C., Comer, J. S., & Gotlieb, R. (2016). Cognitive-behavioral therapy for youth depression: Current status and future directions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 353-367. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038827>

10. National Child Traumatic Stress Network. (2019). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children.

<https://www.nctsn.org/interventions/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy>

11. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and courses of PTSD in young children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 183–198. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0038-4>

12. Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2021). Evidence-based psychosocial treatments for pediatric anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 41, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101898>

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ В УМОВАХ КРИЗ

3.1. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ КРИЗ

Сучасне суспільство перебуває в умовах постійної невизначеності, що обумовлено соціально-політичними, економічними та природними кризами. Воєнні дії, внутрішнє переміщення, соціальна нестабільність, руйнування звичних соціальних інституцій значно ускладнюють процеси соціальної адаптації дітей і підлітків з особливими освітніми потребами (ООП). Саме ця категорія дітей є однією з найбільш вразливих груп населення до наслідків кризових подій, оскільки мають обмежені когнітивні, емоційні та комунікативні ресурси, що ускладнює опанування нових умов середовища та соціальної взаємодії.

У сучасній психологічній науці проблема адаптації особистості посідає важливе місце. Значний обсяг досліджень присвячено аналізу психофізіологічних, психічних, психологічних та соціально-психологічних аспектів адаптації, а також захисних механізмів і адаптивних властивостей особистості (Г. Балл, О. Кокун, М. Корольчук, В. Моргун, А. Налчаджян, Т. Яценко). Окремі наукові праці зосереджуються на особливостях адаптації людини в умовах соціальних змін та складних життєвих обставин (Є. Головаха, О. Донченко, О. Злобіна, В. Климчук, Т. Титаренко та ін.), а також на стратегіях адаптаційної поведінки та критеріях їх визначення (В. Москаленко, Т. Ронгінська, R. Lazarus). У зарубіжних дослідженнях адаптація розглядається крізь призму теорій адаптації та копінг-поведінки (M. Chaturvedi; L. Kahle, R. Lazarus; S. Folkman; R. Moos, J. Schaefer), а також у полі позитивної психології, яка трактує адаптацію в кризових умовах як процес «позитивного пристосування» або «посттравматичного

зростання» (R. Tedeschi, L. Calhoun, S. Joseph, N. Pole, M. Seligman та ін.).

Теоретичний аналіз підходів до вивчення адаптації (Г. Балл, А. Налчаджян, Т. Титаренко та ін.) засвідчує, що в соціально-психологічному аспекті адаптація розглядається як багатовимірний і динамічний процес. Його сутність полягає не лише у взаємному пристосуванні індивіда та середовища, а й у формуванні нової, більш організованої системи взаємодії, що виникає завдяки активній діяльності суб'єкта. Адаптація постає як активний процес опанування ситуації, у якому беруть участь як сама особистість, так і інші індивідуальні чи групові суб'єкти. У результаті їхньої взаємної взаємодії створюється спільний адаптивний простір, що передбачає двосторонні зміни та взаємний вплив.

У психологічних наукових джерелах (Коробка, 2019) визначено, що адаптаційні процеси спільнот в умовах війни визначаються не лише зовнішніми обставинами, а й здатністю суб'єктів мобілізувати внутрішні ресурси та застосовувати ефективні стратегії подолання стресу. Ці положення є цінною основою для формування системи адаптації дітей з ООП, яка має ґрунтуватися на поєднанні індивідуальних, сімейних і соціально-інституційних ресурсів.

Проблеми соціальної адаптації, інтеграції та інклюзії дітей з ООП стали предметом багатьох досліджень як українських науковців (В. Бондар, В. Засенко, Т. Ілляшенко, А. Колупаєва, Є. Клопота, Ю. Найда, А. Обухівська, Л. Прохоренко, Н. Софій, І. Татяничкова, Н. Ярмола та ін.), так і зарубіжних дослідників (J. Deppeler, D. Harvey, D. Kavanagh, J. Leffert, T. Loreman, E. Millikan, M. Santich, G. Siperstein та ін.). У численних роботах (В. Засенко, А. Колупаєва, С. Максименко, К. Островська, Л. Руденко, В. Синьов, М. Супрун, І. Татяничкова, О. Хохліна, А. Шевцов, М. Шеремет, В. Шевченко та ін.) акцентується на важливості забезпечення соціальної, культурної та освітньої інтеграції дітей з особливостями розвитку у систему суспільних взаємин.

У працях В. Бондаря, О. Бабяк, Е. Данілавічюте, В. Засенка, В. Кобильченка, А. Колупасової, С. Литовченко, І. Омельченко, Т. Сак, О. Таранченко, О. Чеботарьової та інших учених особливу увагу приділено дослідженню практичної підтримки осіб з інвалідністю під час їхнього включення в суспільство, аналізу спеціальних умов ефективної інклюзії та визначенню ключових напрямів залучення дітей з особливими освітніми потребами до загальноосвітнього простору.

Наукові джерела (Шевченко & Синьов, 2024; Гордієнко, 2014) трактують соціальну адаптацію дітей з ООП як динамічний процес опанування ефективної взаємодії з соціальним середовищем з урахуванням їхніх індивідуальних можливостей. Соціальна адаптація включає розвиток соціальних компетентностей, здатності сприймати соціальні ситуації та формувати конструктивні міжособистісні зв'язки. Водночас її ключові компоненти підкреслюють багатовимірність і комплексність цього явища.

Інтеграція дітей з ООП охоплює не лише забезпечення доступу до освіти, а й створення умов для активної участі у соціальних, культурних та освітніх процесах громади. У кризових обставинах ці завдання стають складнішими: стресові події, вимушене переміщення, руйнування звичної структури повсякденності та обмеження ресурсів негативно впливають на когнітивний, емоційний і соціальний розвиток дитини. Разом із тим дослідження (В. Панок, Л. Прохоренко, Н. Ярмола та ін.) демонструють, що наявність розвиненої системи соціальної підтримки, інклюзивного та безпечного середовища, а також міждисциплінарних механізмів допомоги здатна суттєво пом'якшити наслідки кризових впливів і сприяти формуванню нових адаптивних стратегій у дітей з ООП.

На основі аналізу сучасних підходів виділено ключові теоретичні положення, що визначають сутність адаптації дітей і підлітків з ООП у кризових умовах:

1. Підхід «resilience», як відновлення та підвищення благополуччя

та визнання активної ролі людей у створенні здоров'я, як динамічний процес, в якому позитивна адаптація відбувається в умовах негараздів; як збереження стану благополуччя, незважаючи на негаразди (Bonanno, 2007) та здатності до відновлювальних зусиль як окремої людини, сім'ї, так і громади, спільноти (Norris, Pfefferbaum & Stevens, 2008).

Здатність відновлюватися попри стрес є динамічним процесом, який формується через підтримку, навчання та поступове розширення власних можливостей. У дітей з ООП розвиток резилієнтності можливий за умови стабільності, структурованих дій і системного супроводу.

2. Положення про адаптацію в складних життєвих ситуаціях, як процес посттравматичного зростання («post-traumatic growth»), який виступає як результат оволодіння цією реальністю, що супроводжується позитивними змінами на рівні особистості, групи, соціуму (Климчук, 2016; Joseph & Linley, 2006, Tedeschi & Calhoun, 2004).

Незважаючи на складні обставини, діти можуть демонструвати позитивні зміни, якщо отримують своєчасну і якісну допомогу. Це виявляється у зростанні самостійності, розширенні соціальних навичок, покращенні самооцінки.

3. Положення соціально-когнітивної теорії самоефективності А. Бандури, за якою утвердження самоефективності (Self-efficacy) є основою людської суб'єктності, і представляє собою переконання особи щодо здатності керувати подіями, які впливають на її життя, віру в себе та власну компетентність в різних сферах соціального життя, зокрема, й у сфері збереження здоров'я.

З огляду на цей підхід варто зазначити, що позитивна адаптація можлива лише тоді, коли дитина переконана, що здатна впливати на власну поведінку й ситуацію. Для дітей з ООП важливо створювати часті ситуації успіху та підтримувати активну позицію в навчанні й житті.

4. Підхід колективної рефлексивності соціального середовища

(Кривоконь, 2015; Найдьонова, 2015). Сутність цього підходу полягає у роль громади, спільноти у вирішенні проблем, пов'язаних із підтриманням та збереженням здоров'я населення, їхню спроможність до цілеспрямованої діяльності у цій сфері та колективної рефлексії

Адаптація дітей безпосередньо залежить від того, наскільки здатними до взаємодії, співучасті та рефлексії є педагоги, батьки та однолітки. Колективна рефлексивність дозволяє соціальній групі (класу, сім'ї, школі) адаптуватися разом, узгоджувати дії та формувати спільні норми підтримки.

Таким чином, система соціальної адаптації дітей з ООП повинна поєднувати індивідуальний розвиток дитини та трансформацію соціального середовища, у якому вона живе. Адаптація дітей з ООП є багатовимірною: вона охоплює індивідуальний рівень (особистісні, когнітивні, емоційні та фізичні характеристики), міжособистісний рівень (взаємодія з однолітками та дорослими) і інституційний рівень (доступ до освітніх установ, соціальних служб і медико-реабілітаційних центрів). Біопсихосоціальна модель розвитку (Engel, 1977) є однією з базових для аналізу потреб дітей з ООП у кризових умовах, оскільки дозволяє інтегрувати фізіологічні, психологічні та соціальні чинники, що визначають рівень адаптації та включеності.

Система соціальної адаптації та інтеграції дітей з ООП в умовах криз формується як комплекс взаємопов'язаних компонентів. У кризових умовах система має виконувати не лише функцію підтримки соціального включення, а й забезпечувати психологічну безпеку, стійкість, гнучкість і можливість швидкої відповіді на загрози. Тому її компоненти набувають додаткового змістового наповнення, адаптованого до ризиків, обмежень і викликів кризового контексту.

1. *Нормативно-правовий компонент.* Кризові ситуації вимагають оперативної корекції нормативно-правових механізмів, які забезпечують

доступність освітніх та соціальних послуг дітям з ООП. Під час війни особливо актуальним стає спрощення процедур отримання статусу дитини з ООП, забезпечення безперервності корекційно-розвивальних послуг, адаптація освітніх стандартів і до дистанційних і змішаних форматів.

2. *Організаційно-управлінський компонент.* У кризових умовах система соціальної адаптації та інтеграції дітей з ООП потребує одночасної ефективної організації та створення безпечного, доступного середовища. Управління адаптаційними процесами набуває багаторівневого характеру, оскільки необхідно забезпечити безперервність освітнього й соціального маршруту дитини попри непередбачуваність зовнішніх загроз. Цей компонент поєднує стратегічну координацію, оперативне управління та середовищну підтримку.

Ключовим завданням є швидке перепланування освітнього процесу відповідно до змін ситуації (перехід між офлайн-, онлайн-форматами чи навчанням в укриттях), а також формування мобільних мультидисциплінарних команд для супроводу внутрішньо переміщених дітей з ООП. Важливо забезпечити логістику доступу до фахових послуг у громадах, де бракує спеціалістів, інтегруючи цифрові інструменти управління – електронні ІПР, онлайн-платформи взаємодії, дистанційні консультації. На рівні міжвідомчої взаємодії необхідною є координація роботи закладів освіти, ІРЦ, соціальних служб, медико-реабілітаційних центрів і гуманітарних організацій з метою створення безперешкодного маршруту підтримки.

Невід’ємною складовою цього компоненту є формування безпечного та інклюзивного середовища, яке передбачає забезпечення безбар’єрного доступу до приміщень і укриттів, зниження сенсорних перевантажень, адаптацію простору до роботи в умовах повітряних тривог, організацію зон стабілізації (сенсорні куточки, тихі кімнати). Значну роль відіграє використання візуальної підтримки – соціальних історій, наочних

маршрутів, структурованих розкладів – що допомагає знижувати тривожність і підтримувати передбачуваність для дитини.

Таким чином, організаційно-інклюзивний компонент спрямований на забезпечення доступності послуг, міжвідомчої координації, структурованої підтримки та створення безпечного, стійкого і чутливого до потреб дітей з ООП середовища, що дозволяє зберігати освітню й соціальну стабільність навіть у кризових ситуаціях.

3. *Психолого-педагогічний компонент.* Психолого-педагогічний супровід дітей з ООП у кризових умовах виходить за межі традиційної корекційно-розвивальної роботи, набуваючи завдань кризової підтримки, психоемоційної стабілізації та профілактики травматизації. Основними складовими цього компоненту є діагностика психоемоційного стану, оцінка когнітивних функцій і рівня адаптивної поведінки, виявлення ознак емоційної дезадаптації, регресивної поведінки та сенсорної дезорганізації.

Зміст психолого-педагогічного супроводу передбачає первинну психологічну допомогу для стабілізації емоцій, розвиток соціально-комунікативних навичок, формування стресостійкості та адаптивних стратегій поведінки, кризове консультування батьків, адаптація корекційних програм до онлайн-формату або обмежених умов (укриття, тимчасові центри). При цьому застосовуються методи сенсорної інтеграції, арттерапії та імерсивних технологій (VR/AR) для зниження рівня стресу, створення безпечного середовища для опрацювання травматичних переживань, сенсорної реабілітації та розвитку когнітивних функцій, а також робота над розвитком стійкості (resilience) і саморегуляції.

Головне завдання психолого-педагогічного супроводу полягає у забезпеченні доступності освіти незалежно від умов, у яких перебуває дитина. У кризовому контексті враховується адаптація навчальних програм до змішаних форматів, використання цифрових платформ, візуальних матеріалів та спеціальних застосунків для дітей з ООП, підтримка асистента

дитини в онлайн-режимі (чат, відеозустрічі, спільна робота) та диференціація завдань із урахуванням емоційного стану, втоми, стресу та змін поведінки. Освітні механізми забезпечують гнучку організацію навчального процесу, адаптацію програм під індивідуальні потреби дитини та впровадження технологій дистанційного або змішаного навчання, що сприяє стабілізації психологічного стану і попередженню вторинних порушень.

4. *Освітньо-педагогічний компонент.* Головне завдання цього компонента – забезпечення доступності освіти незалежно від умов, у яких перебуває дитина. У кризовому контексті цей компонент враховує: адаптацію навчальних програм до змішаних форматів; використання цифрових платформ, візуальних матеріалів, спеціальних застосунків для дітей з ООП; підтримку асистента дитини в онлайн-режимі (чат, відеозустрічі, спільна робота); диференціацію завдань, що враховує емоційний стан, втому, стрес і зміни поведінки. Освітні механізми забезпечують гнучку організацію навчального процесу, адаптацію освітніх програм під індивідуальні потреби дитини та впровадження технологій дистанційного або змішаного навчання в умовах криз.

Забезпечення безперервності навчання є важливим елементом стабілізації психологічного стану дитини.

5. *Соціально-комунікаційний компонент.* У кризових умовах саме соціальна взаємодія та мережа підтримувальних зв'язків стають найбільш вразливою сферою розвитку дітей з ООП. Зміна місця проживання, втрата стабільного шкільного середовища, дистанційне навчання чи перебування в екстрених умовах часто призводять до соціальної ізоляції, звуження кола спілкування та обмеження можливостей для участі в культурному й громадському житті. У цьому контексті надзвичайно важливою стає взаємодія трьох ключових сфер – соціально-комунікативної, сімейної та соціокультурної, які в комплексі забезпечують дитині ґрунтовну підтримку

та умови для розвитку.

Центральну роль відіграє сім'я, адже саме вона є головною підтримкою для дитини в умовах нестабільності. Батьки нерідко виконують функції педагогів, тьюторів та реабілітологів, забезпечуючи емоційний захист, стабільність і повсякденний догляд. У межах цього компонента важливими є: психологічна підтримка батьків, профілактика їхнього стресу й вигорання; навчання методам домашньої корекційної роботи; формування ефективного партнерства між сім'єю та фахівцями за допомогою регулярного консультування, у тому числі онлайн; підтримка батьківських спільнот, груп взаємодопомоги; супровід сімей ВПО й біженців щодо доступу до освітніх та соціальних послуг у новій громаді.

Водночас система має забезпечувати стабільні й безпечні для дитини соціальні контакти. Це включає підтримку взаємодії з ровесниками у дистанційних або змішаних форматах, створення онлайн-груп спілкування, інклюзивних клубів, спільних проєктів та творчих майстерень. Використання соціальних історій, сценаріїв взаємодії, вправ на моделювання соціальних ситуацій допомагає відновлювати та розвивати навички комунікації. Особливого значення набуває створення середовища толерантності та прийняття, впровадження програм медіації та ненасильницького спілкування, що знижують конфліктність та сприяють безпечній взаємодії.

Крім того, кризові обставини часто обмежують участь дітей у культурних, спортивних та громадських активностях, що звужує їхній соціальний досвід. Тому необхідно забезпечувати доступ до онлайн-гуртків, творчих студій, інклюзивних культурних ініціатив, а за можливості – до безпечних офлайн-заходів (центри дозвілля, спортивні клуби, артмайстерні). Важливо залучати дітей з ООП у громадські, волонтерські та соціальні активності, а також розвивати життєві навички через побутові та моделювальні ситуації.

У комплексі цей компонент спрямований на те, щоб зберегти та зміцнити соціальні зв'язки дитини з сім'єю, ровесниками, педагогами та спільнотою, забезпечуючи підтримувальне середовище, можливості для розвитку комунікативних навичок і широку соціокультурну участь. Такий підхід формує захисні чинники, що зменшують ризик дезадаптації, сприяють стабільності та позитивній динаміці соціальної інтеграції дітей з ООП в умовах криз.

6. *Медико-реабілітаційний компонент.* У кризових умовах цей компонент набуває особливого значення, оскільки доступ до реабілітаційних і медичних послуг часто ускладнений. Зазначений компонент передбачає: забезпечення роботи мобільних реабілітаційних бригад в громадах; медикаментозне лікування; дистанційні консультації та дистанційні заняття з реабілітологами; контроль стану здоров'я дітей з хронічними чи інтелектуальними порушеннями в умовах обмеженого доступу до медичних закладів охорони здоров'я; забезпечення спеціального обладнання (ортопедичні засоби, комунікатори, сенсорні матеріали) через гуманітарні програми; профілактику регресів розвитку, які можуть виникати через стрес.

7. *Моніторингово-оцінювальний компонент.* У кризових умовах моніторинг має бути гнучким, оперативним та орієнтованим на підтримку, а не контроль і передбачати: спостереження за динамікою адаптації в нестабільних умовах; оцінювання актуальних потреб, що можуть суттєво змінюватися; корекцію ППР у разі зміни середовища, форм навчання, емоційного стану; співставлення освітніх результатів з поведінковими та емоційними показниками; аналіз ефективності кризових заходів підтримки.

Таким чином, ефективна система соціальної адаптації та інтеграції дітей з ООП в умовах криз повинна працювати як єдиний цілісний механізм, у якому: усі компоненти взаємодіють за принципом мультидисциплінарності; підтримка орієнтується на потреби не лише

дитини, але й її сім'ї; адаптаційні стратегії є гнучкими, безперервними і ресурсно насиченими; акцент робиться на формуванні стійкості, автономії та соціальної участі дітей. Її ефективність визначається здатністю забезпечити емоційний, когнітивний і соціальний розвиток дитини, мінімізувати наслідки стресу та травмівного досвіду, підвищити стресостійкість та адаптивність, знизити рівень тривожності, відновити соціальні контакти і навички взаємодії, підвищити рівень самостійності та компетентності у навчанні та гарантувати повноцінну участь у навчальному та соціальному житті. Ефективність системи забезпечується комплексністю підтримки, індивідуалізацією, гнучкістю, інноваційним підходом, включенням сім'ї та інтеграцією дитини в соціальне середовище.

Системний підхід дозволяє не тільки мінімізувати наслідки кризових впливів, а й забезпечити довгострокову соціальну інтеграцію, інклюзію та розвиток дітей з ООП у будь-яких життєвих обставинах.

3.2. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Проблема профілактики психоемоційних розладів у дітей та підлітків з особливими освітніми потребами є надзвичайно актуальною у сучасних умовах, оскільки психоемоційний розвиток дитини є фундаментальною умовою її успішної соціальної адаптації та навчання. У сучасному українському контексті ця проблема загострилася через численні соціальні та кризові чинники, включно з воєнними діями, переселенням сімей, змінами освітнього процесу та обмеженим доступом до психологічної підтримки. Діти з ООП мають підвищену вразливість до стресових чинників через особливості функціонування центральної нервової системи, сенсорні, комунікативні та когнітивні особливості. Тривалий вплив таких чинників може призводити до формування хронічної тривожності,

посттравматичного стресового розладу (ПТСР), регресу поведінки, сенсорного перенавантаження та комплексних емоційно-поведінкових порушень.

Наукові дослідження свідчать, що діти, які пережили травмівні події або перебувають у постійній ситуації стресу, частіше демонструють порушення емоційного контролю, проблеми у взаємодії з однолітками та зниження навчальної мотивації (Верич & Рень, 2023; Прохоренко & Ярмола, 2024 та ін.).

Своєчасна профілактика психоемоційних розладів є не лише засобом підвищення якості життя дитини, а й запобігає формуванню більш складних психічних і поведінкових проблем у майбутньому. Це, у свою чергу, має соціальне та освітнє значення: сприяє адаптації дітей у закладах освіти, підтримує розвиток позитивних взаємин із ровесниками та педагогами, підвищує рівень соціальної включеності.

Проблема профілактики психоемоційних розладів у дітей є досить поширеною з-поміж досліджень українських та зарубіжних науковців (Кісарчук, Омельченко, Лазос, Литвиненко, & Царенко, 2015; Розова, & Шкребтієнко Л., 2025; Waddell, McEwan, Peters, & Hua, 2007 та ін.), що зумовлено зростанням кількості дітей з травмівним досвідом, коморбідними порушеннями розвитку та інтенсифікацією стресових факторів соціального середовища. У найновіших дослідженнях наголошується (К. Бужинецька, О. Вовченко, Н. Компанець, І. Остапів, Л. Прохоренко, R. McGovern, A. Balogun-Katung, B. Artis та ін.), що психоемоційні порушення у дітей з ООП мають мультифакторну детермінацію: біологічні (нейрофункціональні дисфункції), психологічні (дефіцити емоційної регуляції, слабкість виконавчих функцій), соціальні (дефіцит підтримувальних взаємодій, експозиція до стресу) та освітні (неадекватні умови навчання) чинники взаємодіють і підсилюють одне одного.

У науковій психологічній літературі термін «профілактика» визначається як система заходів, спрямованих на попередження виникнення психічних порушень, збереження психічного здоров'я та підвищення стресостійкості. Вона враховує первинну (запобігання виникненню проблем), вторинну (запобігання ускладнень у осіб з уже наявними проблемами) та третинну (запобігання інвалідності при хронічних захворюваннях) профілактику (Singh, Kumar, & Gupta, 2022).

У зарубіжних дослідженнях (А. Beck, М. Rutter, S. Hobfoll) профілактика психоемоційних розладів розглядається через призму когнітивно-поведінкових, травма-орієнтованих та резилієнс-підходів. Доведено, що рання профілактика знижує ризик хроніфікації невротичних станів і значно скорочує подальші витрати на лікування та реабілітацію. У наукових дослідженнях обґрунтовано, що проактивні, а не реактивні інтервенції в рази підвищують ефективність підтримки дітей із груп ризику (McGovern, Balogun-Katung, Artis et al., 2024).

Українські дослідники, зокрема О. Вовченко, С. Верич, Л. Прохоренко, Л. Рень та ін. роблять акцент на системності профілактики у зв'язку з особливостями середовища: профілактичні програми ефективні лише тоді, коли інтегрують педагогічні, сімейні та психологічні впливи, а також працюють не лише з дитиною, а з її найближчим соціальним оточенням. Згідно з сучасними системними моделями (bio-psycho-social), профілактика має бути не епізодичною, а операційно вбудованою в освітній процес і щоденні діяльнісні практики дитини.

Окремий напрям досліджень присвячений використанню VR/AR, імерсивних та ігрових середовищ у профілактиці психоемоційних порушень (Андруник & Кривошия, 2024; Parsons & Cobb, 2011; Maskey et al., 2019). Емпіричні дані свідчать про те, що керовано-дозовані віртуальні експозиції емоціогенних ситуацій у поєднанні з психоедукацією та поведінковим тренуванням істотно підсилюють навички саморегуляції у

дітей з когнітивними та емоційно-вольовими порушеннями.

Підсумовуючи, можна зазначити, що наявний обсяг досліджень демонструє перехід від лінійних і реактивних моделей профілактики до комплексних, контекстно-діяльнісних та досвідозалежних підходів, де ключовою ланкою виступає не окрема техніка, а системно організоване середовище розвитку, яке превентивно модерує емоційні стани та поведінкові реакції дітей з ООП.

Психоемоційні розлади – це група порушень психічного функціонування, що виявляється у стійких та клінічно значущих змінах емоційних станів, зміни настрою, процесів емоційної регуляції та афективних реакцій, які супроводжуються когнітивними, поведінковими та соматичними симптомами і призводять до зниження адаптації, обмеження навчальної, соціальної та особистісної активності. Вони можуть формуватися як результат органічних уражень центральної нервової системи, генетичних та обмінних порушень, нейрофізіологічних дисфункцій, сенсорних порушень (зору, слуху, сенсорна гіпер- або гіпочутливість), впливу психосоціальних стресорів, травмівного досвіду, порушення механізмів емоційної саморегуляції та можуть виявлятися у тривожних, депресивних, стрес-індукованих, соматоформних та адаптаційних розладах (Класифікація психоемоційних розладів на основі МКХ-11 / DSM-5).

У дітей з ООП психоемоційні розлади мають низку специфічних особливостей. Серед ознак психоемоційних розладів можна визначити такі:

- емоційні прояви (підвищена тривожність перед навчальними, соціальними чи сенсорними ситуаціями; часта плаксивість; дратівливість; емоційна нестабільність; страх новизни; емоційне «застигання» або емоційна відстороненість; фобії та ін.);
- поведінкові прояви (уникання контактів, ізоляція, відмова від участі в активностях; агресивні або аутоагресивні реакції на стрес; стереотипні дії

як спосіб зниження напруги; регрес у навичках під час тривалого стресу та ін.);

- когнітивні прояви (зниження концентрації уваги, уповільнення мисленнєвих процесів; труднощі запам'ятовування; труднощі у прийнятті рішень; труднощі в засвоєнні навчального матеріалу та ін.);
- соматичні прояви (головний біль; нудота; біль у животі; тахікардія; порушення сну та апетиту; функціональні розлади без медичного пояснення);
- соціальні прояви (труднощі адаптації у школі, закладі дошкільної освіти; конфлікти з однолітками; зниження залученості в навчальну та ігрову взаємодію та ін.).

Загалом, за даними сучасних психологічних та нейропсихологічних досліджень (Barkley, 2015; Greenspan, Wieder, 2006), від 40 до 70 % дітей з ООП демонструють ті чи інші прояви психоемоційних розладів, що вимагає системної профілактичної роботи.

Згідно вище зазначеного, система профілактики психоемоційних розладів у дітей з ООП має бути багаторівневою, інтегрувати педагогічні, психологічні та соціальні впливи і будуватись на принципах:

- раннього виявлення (систематичне спостереження за станом дитини, регулярний скринінг і фіксація змін у поведінці);
- безперервності і наступності підтримки (планування превентивних заходів не як одноразових, а як інтегрованої, постійно діючої системи в освітньому процесі);
- індивідуалізації та адаптації (добір методів і умов середовища з урахуванням когнітивних, сенсорних і комунікативних можливостей дитини);
- екологічності та безпечності (оптимізація сенсорного, емоційного та соціального середовища (структурованість, передбачуваність, мінімізація тригерів));

- мультидисциплінарності (скоординована участь педагогів, психолога, логопеда, реабілітолога та родини).

Реалізація програми профілактики психоемоційних розладів здійснювалась на основі забезпечення (або дотримання) таких **організаційно-методичних умов:**

1. Створення безпечного та підтримувального освітнього середовища (забезпечення фізичної та емоційної безпеки дітей (сприятливий мікроклімат, попередження булінгу); адаптація простору відповідно до індивідуальних потреб (сенсорні зони, зниження шумового навантаження); регулярний моніторинг психоемоційного стану дитини).

2. Функціонування мультидисциплінарної команди. Участь психолога, дефектолога, логопеда, соціального педагога, вчителів та медичного працівника для проведення спільного планування корекційно-профілактичної роботи.

3. Варіативність форм організації освітнього процесу (індивідуальна програма розвитку, інклюзивні групи та класи з асистентом учителя, гнучке поєднання очних, дистанційних форм роботи)

4. Партнерство з сім'єю. Систематична взаємодія з батьками щодо динаміки психоемоційного розвитку та навчання (майстер-класи, тренінги) батьків навичкам емоційної підтримки дитини, методам зниження стресу.

5. Використання психолого-педагогічних технологій, адаптованих до ООП (емоційно-орієнтовані методики (метод RDI, програми DIR/Floortime), нейропсихологічні підходи (вправи на розвиток саморегуляції, сенсомоторної інтеграції), когнітивно-поведінкові техніки у спрощеному, візуалізованому форматі).

6. Адаптація навчальних матеріалів (застосування простих інструкцій, візуальних схем, піктограм; використання сенсорних матеріалів та мультимедійних підсилювачів; врахування типу порушення (інтелектуальні, аутистичного спектра, емоційно-вольові, мовленнєві)).

7. Регламентация профілактичної роботи (наявність чітких планів профілактичних заходів (квартальних, річних), визначення критеріїв ефективності (емоційна стабільність, розвиток самоконтролю, зменшення поведінкових труднощів), проведення супервізій для педагогів та психологів).

8. Розвиток емоційної компетентності дітей (вправи на розпізнавання емоцій, побудова «емоційного словника», навчання навичкам самозаспокоєння (дихальні техніки, релаксація, сенсорна саморегуляція), використання арттерапії, казкотерапії, музикотерапії).

Отже, комплексна реалізація організаційно-методичних умов профілактики психоемоційних розладів у дітей та підлітків з ООП дозволяє своєчасно реагувати на психоемоційні ризики, підвищувати адаптивність і стійкість дітей у кризових умовах.

Психопрофілактична робота, пов'язана із психоемоційними розладами, передбачає три взаємопов'язані напрями.

1. Психологічна просвіта батьків. Сімейне середовище є первинним простором формування емоційної сфери дитини. Відповідно до концепцій емоційного розвитку (Bowlby, 1988; Siegel, 2020), емоційна стабільність дитини значною мірою залежить від якості прив'язаності, стилю взаємодії батьків із дитиною, рівня емоційної підтримки, можливості вільно виражати почуття та відчувати безпеку. Для дітей з ООП ці аспекти набувають особливої ваги, оскільки сенсорні, когнітивні чи поведінкові труднощі ускладнюють процеси саморегуляції, що підвищує роль батьківського впливу.

Наукові дані свідчать, що сім'ї дітей з ООП частіше переживають хронічний стрес (Хворова, 2019; Baker-Ericzen, Brookman-Frazee, & Stahmer, 2006; Hastings, Daley, Burns, & Beck, 2006). Це зумовлено великим навантаженням на батьків, необхідністю постійного супроводу та кількістю медичних або педагогічних втручань. Негативне емоційне тло в сім'ї

провокує підвищену тривожність у дитини, порушення її емоційної стабільності, небажання виконувати завдання, труднощі у соціальній взаємодії.

Психологічна просвіта сім'ї є визначальним чинником стабілізації психоемоційного стану дітей та підлітків з ООП, оскільки допомагає забезпечити реалістичні очікування, сформувати конструктивні стратегії взаємодії. В умовах війни сім'я не лише забезпечує базову безпеку, а й виступає головним джерелом емоційної підтримки.

Психологічна просвіта у цьому контексті спрямована на формування батьківської компетентності, яка передбачає:

1. Ознайомлення з особливостями емоційного розвитку дітей та підлітків з ООП (за типами порушень та віком),
2. Пояснення особливостей реакцій (пояснення, які емоційні реакції є нормальними, а які можуть свідчити про порушення або стрес) дітей та підлітків з ООП на травмівні події. Батьки мають отримувати інформацію про: типові реакції сенсорної та емоційної дезорганізації (гіперчутливість до сирен, різкі звуки, натовпу); можливий регрес навичок (мовлення, самообслуговування); зміну поведінки: збудливість, імпульсивність, апатію; порушення сну, нічні страхи, страх розлуки; прояви вторинної травми у підлітків (закритість, дратівливість, депресивність); уникання соціальних контактів.

Особливо важливим є розуміння того, що війна (інша кризова ситуація) може посилювати базові особливості розвитку (відповідно до типів порушень розвитку).

3. Формування стабільного домашнього середовища. У екстремальних умовах батьків навчають створювати передбачуваний розпорядок дня навіть під час частих переміщень; запобігати перевантаженню інструкціями, використовувати короткі фрази; використовувати візуальні схеми та календарі для дітей і підлітків з

інтелектуальними порушеннями та РАС, а також підкріплення поведінки; облаштовувати «безпечний куточок» у квартирі, укритті, тимчасовому житлі; мінімізувати надмірне сенсорне навантаження; вводити ритуали емоційної стабілізації (ранкові та вечірні практики). Важливим у роботі з батьками є їх інформування щодо впливу батьківського стилю виховання дитини – авторитарний стиль підвищує ризик тривожності, хаотичний – формує нестійкість поведінки. Оптимальним вважається емоційно-підтримувальний стиль.

4. Психологічна грамотність щодо пояснення подій війни. Батьків навчають як розмовляти з дітьми та підлітками з ООП про війну з урахуванням їхнього рівня розуміння; як адаптувати інформацію за допомогою соціальних історій, піктограм та книжок-картинок; як запобігати вторинній травматизації через інформаційне перевантаження.

5. Навчання батьків конкретним способам подолання психоемоційних розладів у дітей та підлітків. Дослідження показують, що навчання батьків ефективним стратегіям емоційної підтримки, поведінкового менеджменту й сенсорної регуляції суттєво знижує частоту афективних вибухів, тривожних проявів та дисрегуляції у дітей та підлітків з ООП (Pickles et al., 2016; Tellegen & Sanders, 2013; Maskey et al., 2019). Програми батьківських інтервенцій, зокрема позитивного батьківства, сенсорної інтеграції, поведінкової терапії та тренінгів емоційної компетентності, демонструють високу ефективність у формуванні стабільнішої емоційної поведінки дитини та підвищенні адаптивних навичок. Зокрема батьків навчають технікам емоційної стабілізації (дихальні техніки («квадрат», «дмухаємо на свічку»); вправи на заземлення (5–4–3–2–1); релаксаційні рухові практики; методи глибокого тиску (корисні для дітей з РАС та порушеннями сенсорної інтеграції)), алгоритмам реагування у кризових ситуаціях (дій під час панічного нападу; поведінки під час афективного вибуху підлітка; підтримки дитини при

флешбеках чи сильному страху; стабілізації емоційного стану після сирени або вибуху); використання візуальних інструментів (соціальні історії про небезпеку, укриття, сирени; піктограми емоцій; короткі візуальні інструкції «Що робити під час тривоги»; індивідуальні сенсорні набори); розвиток стратегії саморегуляції (вміння просити про допомогу; користування сенсорними предметами; дотримання індивідуального плану дій під час тривоги; формування особистих ритуалів заспокоєння).

4. Підтримка психоемоційного стану дорослого. Стан батьків критично впливає на стан дитини. Тому просвіта враховує методи самодопомоги; техніки короткого відновлення під час евакуації або укриття; принципи ненасильницької комунікації у стресових ситуаціях; підтримку батьківських ресурсів.

Просвітницькі програми можуть проводитися у форматі батьківських зустрічей, тренінгів, лекційних модулів, відеоматеріалів, консультацій та індивідуальної психоосвіти.

2. Психологічна просвіта педагогів. Освітнє середовище є другим після сім'ї важливим простором соціалізації. Для дітей з ООП саме школа або дитячий садок нерідко стає джерелом сенсорного перевантаження, соціальних труднощів, невдач у навчанні, що провокує тривожність, емоційні зриви або агресивні реакції. Дослідження показують, що рівень емоційного клімату в класі, стиль поведінки педагога та його ставлення до інклюзії мають прямий вплив на психічне здоров'я дитини (Прохоренко, 2024; Ainscow & Messiou, 2025; Florian, 2019).

Педагогічні працівники – одна з ключових ланок підтримки дітей і підлітків з ООП. Вони мають забезпечувати не лише академічне навчання, а й емоційну стабільність. Відповідно основними напрямками просвіти педагогів є наступні:

1. Ознайомлення з особливостями інтелектуального та особистісного розвитку дітей та підлітків з ООП.

2. Ознайомлення з алгоритмами реагування на кризові або афективні стани. Педагогів навчають: розпізнавати прояви гострої та хронічної психотравми; враховувати вплив стресу на пам'ять, увагу, когнітивні функції; адаптувати навчальний процес відповідно до випадків зниженої працездатності та тривожності. Корисним є проведення тренінгів для педагогів з регуляції емоцій та поведінки – методи деескалації, техніки «спокійного реагування», структурована комунікація.

3. Організація безпечного освітнього середовища. Навчання педагогів створенню безпечного середовища, включно з сенсорними зонами, візуальною підтримкою, розкладом, таймерами, створення в класі атмосфери прийняття та взаємоповаги. Перш за все, значна увага приділяється поясненню того, як розробити зрозумілі правила поведінки під час повітряної тривоги; забезпечити сенсорну підтримку (беруші, тактильні матеріали); створити візуальні плани евакуації; забезпечити «тихі зони» у закладі освіти.

4. Опанування педагогами техніками першої психологічної допомоги. Педагоги мають знати: способи зниження паніки у дітей та підлітків; алгоритми стабілізації стану після стресового епізоду; правила комунікації з дітьми та підлітками з ООП під час кризових ситуацій; деескалаційні методи поведінкової підтримки.

Отже, підготовлений педагог здатний не лише помічати ранні ознаки емоційних порушень, а й запобігати їх загостренню завдяки правильній організації навчального процесу.

5. Профілактика професійного вигорання педагогів. Професійне вигорання педагогів особливо загострюється в умовах кризових ситуацій – війни, пандемії, соціальної нестабільності, перевантаження дистанційною роботою. За даними сучасних досліджень (Maslach, Leiter, 2017; Белікова, 2024), понад 60 % педагогів в Україні демонструють середній або високий рівень емоційного виснаження в періоди кризи. Саме тому системна

профілактика вигорання є ключовою умовою збереження психічного здоров'я педагогічних працівників. Важливо навчати педагогів технікам психогігієни, навичкам емоційної саморегуляції, шляхам командної взаємопідтримки, використанню ресурсних пауз протягом дня та ін.

Таким чином, психологічна просвіта забезпечує підвищення професійної компетентності педагогів, зменшення рівня тривоги перед роботою з дітьми та підлітками з ООП та сприяє створенню комфортного освітнього процесу.

3. Безпосередня робота з дітьми та підлітками з ООП. Ефективна профілактика психоемоційних розладів у дітей та підлітків з ООП у кризових умовах передбачає створення безпечного та передбачуваного середовища, розвиток навичок самоконтролю та адаптивної поведінки, а також інтеграцію інноваційних технологій для безпечного опанування емоційно складних ситуацій (Баташева, 2025; Бужинецька, 2024; Parsons & Cobb, 2011;). Своєчасні та системні втручання сприяють зниженню ризику дезадаптації, підтримці психічного здоров'я та підвищенню соціальної інтеграції дітей і підлітків з ООП у кризових умовах.

Метою програми профілактики психоемоційних розладів дітей з ООП є зниження ризику розвитку психоемоційних розладів та підвищення соціальної адаптації дітей та підлітків з ООП у освітньому середовищі.

Відповідно до мети було окреслено завдання програми:

- зменшення рівня тривоги;
- стабілізація емоційного стану;
- нормалізація поведінкових реакцій;
- профілактика розвитку ПТСР;
- формування базових навичок емоційної регуляції;
- попередження сенсорного та соціального перевантаження;
- формування стійких моделей безпечної поведінки під час стресу;
- підвищення залученості батьків і педагогів до підтримки.

Програма профілактики психоемоційних розладів у дітей з ООП складається з таких етапів:

Етап I. Діагностико-аналітичний, що спрямований на скринінг емоційного стану (чек-листи, спостереження); визначення тригерів і вразливих зон; формування індивідуальних профілів ризику.

Етап II. Превентивно-розвивальний (розиток емоційної грамотності: називання, розпізнавання, вербалізація емоцій; навчання навичкам регуляції (дихання, заземлення, тайм-аут, сенсорні паузи, місця саморегуляції); соціальні історії та рольові ігри для соціальної адаптації).

Етап III. Підтримувально-педагогічний (адаптація розкладу, навантаження та комунікації; впровадження «передбачуваних сценаріїв» (візуальні розклади, правила безпеки); робота з батьками (психоедукація, навчання домашнім технікам підтримки); супровід педагогів (консультації, алгоритми реагування на стресові прояви).

У дітей і підлітків з ООП сенсорне перенавантаження під час сирен або вибухів може спричиняти стани розгубленості. При цьому рекомендовано застосовувати навушники, проводити сенсорну дієту (індивідуально підібраний комплекс щоденних вправ та активностей, розроблений фахівцем (єрготерапевтом), який допомагає дитині отримувати потрібний рівень сенсорної стимуляції для гармонійного розвитку та саморегуляції), навчати дитину розпізнавати сенсорні тригери, використовувати тактильні, пропріоцептивні вправи.

Для профілактики розладів соціальної взаємодії варто проводити тренінги комунікації, ігри на співпрацю; вправи для формування навичок прохання про допомогу, ігри та вправи, що моделюють поведінку в ситуації небезпеки.

Ефективними у профілактиці психоемоційних розладів є імерсивні та цифрові технології (VR/AR), що дозволяють моделювати безпечні сценарії стресогенних ситуацій, працювати з тривогою через експозиційні VR-

протоколи, проводити сеанси релаксації у VR-просторі, розвивати соціальні навички шляхом інтерактивних сюжетів. Імерсивне середовище дозволяє знижувати сенсорне перенавантаження та поступово вводити дітей та підлітків з ООП в складні ситуації, контролюючи рівень інтенсивності стимулів.

Етап IV. Моніторингово-корекційний (повторна оцінка психоемоційних проявів, аналіз ефективності заходів, корекція плану заходів).

Очікувані результати профілактики психоемоційних розладів у дітей з ООП полягають у: знятті психоемоційної напруги; поліпшенні емоційного самопочуття; подоланні негативних емоційних станів (страхів, тривожності, агресивності); розвитку довільної саморегуляції емоційних станів; оволодінні засобами і прийомами вираження емоцій, почуттів у формах прийнятих в суспільстві.

Робота з профілактики психоемоційних розладів у дітей та підлітків з ООП має мати не вузько функціональний, а загальний, особистісно орієнтований характер, зосереджений на тих чинниках середовища та характеристиках розвитку, які у кожному віці можуть бути причинами таких розладів. Робота має здійснюватися на рівні всіх показників психоемоційних розладів, з орієнтацією на вікові та індивідуальні «зони вразливості» для кожної дитини. У дошкільному, молодшому шкільному та підлітковому віці центральне місце має займати робота з дорослими, які оточують дитину. У профілактиці психоемоційних розладів у дітей та підлітків з ООП важливу роль відіграє забезпечення підлітка широким спектром засобів та способів дій у значимих для нього ситуаціях, вироблення індивідуально ефективної моделі поведінки, оскільки підлітковий вік ускладнюється прагненням до автономії, схильністю до ризикової поведінки, підвищеною чутливістю до фрустрації.

Отже, запропонована програма психоемоційних розладів у дітей з

ООП спрямована на комплексне зниження ризику виникнення емоційних порушень та формування навичок ефективної емоційної саморегуляції. Вона поєднує діагностико-скринінгові заходи, превентивно-розвивальні тренінги, підтримку педагогічного середовища та активне залучення родини, що забезпечує цілісну систему підтримки дитини.

Реалізація програми дозволяє: своєчасно виявляти ознаки психоемоційного дистресу; навчити дітей стратегіям регуляції емоцій та поведінки; мінімізувати вплив сенсорних і соціальних стресорів; підвищити рівень адаптації до навчального середовища та соціальних взаємодій.

Програма є ефективним інструментом комплексної профілактики, що сприяє покращенню психологічного та соціального благополуччя дітей з ООП, підвищує їхню участь у навчальній діяльності та створює передумови для подальшого гармонійного розвитку.

Список використаних джерел:

1. Баташева, Н. (2025). Профілактика психоемоційних розладів у дітей з особливими освітніми потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 119(3), 207-218. <https://doi.org/10.33189/ectu.v119i3.275>
2. Белікова, О. А. (2024). Чинники професійного вигорання фахівців корекційних закладів освіти. *Імідж сучасного педагога*, (1(214), 74–80. [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2024-1\(214\)-74-80](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2024-1(214)-74-80)
3. Бондар, В. (2011). Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен. *Рідна школа*. 3. 10-14.
4. Бужинецька К.Б. (2024). *Важливі кроки: сучасні практики підтримки родин дітей з ООП в умовах криз*. <https://surl.li/vmtzv>
5. Гордієнко Н. М. (2014). Дослідження соціалізації осіб з особливими потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 19. 25.

6. Клопота Є.А. Особливості процесу інтеграції в суспільство осіб з глибокими порушеннями зору. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: збірник наукових праць*. 2015. № 12 (14). Київ: Університет Україна. URL: <http://ap.uu.edu.ua/author/16>
7. Колупаєва А.А. (2014). Спеціальна освіта в Україні та модернізація освітньої галузі. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 3(71).
8. Колупаєва А.А., Данілавичюте Е.А., Литовченко С.В. (2012). *Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник*. Київ: Видавнича група «А.С.К.».
9. Компанець, Н.М. (2023). *Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери: науково-методичний посібник*. Київ: Актуальна освіта.
10. Коробка, Л.М. (2019). Психологічні засоби підвищення адаптивності спільноти до наслідків воєнного конфлікту. *Наукові студії з соціальної та політичної психології*. 10.33120/ssj.vi43(46).25.
11. Кремень, В. Г. (ред.). (2024). *Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді*. (Електронне вид.). НАПН України.
12. Кривоконь, Н.І. (2015): Соціально-психологічна підтримка як чинник подолання скрутних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. (29), 319-328.
13. Найдьонова, Л.А. (2015). Інтеграція вітчизняної психологічної науки і практики психологічної реабілітації військових: про розвиток рефлексивних властивостей психологічної спільноти. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: зб. наук. праць*. 4 (29), 106-111.
14. Обухівська, А. Г. (2017). *Психологічний супровід інклюзивної освіти: методичні рекомендації*. Київ: УНМЦ практичної психології і

соціальної роботи,. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/709275/>

15. Прохоренко, Л. (2024). Психологія інклюзії: освіта та соціалізація дітей з особливими потребами. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 115(3), 7-20. <https://doi.org/10.33189/ectu.v115i3.181>

16. Сак, Т.В. (2017). Як організувати навчання школярів із затримкою психічного розвитку в інклюзивному класі. *Початкова школа*. 7, 47-50.

17. Хворова Г. М. (2019). Соціально-психологічні засади дослідження батьківської компетентності у вихованні дітей з аутизмом. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 43. 132-140.

18. Шевченко В. М., Синьов В.М. (2024). Інтеграція дітей з особливими освітніми потребами в соціальне середовище в сучасних умовах. *Inclusion and Diversity*. 3. DOI: <https://doi.org/10.32782/inclusion/2024.3.17>

19. Ярмола, Н. (2021). Формування соціальної компетентності дітей з інтелектуальними порушеннями. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 1. 393-409. DOI: 10.33189/epsn.v1i16.162.

20. Ainscow, Mel & Messiou, Kyriaki. (2025). Developing inclusive education systems: pathways and barriers. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt. 21-31. DOI: 10.35468/6149-01.

21. Baker-Ericzen, M., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2006). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30 (4),

22. Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.

23. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Aversive Events?

American Psychologist. 59 (1), 20–28.

24. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

25. Florian, L. (2019). On the necessary co-existence of special and inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*. 23(7–8), 691–704. <https://doi.org/10.1080/13603116.2019.16228>

26. Grant, A. M. (2001) Rethinking psychological mindedness: metacognition, self-reflection, and insight. *Behaviour Change*. 18, 8–17.

27. Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Da Capo Press.

28. Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard*. 111 (1), 48–61.

29. Joseph, S., & Linley, P.A. (2006). Positive psychology versus the medical model? *American Psychologist*. 61 (4), 332–333.

30. Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Millikan, E. (2000). Understanding Social Adaptation in Children with Mental Retardation: A Social-Cognitive Perspective. *Exceptional Children*, 66(4), 530–545. <https://doi.org/10.1177/001440290006600406>

31. Maskey, Morag & Rodgers, Jacqui & Ingham, Barry & Freeston, Mark & Evans, Gemma & Labus, Marie & Parr, Jeremy. (2019). Using Virtual Reality Environments to Augment Cognitive Behavioral Therapy for Fears and Phobias in Autistic Adults. *Autism in Adulthood*. 1. 10.1089/aut.2018.0019.

32. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>.

33. Nabochenko OO, Dovhopola KS, Kostenko TM, Stakhova LL,

Rudenko LM, Omelchenko IM, Liakhova N. (2024). Mental health of children with special educational needs in the context of long-term crisis challenges: as seen by parents. *Wiad Lek.* 77(2). 280-286. Doi: 10.36740/WLek202402114.

34. Norris, F. H., Stevens, S. P., & Pfefferbaum, B. (2008). Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology.* 41 (1-2), 131–134.

35. Parsons, Sarah & Cobb, Sue. (2011). State-of-the-art of virtual reality technologies for children on the autism spectrum. *European Journal of Special Needs Education.* 26. 355-366. 10.1080/08856257.2011.593831.

36. Pickles, A. et al. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet.* 388 (10059). 2501–2509.

37. Santich, M., & Kavanagh, D. J. (1997). Social adaptation of children with mild intellectual disability: Effects of partial integration within primary school classes. *Australian Psychologist*, 32(2), 126–130. <https://doi.org/10.1080/00050069708257365>

38. Siegel D.J. (2020). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. The Guilford Press.

39. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.

40. Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1556–1571. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.022>

РОЗДІЛ 4. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ КРИЗ

Цей підрозділ присвячено системному аналізу сучасних теоретичних напрацювань, емпіричних досліджень і практичних підходів, спрямованих на забезпечення психологічної підтримки в умовах кризових впливів. Особливу увагу зосереджено на вивченні специфіки реагування та потреб осіб з особливими освітніми потребами, для яких дестабілізаційні чинники середовища можуть мати більш виражені та тривалі наслідки. Розгляд наукових джерел у цьому контексті дає змогу окреслити ключові механізми адаптації, визначити ефективні моделі інтервенцій і сформулювати цілісне уявлення про підходи, що забезпечують стійкість та емоційне благополуччя вразливих груп у ситуаціях кризи.

4.1. ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ У ЧАСИ СОЦІАЛЬНОЇ НАПРУГИ

Психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах криз є однією з найбільш актуальних та складних проблем сучасної психології та соціальної роботи. Повномасштабна війна в Україні, глобальні пандемії, природні катаклізми та інші соціальні потрясіння висвітлили критичну потребу у розробці та впровадженні адаптованих стратегій підтримки для найбільш вразливих груп населення.

Психологічний супровід осіб, які переживають вплив екстремальних чи травматичних подій, є відносно молодого, але інтенсивно розвиненою сферою наукових досліджень. Його предметом виступають механізми реагування людини на стресові ситуації, процеси адаптації, потенційні дезадаптивні наслідки травматичного досвіду та підходи до відновлення психологічного функціонування. Засадничі наукові положення галузі сформовано завдяки класичним роботам Е. Ліндемманна (Lindemann, 1944),

який детально описав стадії горювання та довів важливість своєчасного психологічного втручання, і Дж. Каплана (Caplan, 1964), який підкреслив значення підтримки у кризових ситуаціях та розглядав їх як можливість для особистісного зростання за умови належного супроводу.

Сучасні праці поглибили уявлення про те, як тривалий або повторний травматичний вплив порушує психоемоційну стабільність і вимагає цілісних моделей супроводу. Значну роль відіграють дослідження Дж. Герман (Herman, 1992) та Бессела ван дер Колка (Van der Kolk, 2014), які обґрунтовують необхідність багатовимірної підтримки осіб з посттравматичними реакціями. Окрім ПТСР, у межах психологічного супроводу розглядають гострий стресовий розлад, дисоціативні стани, тривожні й депресивні розлади, що часто супроводжують переживання кризових подій.

Окрему увагу приділено розвитку резилієнтності – здатності індивіда відновлюватися після стресу. Роботи М. Раттера (Rutter, 2012) та Д. Саусвіка з колегами (Southwick et al., 2014) доводять, що психологічний супровід має включати підсилення внутрішніх ресурсів особи та залучення зовнішньої підтримки, що формує стійкість у довгостроковій перспективі.

Важливою сферою наукового інтересу є супровід осіб, що зазнали впливу війни та збройних конфліктів. Українські дослідження Тетяни Царенко (Царенко, 2018), Володимира Панка (Панок, 2017) та міжнародні роботи Меттью Фрідмана (Friedman, 2013) демонструють, що травматичний вплив війни виходить далеко за межі бойових дій і формує масштабні психологічні наслідки, які потребують системної підтримки різних вікових та соціальних груп.

Пандемія COVID-19 також актуалізувала необхідність психологічного супроводу широких верств населення. Дослідження (Wang et al., 2020; Brooks et al., 2020) підтверджують суттєве зростання тривоги,

депресивності та соціальної ізоляції, що підкреслює важливість розгортання доступних, у тому числі дистанційних, форм підтримки.

Загалом, аналіз наукових праць з психологічного супроводу осіб, які знаходяться в кризових станах свідчить про перехід від суто «медичної» моделі (фокус на симптомах і розладах) до більш комплексної, біопсихосоціальної моделі, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів у формуванні реакції на травму та процесі відновлення. Сучасний підхід наголошує на важливості раннього втручання, розвитку резильєнтності, соціальної підтримки та індивідуалізації допомоги.

Психологічний супровід осіб з різними видами особливих потреб у мирний час.

Перед тим, як розглядати психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах кризи, необхідно зрозуміти базові принципи та методи їхньої підтримки у стабільний період. Ці засади формують фундамент, на який спираються адаптовані кризові втручання.

Психологічний супровід осіб з фізичними порушеннями (наприклад, порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними порушеннями – слуху та зору) у мирний час зосереджується на адаптації до фізичних обмежень, формуванні позитивного самосприйняття, розвитку навичок самообслуговування та соціальної інтеграції.

Дослідження (пр., Hutzler et al., 2015; WHO, 2011) показують, що такі особи часто стикаються з проблемами доступності, дискримінації та соціальної ізоляції, що може призводити до депресії, тривоги та низької самооцінки. Психологи працюють над прийняттям свого стану, розвитком компенсаторних механізмів, підтримкою соціальних зв'язків та сприянням участі у житті громади. Для осіб з порушеннями слуху важливою є робота з комунікацією (використання жестової мови, інших засобів). Для осіб з

порушеннями зору – розвиток орієнтування у просторі та сенсорної чутливості.

Психологічний супровід осіб з інтелектуальними порушеннями (ІП) у мирний час акцентує увагу на розвитку базових когнітивних та соціальних навичок, адаптації до повсякденного життя та підтримці незалежності настільки, наскільки це можливо (Schalock & Luckasson, 2007). Дослідження вказують на те, що особи з ІП можуть мати труднощі з абстрактним мисленням, узагальненням, плануванням та соціальним судженням. Психологи використовують спрощені інструкції, візуальні опори, конкретні приклади та багатократні повторення. Велике значення має робота з родичами та опікунами, навчання їх ефективним стратегіям взаємодії та підтримки. Формування життєвих навичок, таких як догляд за собою, ведення домашнього господарства, безпечна поведінка, є ключовим для їхньої інтеграції.

Психологічний супровід осіб з розладами спектру аутизму (РАС) у мирний час зосереджений на розвитку комунікативних навичок (вербальних та невербальних), соціальної взаємодії, зменшенні стереотипної поведінки та адаптації до сенсорних особливостей (Wing, 1996; Baron-Cohen, 2008). Дослідження підкреслюють, що особи з РАС часто мають труднощі з розумінням соціальних сигналів, емпатією та адаптацією до змін. Психологи використовують структуровані підходи (наприклад, АВА-терапія, ТЕАССН), соціальні історії, візуальні розклади, а також працюють над зниженням сенсорного перевантаження. Важливою є робота з розвитком функціональної комунікації та навичок саморегуляції.

Психологічний супровід осіб з психічними розладами (шизофренія, біполярний розлад, депресія, тривожні розлади) у мирний час включає психофармакологічне лікування, психотерапію (когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія), розвиток соціальних навичок, підтримку працевлаштування та реінтеграцію в суспільство (Lieberman et al., 2002;

WHO, 2008). Дослідження показують, що ці особи часто стикаються зі стигматизацією, дискримінацією та труднощами у підтримці соціальних зв'язків. Психологи допомагають справлятися із симптомами, розвивати стратегії подолання стресу, формувати позитивне самосприйняття та підтримувати функціональність у повсякденному житті.

Загальним для всіх цих груп є принцип *індивідуалізації підходу*, який враховує унікальні потреби, можливості та життєвий досвід кожної людини. Крім того, акцент робиться на *системному підході*, що включає роботу не лише з самою особою, а й з її родиною, опікунами, педагогами, медичними працівниками та іншими фахівцями, які формують систему підтримки. Важливим є також розвиток резилієнтності та посилення ресурсів особистості та її оточення, що дозволяє їм ефективніше справлятися з викликами повсякденного життя. Знання цих базових принципів є критично важливим для розуміння того, як ці підходи можуть бути адаптовані та застосовані в екстремальних кризових умовах, де існуючі проблеми багаторазово посилюються.

Міжнародний досвід надання психологічної допомоги в умовах криз, особливо для вразливих груп населення, є безцінним джерелом знань та практичних рішень. Збройні конфлікти, стихійні лиха та пандемії останніх десятиліть змусили міжнародну спільноту розробити та впровадити універсальні підходи, адаптовані до специфічних потреб.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ) відіграють провідну роль у розробці Психологічної першої допомоги (ППД) (Psychological First Aid - PFA) (WHO, War Trauma Foundation, World Vision International, 2011). ППД – це гуманна, підтримуюча та практична допомога людям, які нещодавно пережили серйозну стресову подію. Вона не є професійною психологічною консультацією, а швидше передбачає надання безпечного простору, емоційної підтримки, допомоги у задоволенні базових потреб та зв'язку з

джерелами допомоги. Ключові принципи ППД: бути обізнаним (про події), бути поінформованим (про те, що робити), бути спокійним (самому), бути захищеним (безпека), бути поруч (без фізичного контакту, якщо не запрошено), бути уважним (до реакцій), бути терплячим (до темпу людини), бути практичним (допомагати з базовими потребами), бути пов'язаним (з іншими ресурсами). Хоча ППД є універсальною, міжнародні рекомендації наголошують на необхідності її адаптації для осіб з особливими потребами, враховуючи їхні комунікаційні особливості та потребу в додатковій підтримці. Наприклад, для осіб з порушеннями слуху можуть бути потрібні сурдоперекладачі, а для осіб з інтелектуальними порушеннями – візуальні інструкції та спрощена мова.

Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) також має значний досвід у наданні психосоціальної підтримки переміщеним особам, включаючи людей з інвалідністю. Їхні програми часто включають створення дружніх просторів для дітей, де діти з особливими освітніми потребами можуть отримати ігрову терапію та спеціалізовану підтримку. Досвід УВКБ ООН підкреслює важливість інклюзивного підходу до гуманітарної допомоги, що передбачає інтеграцію потреб людей з інвалідністю на всіх етапах реагування на кризу (UNHCR, 2018).

Досвід окремих країн:

Ізраїль: Маючи багаторічний досвід життя в умовах постійних загроз, Ізраїль розробив розвинену систему психологічної підтримки населення в кризових ситуаціях. Особлива увага приділяється дітям, а також вразливим групам. Програми включають короткострокові інтервенції, групову підтримку та психоедукацію. Важливим є залучення громадських організацій та волонтерів. Дослідження показують ефективність застосування когнітивно-поведінкових стратегій та технік резильєнтності для подолання наслідків травми (Lahad, 2005).

США: Після терактів 11 вересня 2001 року та урагану Катріна, США значно розширили свої програми психологічної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій. Федеральне агентство з надзвичайних ситуацій (FEMA) та Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб розробили детальні протоколи для реагування на психологічні потреби населення, включаючи осіб з інвалідністю та психічними розладами. Акцент робиться на тренінгах для перших реагуючих осіб (поліція, пожежники, медики) щодо надання психологічної першої допомоги та розпізнавання ознак дистресу. Також розвинені програми віддаленої психологічної допомоги та використання телемедицини.

Велика Британія: Національна служба охорони здоров'я (NHS) має програми підтримки психічного здоров'я під час криз, включаючи спеціалізовані послуги для дітей та дорослих з особливими потребами. Після терористичних актів та пандемії COVID-19, особлива увага приділялася наданню доступної інформації та психологічної підтримки людям з порушеннями інтелектуального розвитку та аутизмом, використовуючи візуальні матеріали та соціальні історії (NHS, 2020).

Україна: З 2014 року і особливо після повномасштабного вторгнення Росії, Україна набула значного досвіду в наданні психологічної допомоги в умовах війни. Це включає розробку програм психологічної реабілітації ветеранів, психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб (ВПО), а також допомоги дітям та дорослим, що постраждали від бойових дій. Українські фахівці (Володимир Панок, Тетяна Царенко, Олена Лаврентьєва та інші) активно розробляють та адаптують міжнародні практики, враховуючи специфіку українського контексту. Зростає усвідомлення потреби у спеціалізованій підтримці для осіб з інвалідністю, що постраждали від війни, що вимагає створення інклюзивних шелтерів, адаптованих комунікаційних стратегій та психологічного супроводу з урахуванням індивідуальних потреб.

Загалом, міжнародний досвід свідчить про необхідність системного, інклюзивного та адаптованого підходу до психологічної допомоги в умовах криз. Він підкреслює важливість раннього втручання, навчання широкого кола фахівців та волонтерів основам психологічної першої допомоги, використання доступних комунікаційних стратегій, а також довгострокової підтримки та реабілітації.

Ефективний психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах криз неможливий без врахування відповідної нормативно-правової бази та суворого дотримання етичних принципів. Ці два аспекти формують рамки для безпечної, відповідальної та дієвої допомоги.

На міжнародному рівні права осіб з особливими потребами закріплені в низці документів, які слугують орієнтиром для національних законодавств та гуманітарних організацій:

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ) (2006): Цей ключовий документ закріплює повний спектр прав людей з інвалідністю, включаючи право на здоров'я, освіту, доступність, а також на захист у ситуаціях ризику та надзвичайних гуманітарних ситуаціях (Стаття 11). Конвенція прямо вказує на те, що держави-учасниці повинні вживати всіх необхідних заходів для забезпечення захисту та безпеки осіб з інвалідністю в умовах збройних конфліктів, надзвичайних гуманітарних ситуацій та стихійних лих. Це означає, що гуманітарна допомога та психологічний супровід мають бути інклюзивними та враховувати специфічні потреби цих осіб.

Керівні принципи ООН з питань інвалідності та надзвичайних ситуацій (UNISDR, 2019): Ці принципи надають практичні рекомендації щодо забезпечення інклюзивного реагування на надзвичайні ситуації, включаючи етап підготовки, реагування та відновлення. Вони наголошують на необхідності залучення самих людей з інвалідністю та їхніх організацій до процесу планування та надання допомоги.

Сфера захисту психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях (МНПСС): Міжнародний комітет (IASC, 2007) розробив керівні принципи та практичні рекомендації щодо координації та інтеграції МНПСС у гуманітарну діяльність. Ці рекомендації підкреслюють багатоступеневий підхід до підтримки психічного здоров'я, починаючи від базових потреб та безпеки, закінчуючи спеціалізованою психотерапевтичною допомогою. Вони також закликають до забезпечення доступності цих послуг для всіх груп населення, включаючи осіб з особливими потребами.

Україна, ратифікувавши Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю, взяла на себе зобов'язання щодо забезпечення прав цієї категорії населення.

Закон України «Про основи соціального захисту ветеранів війни та членів їх сімей»: Хоча він стосується ветеранів, багато його положень щодо реабілітації та психологічної підтримки можуть бути адаптовані до цивільних осіб з інвалідністю, що постраждали від конфлікту.

Закон України «Про соціальні послуги»: Визначає види соціальних послуг, які можуть надаватися, включаючи психологічні послуги. В умовах кризи механізми надання цих послуг потребують адаптації.

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»: Регулює питання медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації. У кризових умовах важливо забезпечити безперервність реабілітаційних заходів або їхнє швидке відновлення.

Накази та рекомендації Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України: Ці відомства розробляють відомчі акти, що регламентують надання психологічної та соціальної допомоги. В умовах повномасштабної війни, було розроблено низку нових протоколів та рекомендацій щодо надання психологічної допомоги населенню, включаючи вразливі групи,

але їхнє впровадження та адаптація до специфічних потреб осіб з інвалідністю все ще потребують значних зусиль.

Виклики нормативно-правового поля в умовах криз:

Відсутність чітких протоколів: Часто національні законодавства не містять достатньо детальних протоколів щодо реагування на психологічні потреби осіб з особливими потребами саме в умовах надзвичайних ситуацій (евакуація, розміщення, доступ до медичної та психологічної допомоги).

Недостатня координація: Відсутність єдиної, скоординованої системи взаємодії між різними відомствами та громадськими організаціями у наданні допомоги.

Доступність послуг: Навіть за наявності нормативної бази, фізична та інформаційна доступність послуг для людей з різними видами інвалідності може бути обмеженою через руйнування інфраструктури, відсутність транспорту чи адаптованих приміщень.

Дотримання етичних принципів є наріжним каменем будь-якої психологічної допомоги, особливо в умовах кризи, де клієнти є надзвичайно вразливими. Для роботи з особами з особливими потребами в кризових умовах етичні дилеми можуть бути ще гострішими.

Принцип «Не нашкодь» (Non-maleficence): Це фундаментальний принцип, що вимагає від психолога утримуватися від будь-яких дій, що можуть завдати шкоди клієнту. В умовах кризи це означає обережність у виборі інтервенцій, врахування індивідуальних особливостей сприйняття травми, уникнення ретравматизації та надання допомоги лише в межах своєї компетенції. Для осіб з особливими потребами це означає, наприклад, уникати перевантаження сенсорною інформацією для осіб з РАС або не надавати неперевірену інформацію особам з інтелектуальними порушеннями.

Принцип благополуччя (Beneficence): Психолог має діяти в найкращих інтересах клієнта. В кризових умовах це може включати

пріоритизацію базових потреб (безпека, їжа, вода) над психологічними інтервенціями, якщо ці базові потреби не задоволені. Для осіб з обмеженими комунікативними можливостями це означає докладання максимальних зусиль для розуміння їхніх потреб та бажань.

Конфіденційність: Збереження конфіденційності інформації, отриманої від клієнта, є критично важливим. У кризових умовах це може бути ускладнено через колективне проживання, обмеженість приватного простору та необхідність обміну інформацією з іншими службами для забезпечення безпеки. Психолог повинен чітко пояснити межі конфіденційності, особливо коли йдеться про загрозу життю чи здоров'ю.

Інформована згода: Отримання інформованої згоди на психологічне втручання є обов'язковим. Однак для осіб з інтелектуальними порушеннями або певними психічними розладами це може бути складно. У таких випадках важливо залучати опікунів або законних представників, але при цьому максимально враховувати думку самої особи, використовуючи доступні форми комунікації.

Компетентність: Психолог повинен працювати лише в межах своєї професійної компетентності. Робота з особами з особливими потребами в умовах кризи вимагає специфічних знань та навичок. Це означає необхідність постійного навчання, супервізії та, за необхідності, направлення до більш кваліфікованих спеціалістів.

Культурна чутливість: Врахування культурних, релігійних та соціальних особливостей клієнта є надзвичайно важливим. У кризових умовах, коли люди вимушені залишати звичне середовище, культурні традиції можуть бути джерелом підтримки або, навпаки, додаткового стресу.

Самозахист психолога (Self-care): Етичні кодекси також наголошують на важливості турботи про власне психічне здоров'я психолога. Робота в кризових умовах з вразливими групами є емоційно виснажливою і може

призвести до професійного вигорання або вторинної травматизації. Регулярна супервізія, особиста терапія та відпочинок є етичною вимогою для забезпечення якісної та безпечної допомоги.

Аналіз нормативно-правової бази та етичних аспектів є фундаментом для формування ефективної та гуманної системи психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз. Розуміння цих рамок дозволяє фахівцям діяти відповідально, захищати права клієнтів та надавати допомогу, яка дійсно приносить користь.

Ефективний психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах криз вимагає міцного теоретичного фундаменту. Це дозволяє не лише зрозуміти глибинні механізми впливу травматичних подій, а й розробити адаптовані та науково обґрунтовані стратегії інтервенції. У цьому підрозділі ми розглянемо розширену концепцію компетентності психолога в контексті роботи з особливими потребами під час кризи, а також проаналізуємо ключові теоретичні моделі психологічної допомоги, які можуть бути адаптовані для цієї вразливої групи.

Концепція компетентності психолога у загальному розумінні охоплює поєднання знань, умінь, навичок та особистісних якостей, що забезпечують ефективне виконання професійних завдань. Однак, коли йдеться про психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах кризи, ця концепція вимагає значного розширення та поглиблення. Це обумовлено підвищеною вразливістю цієї групи, унікальними комунікаційними та поведінковими особливостями, а також екстремальними умовами, в яких відбувається допомога.

Ключові компоненти розширеної компетентності психолога:

1. Глибинні знання про особливі потреби та їхній вплив:

Нозологічна обізнаність: Розуміння специфіки різних видів особливих потреб (фізичні порушення, сенсорні порушення – слуху та зору, інтелектуальні порушення, розлади спектру аутизму, психічні розлади,

множинні порушення). Психолог має знати не лише клінічні прояви, а й їхній вплив на повсякденне функціонування, комунікацію, емоційну сферу та адаптацію.

Особливості розвитку: Знання про закономірності атипового розвитку, потенційні «зони росту» та «зони ризику» для кожної категорії осіб.

Вплив особливих потреб на кризові реакції: Розуміння, як конкретний вид порушення може змінювати або посилювати реакції на стрес і травму. Наприклад, сенсорна чутливість у людей з РАС може загостритися в умовах хаосу, а обмежені когнітивні можливості в осіб з інтелектуальними порушеннями можуть ускладнити розуміння загрози.

2. *Специфічні комунікативні навички та адаптація:*

Альтернативні та аугментативні комунікації (ААК): Володіння або розуміння принципів використання піктограм, символів, жестової мови, таблиць комунікації, мовних програм для людей, що мають труднощі з вербальною комунікацією.

Невербальна комунікація: Здатність «читати» невербальні сигнали (міміка, жести, поведінка) як індикатори стану та потреб осіб, які не можуть висловитися вербально.

Адаптація мовлення: Використання простої, чіткої, конкретної мови, уникнення абстракцій, метафор та складних речень. Повторення ключової інформації.

3. *Навички оцінки та діагностики в кризових умовах:*

Експрес-оцінка стану: Здатність швидко оцінити рівень дистресу, наявність гострих стресових реакцій, потреби у базовій безпеці та фізичній допомозі.

Виявлення специфічних потреб: Ідентифікація того, як кризова ситуація впливає на конкретну особу з особливими потребами, її індивідуальні адаптивні стратегії та ресурси.

Розрізнення реакцій на травму від проявів основного діагнозу або загострення існуючих психічних розладів.

4. *Компетенції кризового втручання та психологічної першої допомоги (ППД):*

Базові принципи ППД: Забезпечення безпеки, спокою, зв'язку з ресурсами та самодопомоги, адаптованих до потреб осіб з інвалідністю.

Надання психологічної підтримки з урахуванням особливостей: Наприклад, створення структурованого та передбачуваного середовища для осіб з РАС, використання сенсорних стратегій для заспокоєння, адаптація інструкцій для осіб з інтелектуальними порушеннями.

Робота з гострими реакціями на стрес: Уміння надавати допомогу при панічних атаках, істериках, апатії, дисоціації, враховуючи особливості їх прояву у різних груп.

5. *Навички міждисциплінарної взаємодії та координації:*

Командна робота: Здатність ефективно співпрацювати з медиками, рятувальниками, соціальними працівниками, волонтерами та родичами, щоб забезпечити комплексний підхід до допомоги.

Адвокація: Здатність виступати на захист прав та потреб осіб з особливими потребами, забезпечуючи їхню інклюзію в систему надання допомоги.

6. *Особистісні якості та етичні принципи:*

Емпатія та чутливість: Здатність розуміти та розділяти почуття іншої людини, особливо коли комунікація ускладнена.

Стійкість до стресу та саморегуляція: Здатність зберігати спокій та професіоналізм в екстремальних умовах, не допускати емоційного вигорання та вторинної травматизації.

Толерантність до невизначеності: Готовність працювати в умовах непередбачуваності та обмежених ресурсів.

Етична відповідальність: Дотримання принципів конфіденційності, інформованої згоди, принципу «не нашкодь» в умовах підвищеної вразливості клієнта. Це особливо важливо, коли особа не може самотійно надати згоду або висловити відмову.

Таким чином, компетентність психолога в кризових умовах роботи з особами з особливими потребами є не просто сумою знань та навичок, а інтегрованою системою, що включає глибоке розуміння специфіки групи, адаптовані комунікативні стратегії, здатність до швидкої та ефективної інтервенції, а також високу етичну та особистісну зрілість.

У психології кризових станів розроблено низку теоретичних моделей, які слугують основою для практичних інтервенцій. Кожна з них пропонує своє розуміння природи кризи, механізмів її подолання та шляхів відновлення. У контексті осіб з особливими потребами ці моделі потребують адаптації, але їхні базові принципи залишаються актуальними.

Модель кризового втручання (Дж. Каплан, Дж. Соммерс).

Ця модель є однією з основоположних у кризовій психології. Вона базується на припущенні, що криза – це тимчасовий стан дисбалансу, який виникає, коли людина стикається з подією, яку не може подолати звичними способами. Криза має фази: гостра фаза (дезорганізація), фаза дезорганізації та відновлення. Каплан (1964) наголошував, що криза є не лише небезпекою, а й можливістю для психологічного зростання, якщо людина отримує адекватну підтримку.

Основні принципи моделі кризового втручання:

Терміновість: Втручання має бути надане якомога швидше після травматичної події, щоб запобігти хронізації стресу.

Обмеженість у часі: Кризове втручання, як правило, короткострокове і зосереджене на актуальній проблемі.

Фокус на «тут і тепер»: Основна увага приділяється поточним переживанням та потребам клієнта.

Активна роль психолога: Фахівець є директивним та активно допомагає клієнту відновити контроль над ситуацією.

Відновлення функціонування: Мета – допомогти людині повернутися до докризового рівня функціонування або навіть покращити його.

Адаптація для осіб з особливими потребами:

Терміновість: Особливо критична, оскільки затримка може посилити дезорієнтацію та тривогу.

Спрощеність та конкретність: Інструкції та пояснення мають бути максимально простими та конкретними.

Візуальна підтримка: Використання картинок, піктограм, жестів для полегшення розуміння.

Фокус на базовій безпеці: Для осіб з ПІ або РАС першочерговим є створення передбачуваного та безпечного фізичного простору.

Залучення опікунів: Оскільки багато осіб з особливими потребами залежать від супроводу, залучення та підтримка їхніх опікунів є невід'ємною частиною втручання.

Психологічна перша допомога (ППД).

Як уже згадувалося, ППД (WHO, War Trauma Foundation, World Vision International, 2011) – це не психотерапія, а гуманна, підтримуюча та практична допомога людям, які перебувають у стані гострого дистресу після травматичної події. Вона базується на принципах ненасильства, недискримінації, гуманності та нейтральності.

Основні компоненти ППД:

Дивіться: Оцінка ситуації, безпеки, наявності осіб, що потребують допомоги.

Слухайте: Активне слухання, прояв емпатії, уникнення нав'язування.

Підтримуйте: Надання фізичної та емоційної підтримки, зв'язок з ресурсами.

Адаптація ППД для осіб з особливими потребами:

Адаптація комунікації: Використання візуальних сигналів, жестів, чітких коротких фраз.

Створення безпечного простору: Фізичне усунення загроз, створення передбачуваного оточення, мінімізація сенсорних подразників.

Пріоритетність базових потреб: Допомога у задоволенні потреб у їжі, воді, притулку, гігієні, що особливо важливо для осіб з обмеженими можливостями самообслуговування.

Виявлення та залучення опорних осіб: Швидке встановлення контакту з опікунами, родичами, які можуть допомогти у комунікації та розумінні потреб.

Індивідуальний темп: Надання допомоги у темпі, комфортному для людини, без тиску.

Адаптація для осіб з фізичними порушеннями (порушення опорно-рухового апарату, сенсорні порушення – слуху та зору):

Доступність середовища: Втручання мають проводитися у фізично доступному середовищі. Це передбачає пандуси, ліфти, широкі дверні отвори, відсутність перешкод для пересування на інвалідному візку.

Сенсорні адаптації:

Порушення зору: Надання інформації у вигляді Брайля, аудіо-форматі, використання великого контрастного шрифту. Чітке словесне орієнтування у просторі. Опис ситуації, що відбувається, та можливих загроз словесно.

Порушення слуху: Залучення кваліфікованих сурдоперекладачів. Використання візуальних сигналів, письмових інструкцій. Психолог має бути навчений основам жестової мови або мати можливість оперативно залучити перекладача.

Підтримка самостійності: Заохочення до максимально можливої самостійності, навіть якщо це вимагає більше часу.

Фокус на ресурсах: Акцент на збережених здібностях та компенсаторних стратегіях, які допомогли особі адаптуватися до своїх фізичних обмежень у мирний час, і які можуть бути використані в кризі.

Робота з тілесними відчуттями: Для людей з фізичними порушеннями тіло може бути джерелом як обмежень, так і специфічних відчуттів, пов'язаних з травмою. Соматичні техніки можуть бути корисними для опрацювання тілесних проявів стресу.

Адаптація для осіб з інтелектуальними порушеннями (ІП):

Максимальна конкретність та візуалізація: Усі пояснення, інструкції, правила поведінки мають бути максимально конкретними, без абстракцій. Широке використання візуальних посібників: піктограм, малюнків, фотографій, «соціальних історій», які пояснюють ситуацію та очікувану поведінку.

Спрощена мова: Використання коротких, простих речень, доступної лексики. Повторення ключової інформації багато разів.

Послідовність та рутина: Для осіб з ІП передбачуваність є ключовою для відчуття безпеки. Наскільки це можливо, варто підтримувати елементи звичної рутини, навіть у кризових умовах (наприклад, час прийому їжі, гігієнічні процедури).

Фокус на базових потребах: Переконатися, що задоволені базові фізіологічні потреби та потреба у безпеці, перш ніж переходити до емоційної підтримки.

Розвиток простих копінг-стратегій: Навчання простим технікам заспокоєння (наприклад, глибоке дихання, рахунок до 10, фокус на приємному об'єкті), які можна застосовувати у стресових ситуаціях.

Залучення опікунів: Опікуни та родичі, які добре знають особу, є незамінними помічниками у комунікації та наданні індивідуалізованої підтримки. Психолог має працювати в тісній співпраці з ними.

Адаптація для осіб з розладами спектру аутизму (РАС):

Створення структурованого та передбачуваного середовища: Хаос та непередбачуваність є джерелом сильного стресу для осіб з РАС. Наскільки це можливо, потрібно створити структурований простір, чіткий розклад дня (навіть якщо він візуальний), мінімізувати зміни.

Зниження сенсорного перевантаження: Уникати гучних звуків, яскравого світла, сильних запахів. Можливе використання навушників для шумозаглушення, затемнених окулярів, сенсорних іграшок для саморегуляції.

Візуальна підтримка комунікації: Розклади, інструкції у вигляді піктограм, соціальні історії, що пояснюють ситуацію та очікувану поведінку.

Уникнення тісного фізичного контакту: Багато людей з РАС мають підвищену сенсорну чутливість до дотиків. Важливо дотримуватися особистого простору та не торкатися без дозволу.

Робота зі стереотипною поведінкою: Розуміння, що стереотипна поведінка (стимінг) часто є способом саморегуляції та подолання стресу. Не слід її пригнічувати, якщо вона не є шкідливою для самої особи чи оточуючих.

Поступове та дозоване надання інформації: Не перевантажувати інформацією, давати її порціями, за запитом.

Підтримка особливих інтересів: Якщо можливо, використовувати особливі інтереси особи для встановлення контакту та заспокоєння.

Адаптація для осіб з психічними розладами (гострі психози, депресії, тривожні розлади):

Фармакологічна підтримка: Забезпечення доступу до необхідних медикаментів та психіатричної допомоги є першочерговим.

Зниження стигматизації: Забезпечення безпечного та недискримінаційного середовища.

Індивідуальний план підтримки: Враховувати історію захворювання, тригери, реакції на стрес та ефективні копінг-стратегії, які працювали у минулому.

Когнітивна реструктуризація: Робота з параноїдальними думками, маренням, ірраціональними страхами, але з обережністю та після стабілізації стану.

Залучення соціальної мережі: Підтримка зв'язку з родиною, друзями, групами підтримки.

Психоедукація: Надання інформації про розлад, методи управління симптомами, важливість дотримання лікування.

Поступова реінтеграція: Допомога у поверненні до звичних активностей, соціальної взаємодії після стабілізації стану.

Ця частина «Теоретичного обґрунтування» закладає основу для подальшого викладу практичних аспектів. Вона показує, як загальноприйняті моделі психологічної допомоги можуть бути гнучко адаптовані до специфічних потреб різних категорій осіб з інвалідністю в умовах кризових ситуацій.

4.2. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ОСІБ З ООП В УМОВАХ КРИЗОВИХ ЗМІН

Особливості психологічної підтримки в період криз.

Практичні аспекти та методики.

Ефективність психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз залежить не лише від теоретичного розуміння, а й від здатності фахівця застосовувати конкретні, адаптовані методики та техніки. Цей розділ присвячений детальному розгляду практичних аспектів роботи, охоплюючи широкий спектр інструментів та стратегій.

Детальне викладення конкретних методик та технік психологічної підтримки, адаптованих до різних нозологій та вікових груп

Практична допомога в умовах кризи для осіб з особливими потребами вимагає гнучкості та індивідуального підходу. Кожна нозологія та вікова група має свої специфічні потреби, що визначають вибір та адаптацію методик.

Загальні принципи адаптації методик:

- Візуалізація: Використання візуальних розкладів, соціальних історій, піктограм, фотографій для пояснення подій, рутини та очікуваної поведінки. Це критично важливо для людей з інтелектуальними порушеннями, РАС та порушеннями слуху.
- Спрощена комунікація: Короткі, чіткі речення, конкретні слова, уникнення абстракцій та метафор. Багаторазове повторення інформації.
- Сенсорна чутливість: Врахування та мінімізація сенсорного перевантаження (шум, світло, запахи) для осіб із підвищеною сенсорною чутливістю (РАС, деякі форми психічних розладів). Можливе використання допоміжних засобів (навушники, окуляри).
- Структура та передбачуваність: Створення максимально структурованого та передбачуваного середовища, навіть у хаотичних умовах. Це знижує тривогу та сприяє відчуттю безпеки.
- Поетапність: Розбиття складних завдань на менші, простіші кроки.
- Залучення ресурсів: Використання особистих ресурсів клієнта (хобі, улюблені предмети), а також підтримки з боку родичів чи знайомих.

Методики для різних нозологій та вікових груп:

- Для осіб з інтелектуальними порушеннями (ІП):
 - «Соціальні історії» (Social Stories): Створення коротких, простих розповідей з ілюстраціями, які описують кризову ситуацію, емоції, що можуть виникнути, та відповідні адаптивні реакції. Наприклад: «Ми

зараз у безпечному місці. Це притулок. Тут є ліжка і їжа. Ми будемо тут, доки не стане безпечно. Допомагай дорослим, якщо вони попросять.»

- Візуальні розклади: Створення щоденних розкладів з піктограм, які показують послідовність дій (прокидання, сніданок, ігри, обід, відпочинок, сон). Це допомагає відновити відчуття контролю та передбачуваності.

- Техніки заземлення (Grounding techniques): Навчання простим сенсорним технікам, що допомагають повернутися «тут і зараз». Наприклад, «Правило 5-4-3-2-1»: назвати 5 предметів, які бачиш; 4, які чуєш; 3, які відчуваєш; 2, які відчуваєш на дотик; 1, який відчуваєш смак. Адаптація до рівня розуміння.

- Ігрова терапія: Використання ігор для вираження емоцій та опрацювання травматичного досвіду. Психолог може моделювати безпечні ситуації, використовуючи іграшки, щоб дитина чи дорослий з ІП могли відтворити свої переживання.

- Освоєння базових навичок самодопомоги: Навчання або нагадування про важливість особистої гігієни, прийому їжі за розкладом, вживання води.

- Для осіб з розладами спектру аутизму (РАС):

- Візуальна підтримка: Крім розкладів, використання візуальних таймерів, карток з емоціями, візуальних правил поведінки.

- Сенсорні «кошики»: Створення невеликих наборів з улюбленими сенсорними предметами (м'які іграшки, антистресові м'ячики, предмети з різною текстурою, навушники для шумозаглушення). Це допомагає впоратися з сенсорним перевантаженням та саморегуляцією.

- «Безпечний куточок»: Організація тихого, відокремленого простору, де людина з РАС може усамітнитися, коли відчуває перевантаження.

- Використання особливих інтересів: Якщо відомі особливі інтереси особи (наприклад, динозаври, поїзди), можна використовувати їх для встановлення контакту та відволікання від стресу.

- Робота з тілесними проявами: Для осіб з РАС, які можуть мати труднощі з вербалізацією емоцій, ефективними можуть бути методи, що працюють з тілесними відчуттями стресу, наприклад, ритмічні рухи, стискання та розслаблення м'язів.

- Для осіб з фізичними порушеннями (особливо сенсорними):

- Порушення зору:

- Детальні вербальні описи: Максимально детально описувати оточення, людей, що знаходяться поруч, події, що відбуваються.

- Чітке оголошення своїх дій: Попереджати про кожен рух, наближення, дотик. «Я зараз візьму тебе за руку», «Я сяду поруч».

- Орієнтування в просторі: Допомога в орієнтації, супровід, опис перешкод.

- Використання знайомих голосів: Якщо можливо, залучати знайомих людей для спілкування.

- Порушення слуху:

- Прямий візуальний контакт: Говорити, дивлячись на співрозмовника.

- Чітка артикуляція: Говорити повільно, чітко, але без перебільшення.

- Письмова комунікація: Використання блокнота, телефону.

- Жестова мова: Залучення сурдоперекладача або використання базових жестів.

- Візуальні інструкції: Показувати картинки, схеми.

- Загальне для фізичних порушень:

- Підтримка мобільності: Забезпечення допомоги у пересуванні, доступ до засобів реабілітації (інвалідний візок, милиці).

- Увага до фізичного комфорту: Забезпечення комфортного положення, запобігання пролежням тощо.

- Для дітей та підлітків з особливими потребами:

- Ігротерапія: Використання гри як основного засобу комунікації та опрацювання травми. Ляльки, фігурки, малювання можуть допомогти висловити те, що важко сказати словами.

- Малювання та ліплення: Творчі техніки допомагають виразити емоції, зняти напругу та візуалізувати переживання.

- «Коробка з почуттями»: Створення коробки, куди дитина може «складати» свої емоції (зображені на малюнках або написані слова), щоб потім їх обговорити.

- Дихальні вправи у ігровій формі: «Дихання дракона», «дихання квітки» для навчання саморегуляції.

- Відновлення елементів навчання: Якщо це можливо, включення елементів навчання та пізнавальної діяльності, що відповідають віку та рівню розвитку дитини.

- Робота з батьками: Навчання батьків, як підтримувати дитину в кризових умовах, як реагувати на її поведінку, як відновити відчуття безпеки.

Техніки емоційної регуляції та стабілізації:

- Контейнування емоцій: Допомога клієнту «збирати» і «утримувати» сильні емоції, щоб вони не переповнювали його. Це може бути символічне «поміщення» страху у коробку, або техніка «безпечного місця» в уяві.

- Сенсорні стратегії: Використання звуків (спокійна музика), тактильних відчуттів (м'яка ковдра, іграшка), візуальних образів для заспокоєння.

- Техніки дихання: Різні варіації глибокого дихання (наприклад, «квадратне дихання», дихання животом), адаптовані за складністю.
- Рухова активність: Заохочення до руху (якщо це можливо) для вивільнення напруги. Навіть невеликі розминки, якщо дозволяє фізичний стан.
- «Розрядка» через звук: Для деяких осіб, особливо дітей, може бути корисно дозволити висловити емоції через звук (крик у подушку, спів).

Ці методики та техніки повинні застосовуватися з урахуванням індивідуальної чутливості та готовності клієнта, завжди базуючись на принципах безпеки та недискримінації.

Опис стратегій комунікації з особами, які мають порушення мовлення або інтелектуальні особливості

Ефективна комунікація є основою будь-якого психологічного супроводу, але в роботі з особами, що мають порушення мовлення або інтелектуальні особливості, вона стає особливим викликом. В умовах кризи, коли рівень стресу високий, а можливості для встановлення контакту обмежені, це вимагає від психолога спеціальних знань та навичок.

Загальні принципи адаптованої комунікації:

- Терпіння та час: Надання достатнього часу для сприйняття інформації та відповіді. Не перебивати, не квапити.
- Уважність до невербальних сигналів: Багато осіб з порушеннями мовлення комунікують через жести, міміку, позу, вокалізації. Психолог має бути навчений розпізнавати ці сигнали.
- Чіткість та конкретність: Уникати складних речень, абстрактних понять, ідіом. Використовувати пряму, конкретну мову.
- Повторення та перефразування: Повторювати інформацію різними способами, перефразувати питання, щоб переконатися у розумінні.

- Підтвердження розуміння: Запитувати: «Ти мене зрозумів(ла)?», «Що ти зрозумів(ла) з того, що я сказав(ла)?» Або просити повторити інструкцію.

- Повага до вибору: Навіть якщо комунікація обмежена, поважати вибір людини, її відмову чи згоду.

Стратегії для осіб з порушеннями мовлення (алалія, афазія, дизартрія та інші):

- Альтернативна та аугментативна комунікація (ААК):
 - Піктограми та картки PECS (Picture Exchange Communication System): Використання наборів карток із зображенням предметів, дій, емоцій. Психолог може показувати картки для пояснення, а клієнт – вибирати картки для вираження своїх потреб.

- Комунікаційні дошки та книги: Дошки з алфавітом, цифрами, базовими фразами, символами, на які людина може вказувати.

- Мовні програми та додатки: Якщо доступні та людина вміє ними користуватися, використання планшетів або смартфонів зі спеціальними комунікаційними програмами.

- Жестова мова: Наявність фахівця-сурдоперекладача або базові знання жестової мови у психолога.

- Візуальна підтримка: Створення візуальних розкладів, інструкцій «крок за кроком», візуальних правил поведінки.

- Письмова комунікація: Для тих, хто може читати та писати, використання блокнота, ручки.

Стратегії для осіб з інтелектуальними особливостями:

- «Мова для людей з інтелектуальними порушеннями» (Easy-to-Read Language): Це спеціальний стиль письма та мовлення, що використовує короткі речення, прості слова, активний стан, багато ілюстрацій та чітку структуру тексту.

- Конкретні приклади: Замість абстрактних пояснень використовувати конкретні приклади з повсякденного життя.

- Рольові ігри: Розігрування ситуацій для відпрацювання поведінки та комунікації.

- Візуальні підказки: Використання жестів, міміки, демонстрації дій.

- Фокус на емоціях: Допомога у розпізнаванні базових емоцій (радість, смуток, страх, гнів) за допомогою карток з емоціями, міміки, звуків.

- Перевірка розуміння: Завжди перевіряти, чи правильно людина зрозуміла інформацію, просячи її повторити або показати.

Специфіка комунікації з особами з РАС:

- Пряма мова: Уникати сарказму, іронії, метафор, прихованих смислів. Говорити прямо та буквально.

- Дотримання особистого простору: Не торкатися без дозволу, поважати потребу у дистанції.

- «Соціальні історії» (Social Stories): Детальне пояснення ситуацій, соціальних правил, очікуваних реакцій.

- Візуальні розклади та таймери: Надання чіткої візуальної інформації про послідовність подій та тривалість активностей.

- Використання особливих інтересів: Якщо відомі, використовувати для встановлення контакту та мотивації до взаємодії.

- Розуміння функцій поведінки: Аналізувати «проблемну» поведінку як форму комунікації, спробу висловити потребу чи дискомфорт (наприклад, стимінг як спосіб саморегуляції).

- Уникнення перевантаження: Надавати інформацію дозовано, у спокійній атмосфері.

Комунікація з особами з психічними розладами (особливо при психотичних станах):

- Спокійний та врівноважений тон: Уникати підвищеного голосу, емоційної реактивності.
- Чітке представлення: Завжди представлятися, пояснювати свою роль.
- Короткі фрази: Використовувати короткі, прості речення.
- Не сперечатися з маячними ідеями: Не намагатися переконати людину у хибності її марень, а зосереджуватися на її емоційному стані та безпеці.
- Фокус на реальності: М'яко переводити розмову до реальних, конкретних тем, пов'язаних з її потребами.
- Безпечне середовище: Забезпечити відчуття безпеки та конфіденційності.
- Підтвердження емоцій: «Я бачу, що ти відчуваєш страх/тривогу.»

Розуміння та ефективне застосування цих стратегій комунікації є запорукою успішного психологічного супроводу осіб з порушеннями мовлення та інтелектуальними особливостями, дозволяючи встановити контакт, оцінити потреби та надати дієву допомогу навіть у найскладніших умовах.

Розгляд ролі родини, опікунів та соціального оточення в системі підтримки

Родина, опікуни та ширше соціальне оточення відіграють центральну роль у житті осіб з особливими потребами. У період кризи їхня функція як опори та джерела підтримки стає абсолютно критичною. Психологічний супровід має бути інтегрований у цю систему, а не виступати окремо від неї.

Роль родини та опікунів:

- Джерело інформації: Родичі та опікуни є найважливішим джерелом інформації про індивідуальні особливості, потреби,

комунікаційні стилі, тригери та адаптивні стратегії особи з особливими потребами. Вони знають її медичну історію, звички, улюблені предмети, що можуть допомогти у заспокоєнні.

- Провідники та інтерпретатори: Вони можуть виступати «перекладачами» між психологом та особою з особливими потребами, допомагаючи зрозуміти невербальні сигнали та складні комунікаційні патерни.

- Емоційна підтримка: Присутність знайомих та близьких людей надає відчуття безпеки та стабільності, знижує тривогу. Це особливо важливо для людей з РАС та інтелектуальними порушеннями, для яких зміни в оточенні є сильним стресом.

- Забезпечення базових потреб: Часто саме родичі та опікуни є тими, хто продовжує забезпечувати базові потреби (їжа, гігієна, прийом ліків) в умовах хаосу.

- Відновлення рутини: Вони допомагають відновити елементи звичної рутини, що є життєво важливим для стабілізації стану особи з особливими потребами.

Підтримка родин та опікунів:

- Психоедукація: Надання інформації про типові реакції на кризу, ознаки стресу та травми у осіб з особливими потребами. Це допомагає родичам краще розуміти, що відбувається з їхніми близькими, та адекватно реагувати.

- Емоційна підтримка для опікунів: Самі родичі та опікуни перебувають у стані значного стресу, часто виснажені, відчувають провину, страх, безпорадність. Надання їм психологічної підтримки (індивідуальні консультації, групові зустрічі, психологічна перша допомога) є критично важливим для збереження їхнього власного ресурсу та здатності надавати допомогу.

- Навчання стратегіям подолання: Навчання опікунів конкретним технікам заспокоєння, комунікації, підтримки рутини, адаптованим до потреб їхнього підопічного.

- Допомога з пошуком ресурсів: Інформування про доступні ресурси (гуманітарна допомога, медичні послуги, соціальні виплати, спеціалізовані заклади).

- Запобігання вигоранню: Нагадування про важливість самодопомоги та відпочинку для опікунів, можливість організації короткострокового «перепочинку» (respite care), якщо це можливо.

Роль ширшого соціального оточення (громада, волонтери, місцева влада):

- Створення інклюзивного середовища: Забезпечення фізичної доступності (пандуси, доступний транспорт, спеціально обладнані притулки) та інформаційної доступності для осіб з особливими потребами.

- Волонтерська підтримка: Залучення та навчання волонтерів для надання допомоги, супроводу, забезпечення комунікації (сурдоперекладачі, асистенти).

- Мережева взаємодія: Координація зусиль між різними службами (психологічними, медичними, соціальними, освітніми) та громадськими організаціями.

- Просвітницька робота: Зменшення стигматизації та підвищення обізнаності суспільства про потреби та права осіб з інвалідністю в кризових умовах.

- Інклюзивне планування реагування на надзвичайні ситуації: Включення потреб осіб з особливими потребами на всіх етапах планування та реагування на кризові події (розробка планів евакуації, розміщення, надання допомоги).

Взаємодія з родиною, опікунами та соціальним оточенням не є додатковою опцією, а невід'ємною частиною психологічного супроводу. Це

дозволяє створити цілісну, стійку та адаптовану систему підтримки, яка відповідає всім потребам вразливих груп населення в умовах кризи.

Особливості роботи з дітьми та підлітками з особливими потребами в умовах кризи

Діти та підлітки з особливими потребами є однією з найбільш вразливих груп населення в умовах кризи. Їхня залежність від дорослих, обмежені можливості самостійного реагування, а також специфіка розвитку та сприйняття світу роблять психологічну підтримку вкрай необхідною та складною. Криза руйнує звичний уклад життя, що для багатьох дітей з особливими потребами, особливо з розладами спектру аутизму чи інтелектуальними порушеннями, є джерелом надзвичайного стресу.

Специфіка впливу кризи на дітей та підлітків з особливими потребами:

- **Порушення рутини:** Для дітей з РАС та інтелектуальними порушеннями, чиє життя часто базується на чіткому розкладі та передбачуваності, раптові зміни, переміщення, відсутність звичних ритуалів можуть викликати інтенсивний стрес, дезорієнтацію, підвищену тривогу та поведінкові порушення (наприклад, посилення стереотипної поведінки, агресія, аутоагресія).
- **Труднощі з розумінням подій:** Діти з інтелектуальними порушеннями або певними мовленнєвими розладами можуть не розуміти причин кризи, небезпеки або вказівок дорослих. Це призводить до посилення страху та безпорадності.
- **Обмеженість комунікації:** Багато дітей з особливими потребами мають труднощі з вербальним вираженням своїх емоцій та потреб. Це ускладнює діагностику їхнього стану та надання адекватної допомоги.
- **Сенсорне перевантаження:** Шум, хаос, велика кількість людей, нові запахи та звуки в місцях евакуації або притулках можуть бути нестерпними для дітей із підвищеною сенсорною чутливістю.

- Розлука з опікунами: Розлука з батьками чи опікунами, навіть тимчасова, є для цих дітей глибокою травмою, оскільки вони часто повністю залежать від них.

- Загострення існуючих проблем: Кризові умови можуть загострити вже наявні психічні розлади або поведінкові труднощі.

Адаптовані методики психологічної підтримки для дітей та підлітків:

- Забезпечення базової безпеки та стабільності:
 - «Безпечне місце» (Safe Space): Створення фізично та емоційно безпечного куточка, де дитина може сховатися від надмірних подразників. Це може бути намет, ширма, куток з подушками та пледом.

- Відновлення елементів рутини: Наскільки це можливо, відновити звичний розклад дня (сон, їжа, ігри, навчання). Використовувати візуальні розклади, щоб дитина бачила послідовність подій.

- «Тут і зараз»: Допомога дітям зосередитися на поточному моменті, використовуючи техніки заземлення, адаптовані до віку та можливостей (наприклад, «Що ти бачиш? Що ти чуєш? Що ти відчуваєш?»).

- Комунікація та вираження емоцій:

- Ігрова терапія: Гра є природною мовою дітей. Використання іграшок, ляльок, піску для моделювання ситуацій, вираження страхів та опрацювання травматичного досвіду. Наприклад, «гра в евакуацію» з іграшками може допомогти дитині осмислити події та відновити відчуття контролю.

- Малювання та інші творчі техніки: Заохочення малювання, ліплення, аплікації для вираження емоцій, які важко вербалізувати. Малюнки можуть стати важливим інструментом для діагностики та подальшої роботи.

- «Коробка почуттів»: Створення фізичного простору, куди дитина може «складати» свої емоції (намальовані або написані) для подальшого обговорення з психологом або батьками.

- Соціальні історії (для РАС та ІП): Короткі, прості розповіді з ілюстраціями, що пояснюють кризову ситуацію, причини переміщення, нові правила, як реагувати на певні події.

- Робота зі стресом та травмою:

- Техніки релаксації в ігровій формі: «Дихання дракона» (глибокий вдих, довгий повільний видих), «м'яз-скеля-ватяна ковдра» (напруження та розслаблення м'язів).

- Відволікання та переключення уваги: Залучення до цікавих, безпечних активностей (читання, слухання музики, настільні ігри), щоб дати мозку відпочити від травматичних спогадів.

- Розвиток копінг-стратегій: Навчання простим стратегіям подолання стресу (наприклад, звернення до дорослих, пошук безпечного місця, використання сенсорних предметів для заспокоєння).

- Психоедукація для дітей: Пояснення, що відчувати страх, смуток, гнів – це нормально у таких обставинах. Нормалізація їхніх реакцій.

Роль батьків та опікунів у підтримці дітей:

- Бути джерелом безпеки: Навіть у найскладніших умовах, батьки повинні намагатися зберігати спокій і бути опорою для своїх дітей. Важливо, щоб діти відчували фізичну присутність та емоційну доступність батьків.

- Слухати та відповідати чесно, але адаптовано: Відповідати на запитання дітей, уникаючи зайвих деталей, що можуть травмувати, але й не обманюючи. Інформація має бути адаптована до віку та рівня розуміння дитини.

- Заохочувати вираження емоцій: Дозволяти дитині плакати, злитися, боятися, не засуджуючи її почуттів.

- Відновлювати рутину: За можливості, підтримувати звичний розпорядок дня.
- Ініціювати ігри та творчість: Заохочувати ігрову діяльність та творчість як способи опрацювання переживань.
- Звертатися по допомогу: Батьки не повинні соромитися звертатися за психологічною підтримкою для себе, щоб мати ресурс для допомоги своїм дітям.

Додаткові аспекти для підлітків з особливими потребами:

- Повага до автономії: Надавати підліткам, наскільки це можливо, право вибору та відчуття контролю над ситуацією.
- Залучення до обговорення: Включати підлітків у прийняття рішень, що стосуються їхнього життя та безпеки, пояснюючи ситуацію доступною мовою.
- Підтримка соціальних зв'язків: Допомогати підліткам підтримувати зв'язок з друзями, однолітками, якщо це безпечно та можливо (наприклад, через онлайн-комунікацію).
- Ідентичність та самооцінка: Робота над збереженням та підтримкою їхньої ідентичності та самооцінки, які можуть постраждати через кризу та вимушені зміни.
- Навчання навичкам самодопомоги: Навчання більш складним копінг-стратегіям, що відповідають віку та рівню розвитку (планування, вирішення проблем, управління стресом).
- Профілактика ризикованої поведінки: Особлива увага до ризикованої поведінки (самоушкодження, зловживання психоактивними речовинами), що може зрости в умовах кризи.

Робота з дітьми та підлітками з особливими потребами в умовах кризи вимагає глибокого розуміння їхніх унікальних потреб, терпіння, креативності та здатності адаптувати загальні психологічні принципи до

конкретних індивідуальних випадків. Співпраця з родиною та залучення її до процесу підтримки є ключовим фактором успіху.

Профілактика професійного вигорання у фахівців, які надають допомогу

Робота з особами з особливими потребами в умовах кризових ситуацій є надзвичайно виснажливою та стресовою. Психологи, соціальні працівники, педагоги, волонтери та інші фахівці, які надають допомогу, щодня стикаються з людським горем, травмою та обмеженими ресурсами. Це створює високий ризик розвитку професійного вигорання (burnout) та вторинної травматизації (secondary traumatization). Профілактика цих станів є не просто питанням турботи про фахівців, а критично важливим елементом забезпечення якісної та стабільної допомоги тим, хто її найбільше потребує.

Сутність професійного вигорання та вторинної травматизації:

- Професійне вигорання – це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким успішно не впоралися. Він характеризується трьома основними вимірами (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996):

- Емоційне виснаження: Відчуття вичерпаності емоційних ресурсів, спустошення.

- Деперсоналізація/цинізм: Розвиток негативного, цинічного або відстороненого ставлення до клієнтів/пацієнтів та своєї роботи.

- Зниження почуття професійної ефективності: Відчуття некомпетентності, зниження досягнень, зневіра у власних силах.

- Вторинна травматизація (вікарна травматизація, емпатична втомлюваність) – це психологічні зміни, що виникають у допомагаючого фахівця внаслідок інтенсивного та тривалого контакту з травмованими людьми. Це може проявлятися через симптоми, схожі на ПТСР (наприклад,

флешбеки, кошмари, підвищена тривожність), зміну світогляду, втрату віри в добро, почуття безпорадності та відчуження.

Фактори ризику для фахівців, що працюють у кризових умовах з особами з особливими потребами:

- Висока емоційна інтенсивність: Постійний контакт із сильними емоціями горя, страху, гніву, відчаю, що переживають клієнти.
- Труднощі комунікації: Витрати значних ресурсів на розуміння та взаємодію з клієнтами, які мають комунікаційні бар'єри.
- Обмежені ресурси: Робота в умовах дефіциту часу, персоналу, обладнання, безпечного простору.
- Моральні дилеми: Необхідність приймати складні рішення в умовах обмежених можливостей, іноді з почуттям безсилля.
- Відсутність швидких результатів: Робота з травмою та особливими потребами часто не дає миттєвих «видимих» покращень, що може призводити до розчарування.
- Незрозумілість ситуації та власна вразливість: Фахівці самі можуть бути жертвами кризи, мати власні втрати, що посилює ризик вигорання.
- Ізоляція: Відсутність належної підтримки з боку колег чи керівництва.

Стратегії профілактики професійного вигорання:

А. Індивідуальні стратегії (самодопомога):

1. Саморегуляція та стрес-менеджмент:
 - Усвідомленість (Mindfulness): Практики медитації, усвідомленого дихання, що допомагають залишатися «тут і зараз», зменшувати ментальну жуйку та емоційне перевантаження.
 - Фізична активність: Регулярні фізичні вправи (навіть короткі розминки) допомагають знімати напругу та покращувати настрій.

- Здоровий сон: Забезпечення достатнього та якісного сну є критично важливим для відновлення.

- Збалансоване харчування: Підтримка фізичного здоров'я через правильне харчування.

- Техніки релаксації: Дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація.

2. Дотримання режиму праці та відпочинку:

- Встановлення меж: Чітке розмежування робочого та особистого часу. Уникання роботи понаднормово, якщо це не є абсолютно критично необхідним.

- Регулярні перерви: Короткі перерви протягом робочого дня для відпочинку та переключення.

- Відпустки та вихідні: Забезпечення можливості для повноцінного відпочинку та відновлення сил.

3. Пошук соціальної підтримки:

- Спілкування з колегами: Обмін досвідом, емоціями з колегами, які розуміють специфіку роботи. Це допомагає зменшити відчуття ізоляції.

- Підтримка від близьких: Спілкування з родиною та друзями про особисті інтереси, не пов'язані з роботою, щоб зберегти баланс.

- Групи підтримки: Участь у групах підтримки для фахівців, що працюють у кризових умовах.

4. Хобі та позаробочі інтереси:

- Відновлювальні активності: Заняття, що приносять задоволення, відволікають від робочих проблем та наповнюють енергією (читання, музика, творчість, прогулянки на природі).

5. Розвиток самоспівчуття:

- Бути добрим до себе, розуміти, що робота у кризових умовах є викликом. Дозволяти собі відчувати емоції та не докоряти собі за них.

Б. Організаційні та системні стратегії (з боку керівництва та установ):

1. Забезпечення регулярної супервізії:
 - Індивідуальна та групова супервізія: Надання можливості для фахівців обговорювати складні випадки, емоційні реакції, отримувати зворотний зв'язок та професійну підтримку від більш досвідчених колег. Супервізія є ключовим інструментом для профілактики вигорання та вторинної травматизації.
2. Доступ до психологічної підтримки та терапії:
 - Особиста терапія: Забезпечення доступу до конфіденційної особистої терапії для фахівців, які потребують глибшої підтримки для опрацювання своїх переживань.
 - Програми психологічного розвантаження: Організація короткострокових сесій психологічного розвантаження, дебрифінгів після особливо складних випадків.
3. Навчання та підвищення кваліфікації:
 - Тренінги з управління стресом: Навчання фахівців ефективним методикам стрес-менеджменту та самодопомоги.
 - Навчання специфіці роботи: Проведення тренінгів щодо роботи з особами з різними видами особливих потреб, що підвищує компетентність та знижує рівень невизначеності та тривоги.
4. Створення сприятливої робочої атмосфери:
 - Підтримуюче керівництво: Керівники мають бути обізнаними про ризики вигорання та підтримувати своїх співробітників, створювати умови для відпочинку.
 - Командна взаємодія: Заохочення до взаємодопомоги та підтримки всередині команди.
 - Відзначення успіхів: Визнання та відзначення зусиль фахівців, їхніх досягнень, що підвищує мотивацію та почуття ефективності.
5. Нормування навантаження:

- Розумний розподіл робочого навантаження, уникнення надмірних вимог, які можуть призвести до перевтоми.

Профілактика професійного вигорання є невід'ємною частиною забезпечення якості психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах кризи. Це інвестиція в благополуччя фахівців, що, зрештою, транлюється на ефективність та гуманність наданої допомоги. Здорові та ресурсні фахівці здатні надавати більш якісну та стабільну підтримку, що є критично важливим для вразливих груп населення у найскладніші часи.

Кейси та приклади

Ілюстрація теоретичних положень та практичних методик за допомогою конкретних кейсів є надзвичайно цінною для розуміння складності та багатогранності психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз. Наведені нижче приклади є гіпотетичними, але відображають типові ситуації та демонструють застосування адаптованих підходів.

Ілюстрація теоретичних положень конкретними випадками з практики (із дотриманням конфіденційності)

Кейс 1: Адаптація психологічної першої допомоги для дитини з розладом спектру аутизму (РАС) під час евакуації.

- Ситуація: Під час термінової евакуації з району активних бойових дій, волонтер-психолог помічає 8-річного хлопчика з РАС, який сидить у кутку переповненого шкільного автобуса. Хлопчик закрив вуха руками, розгойдується, видає голосні звуки та ігнорує спроби матері заспокоїти його. Його мати виглядає виснаженою та розгубленою. Навколо галас, багато людей, нові запахи та постійний рух.

- Теоретичне обґрунтування: Цей випадок ілюструє вплив сенсорного перевантаження та порушення рутини на дітей з РАС у

кризових умовах. Застосування принципів Психологічної першої допомоги (ППД) вимагає адаптації. Важливість індивідуалізованого підходу та врахування комунікаційних особливостей.

- Застосовані методики:

1. Забезпечення безпеки та зниження сенсорного перевантаження: Психолог першочергово звертається до матері, щоб дізнатися про особливості хлопчика. З її дозволу, просить інших пасажирів зробити невеликий простір навколо дитини. Пропонує матері навушники (якщо є) або просить її прикрити вуха хлопчика руками, щоб зменшити шум. Можливо, пересаджують їх ближче до вікна, подалі від проходу.

2. Візуальна підтримка: Психолог пропонує матері використати візуальний розклад або просто намалювати на папері декілька ключових піктограм: «Автобус - дорога - безпечне місце - їжа - сон», пояснюючи кожен крок.

3. Спрощена комунікація: Психолог розмовляє з матір'ю спокійним, тихим голосом, використовуючи короткі, чіткі фрази. Якщо хлопчик реагує на звернення, використовує його ім'я і прості інструкції: «Сідай», «Дихай», «Мама поруч».

4. Сенсорні стратегії: Якщо є можливість, пропонує хлопчику невелику м'яку іграшку або шматочок тканини, щоб він міг її стискати (якщо це для нього заспокійливий стимул).

5. Підтримка матері: Психолог визнає виснаження матері, пропонує їй воду, короткий відпочинок, наскільки це можливо, та запевняє, що її почуття нормальні. Допомагає їй відчувати себе менш самотньою у цій ситуації.

- Результат: Завдяки адаптованій ППД та підтримці, хлопчик поступово заспокоюється. Хоча він не припиняє повністю розгойдуватися, рівень його дистресу значно знижується. Мати відчуває підтримку та стає більш здатною взаємодіяти з сином.

Кейс 2: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для підлітка з інтелектуальними порушеннями та підвищеною тривожністю після обстрілу.

- Ситуація: 14-річна дівчинка з легкою формою інтелектуальних порушень (ІП) знаходиться в притулку для ВПО після того, як їхній дім був зруйнований обстрілом. Вона постійно лякається гучних звуків, не може спати, часто плаче і тримається за маму. У неї розвинулася сильна тривога щодо звуків сирен та літаків.

- Теоретичне обґрунтування: Кейс демонструє вплив травматичної події на психіку дитини з ІП. Застосування елементів КПТ, адаптованих до когнітивних можливостей, є ключовим для опрацювання травми та зменшення тривоги. Важлива роль батьківської підтримки.

- Застосовані методики:

1. Психоедукація для батьків та дівчинки (спрощена): Психолог пояснює, що це нормально – боятися гучних звуків після того, що сталося. Для дівчинки використовує візуальні картки з емоціями («Страх», «Смуток»), допомагаючи їй ідентифікувати свої почуття. Пояснює, що сирени – це для безпеки, а не завжди для небезпеки.

2. Техніки релаксації (адаптовані): Навчає дівчинку простій дихальній вправі: «Дихання повітряної кульки» (вдих – живіт надувається як кулька, видих – здувається). Використовує візуальну підказку – малюнок кульки. Практикують разом.

3. Когнітивна реструктуризація (базова): Замість складних обговорень думок, психолог допомагає дівчинці розрізняти «безпечні» та «небезпечні» звуки (наприклад, звуки літаків у мирний час vs. вибухи). Використовує прості твердження: «Цей звук – це просто машина, він безпечний», «Ми зараз у безпеці».

4. Поступова експозиція (з мамою): Спочатку слухають тихі, безпечні звуки, потім поступово збільшують гучність (наприклад, запис

звучу сирени на безпечній гучності), контролюючи реакцію дівчинки. Мама завжди поруч, підтримує. Мета – сформувати новий досвід безпеки з цими звуками.

5. Розробка «безпечного місця» в уяві: Разом з дівчинкою малюють або описують її «безпечне місце» (наприклад, «лісова галявина з квітами», «будинок бабусі»), куди вона може «переноситися», коли стає страшно.

6. Відновлення рутини: Допомагають мамі відновити передбачуваний розклад дня для дівчинки: час сну, їжі, ігор, занять.

- Результат: З часом, завдяки послідовній роботі, дівчинка починає краще справлятися з тривогою, рідше плаче та лякається. Її сон покращується, вона стає більш активною у повсякденному житті.

Кейс 3: Підтримка дорослого чоловіка з порушеннями зору після втрати житла та соціальних зв'язків.

- Ситуація: 45-річний чоловік з повною втратою зору був евакуйований до іншого міста після руйнування його будинку. Він проживав самотньо, не мав близьких родичів. Відчуває глибоку депресію, втратив орієнтацію у просторі, не може самостійно пересуватися, відмовляється від їжі та спілкування.

- Теоретичне обґрунтування: Цей кейс демонструє вплив втрати звичного середовища, самостійності та соціальних зв'язків на осіб з інвалідністю в умовах кризи. Необхідність застосування принципів кризового втручання та соціально-психологічної реабілітації з акцентом на відновленні автономії.

- Застосовані методики:

1. Встановлення контакту та забезпечення базових потреб: Психолог встановлює контакт з чоловіком, представляється, пояснює свою роль. Забезпечує фізичну безпеку та комфорт (місце для сидіння, доступ до

води, їжі). Створює довіру через спокійний тон, чіткі вербальні пояснення своїх дій. «Я сяду поруч. Якщо вам потрібна допомога, скажіть мені».

2. Активне слухання та нормалізація почуттів: Дає чоловікові можливість виговоритися про свої втрати, страхи, розгубленість. Нормалізує його почуття: «Це нормально відчувати смуток і злість, коли втрачаєш дім і звичне життя».

3. Відновлення орієнтації та самостійності:

- Вербальне «картування» простору: Детальний опис приміщення, розташування меблів, дверей, вікон, туалету, їдальні. Багаторазове повторення інформації.

- Фізичний супровід: Запропонувати допомогу у пересуванні, тримаючи за руку (якщо дозволяє). Дозволити чоловікові «відчувати» простір, торкатися стін, предметів.

- Використання допоміжних засобів: Заохочення до використання тростини, якщо він має.

4. Відновлення соціальних зв'язків: Допомога у пошуку інших мешканців притулку, які мають схожі інтереси. Якщо можливо, встановлення зв'язку з колишніми сусідами або знайомими.

5. Залучення до активностей: Запропонувати прості активності, які чоловік може виконувати самостійно або з невеликою допомогою (наприклад, слухати радіо, аудіокниги, прості розмови).

6. Психоедукація щодо депресії: Обговорення симптомів депресії та можливості отримання медичної допомоги та психотерапії. Заохочення до постановки малих, досяжних цілей.

- Результат: Через кілька днів чоловік починає самостійно пересуватися в межах притулку, починає спілкуватися з іншими людьми. Його депресивний стан поступово покращується, з'являється мотивація до подальшої реабілітації.

Ці кейси демонструють, що психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах криз вимагає глибинного розуміння їхніх унікальних потреб, гнучкості в застосуванні методик та постійної співпраці з оточенням клієнта. Кожен випадок є унікальним, і успіх залежить від здатності психолога адаптувати свої знання та навички до конкретної ситуації.

Висновки та рекомендації

Психологічний супровід осіб з особливими потребами в умовах криз є одним із найбільш відповідальних та складних викликів для сучасної психології та системи соціальної допомоги. Кризові події, такі як збройні конфлікти, природні катаклізми чи пандемії, багаторазово посилюють вразливість цієї категорії населення, вимагаючи специфічних, адаптованих та гуманістично орієнтованих підходів. Проведений аналіз дозволяє сформулювати ключові висновки та розробити практичні рекомендації для підвищення ефективності такої допомоги.

Формулювання ключових висновків щодо ефективного психологічного супроводу

1. Надзвичайна вразливість та унікальні потреби: Особи з особливими потребами (фізичні, сенсорні, інтелектуальні порушення, РАС, психічні розлади) переживають кризові ситуації значно гостріше через обмежені можливості самостійного реагування, труднощі з комунікацією, підвищену чутливість до змін та залежність від супроводу. Їхні потреби не є однорідними і вимагають глибокого індивідуалізованого підходу.

2. Необхідність інклюзивного та системного підходу: Ефективний супровід можливий лише за умови інтеграції осіб з особливими потребами в загальну систему кризового реагування та гуманітарної допомоги. Це передбачає не просто надання психологічних послуг, а забезпечення фізичної та інформаційної доступності, задоволення базових потреб, а

також координацію зусиль медичних, соціальних, освітніх та волонтерських служб.

3. Критична роль адаптованої комунікації: Бар'єри у спілкуванні є одними з найважливіших ускладнень. Застосування альтернативних та аугментативних засобів комунікації (піктограми, жестова мова, візуальні розклади), спрощена та конкретна мова, увага до невербальних сигналів є невід'ємними компонентами успішного контакту та надання допомоги.

4. Важливість стабілізації та відновлення рутини: Для багатьох осіб з особливими потребами, особливо для дітей та людей з РАС чи інтелектуальними порушеннями, втрата звичної рутини є потужним дестабілізуючим фактором. Наскільки це можливо, відновлення передбачуваного розкладу дня та створення структурованого середовища сприяє зниженню тривоги та відчуттю безпеки.

5. Ключова роль родини та опікунів: Родичі та опікуни є основним джерелом підтримки, інформації та емоційного зв'язку для осіб з особливими потребами. Їхнє власне психологічне благополуччя та ресурсність є критично важливими для ефективності супроводу. Тому психологічна підтримка має бути спрямована не лише на саму особу, а й на її найближче оточення.

6. Високий ризик професійного вигорання фахівців: Робота в умовах кризи з вразливими групами є емоційно та фізично виснажливою. Професійне вигорання та вторинна травматизація фахівців становлять значний ризик для якості та сталості надання допомоги. Тому системна профілактика цих станів є обов'язковою.

7. Потреба в комплексній підготовці фахівців: Психологи, які працюють у кризових умовах з особами з особливими потребами, повинні володіти не лише знаннями з кризової психології, а й мати глибоку обізнаність у сфері спеціальної психології, володіти навичками ААК та міждисциплінарної взаємодії.

Розробка практичних рекомендацій для психологів, соціальних працівників, педагогів та державних структур

На основі зроблених висновків можна сформулювати низку рекомендацій, спрямованих на покращення психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз.

Для психологів та інших допомагаючих фахівців:

1. Постійно підвищуйте кваліфікацію: Опановуйте знання з різних нозологій, особливостей розвитку та комунікації осіб з інвалідністю. Проходьте тренінги з адаптованої психологічної першої допомоги, травмафокусованих підходів та ААК.

2. Застосовуйте індивідуалізований підхід: Завжди оцінюйте унікальні потреби кожної особи, враховуючи її вік, тип порушення, комунікаційні можливості та наявні ресурси.

3. Використовуйте візуальну та спрощену комунікацію: Активно впроваджуйте піктограми, соціальні історії, візуальні розклади, використовуйте просту та конкретну мову.

4. Створюйте безпечне та передбачуване середовище: Наскільки це можливо, забезпечуйте фізичну та емоційну безпеку, намагайтеся відновити елементи рутини. Знижуйте сенсорне навантаження.

5. Тісно співпрацюйте з родиною та опікунами: Розглядайте їх як ключових партнерів. Надавайте їм інформацію, емоційну підтримку та навчайте ефективним стратегіям взаємодії.

6. Будьте уважними до власних ресурсів: Регулярно проходьте супервізію, звертайтеся за психологічною підтримкою для себе, дотримуйтеся режиму праці та відпочинку. Практикуйте самоспівчуття.

7. Будьте адвокатами: Захищайте права та потреби осіб з особливими потребами, забезпечуйте їхню інклюзію та доступ до всіх видів допомоги.

Для соціальних працівників та педагогів:

1. Пройдіть навчання з основ психологічної першої допомоги та комунікації: Знання базових принципів підтримки та адаптованих комунікаційних стратегій є критично важливими для всіх, хто взаємодіє з вразливими групами.

2. Сприяйте створенню інклюзивних просторів: У пунктах евакуації, притулках, освітніх закладах забезпечуйте фізичну доступність та умови для комфортного перебування осіб з особливими потребами.

3. Координуйте дії: Тісно співпрацюйте з психологами, медиками та іншими фахівцями для забезпечення комплексного підходу до допомоги.

4. Надавайте інформацію в доступній формі: Використовуйте спрощену мову, візуальні матеріали для інформування про послуги, права та можливості.

Для державних структур та місцевих органів влади:

1. Розробіть та впровадьте національні протоколи інклюзивного реагування на кризи: Забезпечте, щоб плани евакуації, розміщення та надання допомоги враховували специфічні потреби осіб з усіма видами інвалідності.

2. Забезпечте фінансування та ресурси: Виділяйте достатні кошти для підготовки фахівців, створення адаптованої інфраструктури та забезпечення спеціалізованих послуг.

3. Сприяйте міжвідомчій та міжсекторальній координації: Створіть ефективні механізми взаємодії між міністерствами, відомствами, місцевими органами влади, громадськими та міжнародними організаціями.

4. Інвестуйте в освіту та підвищення обізнаності: Проводьте широкі інформаційні кампанії для суспільства щодо потреб осіб з особливими потребами в умовах кризи, їхніх прав та способів надання допомоги.

5. Підтримуйте розвиток мережі фахівців: Сприяйте підготовці та професійному розвитку психологів, соціальних працівників, дефектологів,

які спеціалізуються на роботі з особливими потребами в екстремальних умовах.

6. Забезпечте довгострокову психосоціальну підтримку: Криза не закінчується з припиненням бойових дій або стихійного лиха. Необхідно розробляти та впроваджувати програми довгострокової реабілітації та інтеграції для осіб з особливими потребами, що постраждали від кризи.

Незважаючи на значний накопичений досвід, сфера психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз потребує подальших, глибинних досліджень. До основних напрямків можна віднести:

1. Дослідження довгострокових наслідків травми у осіб з різними видами особливих потреб: Як саме травматичний досвід впливає на психічне здоров'я, функціонування та якість життя цих осіб у віддаленій перспективі? Які фактори резильєнтності є найбільш значущими?

2. Оцінка ефективності адаптованих інтервенцій: Проведення емпіричних досліджень для оцінки ефективності конкретних методик та технік психологічної допомоги, адаптованих для різних нозологій та вікових груп у кризових умовах.

3. Вивчення ролі та впливу технологій: Дослідження можливостей використання телемедицини, онлайн-платформ, мобільних додатків та інших технологічних рішень для надання психологічної допомоги особам з особливими потребами в умовах обмеженого доступу.

4. Досвід родичів та опікунів: Глибинний аналіз психологічних потреб та труднощів, з якими стикаються родини та опікуни, що виховують осіб з особливими потребами під час кризи. Розробка ефективних програм підтримки для них.

5. Міжкультурні та міжрегіональні порівняльні дослідження: Аналіз досвіду різних країн та культур у наданні допомоги вразливим

групам у кризових ситуаціях для виявлення універсальних та специфічних практик.

6. Розробка стандартів та рекомендацій: Створення єдиних міжнародних та національних стандартів психологічного супроводу осіб з особливими потребами в умовах криз, що базуватимуться на наукових даних та найкращих практиках.

7. Дослідження впливу колективної травми: Вивчення того, як колективна травма (наприклад, війна) впливає на сприйняття та функціонування осіб з особливими потребами, їхню інтеграцію у суспільство.

Ці напрямки досліджень допоможуть не лише поглибити наукове розуміння проблеми, а й сприятимуть розробці більш ефективних, гуманних та доступних систем психологічного супроводу, що відповідатимуть потребам осіб з особливими потребами у найскладніші часи. Забезпечення їхнього психологічного благополуччя є не лише етичним обов'язком, а й важливою складовою формування стійкого та інклюзивного суспільства.

Список використаних джерел:

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. – APA, 2013.
2. Attwood, T. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. – Jessica Kingsley Publishers, 2007.
3. Gray, C. *The New Social Story Book*. – Future Horizons, 2015.
4. Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L. *Applied Behavior Analysis*. 2nd ed. – Pearson, 2007.
5. Prizant, B. M., Wetherby, A. M. et al. *The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders*. – Paul H. Brookes Publishing, 2006.

6. World Health Organization. *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. – WHO, 2011.
7. Beukelman, D. R., Mirenda, P. *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. – Paul H. Brookes Publishing, 2013.
8. Kearney, C. A. *Helping Children and Adolescents Overcome Anxiety: Evidence-Based Strategies for Emotional and Behavioral Problems*. – Routledge, 2021.
9. Lubetsky, M. J., Handen, B. L., McGonigle, J. J. *Autism Spectrum Disorder: A Clinical Guide for General Practitioners*. – American Psychiatric Publishing, 2011.
10. Cahill, B., McGuire, B. *Friendship Skills in Children: Training and Intervention Approaches*. – Autism Research & Treatment Journal, 2019.

РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕСУРСНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ТА ЇХНІХ РОДИН У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

5.1. ПІДТРИМУВАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ ТА ФОРМИ СУПРОВОДУ РОДИН В УМОВАХ КРИЗИ

Сучасна соціокультурна ситуація в Україні зумовлює зростаючу потребу в розробці та впровадженні ефективних стратегій психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Глобальні виклики, зокрема пандемія COVID-19, повномасштабна війна, соціально-економічна нестабільність, призвели до ускладнення як освітнього процесу, так і умов життя родин, що виховують дітей з ООП. У таких умовах система супроводу має трансформуватися відповідно до нових викликів, забезпечуючи не лише розвиток дитини, а й її адаптацію до нових обставин.

Криза, у широкому значенні цього поняття, виступає не лише як деструктивний фактор, а й як стимул для перегляду підходів до організації допомоги. Вона загострює слабкі місця системи освіти, медицини, соціального захисту, водночас відкриваючи можливості для інновацій. Особливої уваги потребують діти з порушеннями розвитку, поведінковими чи комунікативними розладами, оскільки будь-які соціальні потрясіння негативно впливають на їх психоемоційний стан і адаптаційні можливості.

Пандемія, яка розпочалася у 2020 році, стала першим викликом, що змусив педагогів і психологів терміново переходити на дистанційний формат роботи, шукати нові моделі взаємодії з дитиною та родиною. Досвід цього періоду продемонстрував потребу в розвитку гнучких, адаптивних та технологічно підтриманих форм супроводу. Не менш серйозним чинником, що кардинально змінив освітнє середовище, стала повномасштабна війна в Україні, що триває з 2022 року. Евакуація сімей, тимчасове переміщення,

втрата домівок і близьких, життя в умовах постійного стресу та небезпеки стали реальністю для сотень тисяч українських дітей, зокрема з ООП.

У таких умовах стає очевидним, що традиційні форми допомоги не завжди відповідають реаліям. Зростає потреба в застосуванні гібридних, мобільних, мультидисциплінарних моделей супроводу, що поєднують індивідуальну роботу з дитиною, підтримку батьків і координацію між різними фахівцями: педагогами, психологами, логопедами, соціальними працівниками.

Крім того, в умовах кризи змінюється не лише формат, а й зміст психолого-педагогічного супроводу. Зростає значущість емоційної підтримки, навчання технік подолання тривоги, розвитку навичок саморегуляції. Важливо, щоб фахівці не лише реалізовували стандартні програми, але й були гнучкими, здатними адаптуватися до індивідуальних потреб кожної родини.

Метою цього підрозділу є аналіз стратегій супроводу дітей з ООП у кризових умовах, визначення основних моделей допомоги, ролей фахівців у мультидисциплінарному підході, а також формування системного бачення ефективної підтримки дитини та її родини в умовах невизначеності, стресу та соціальної нестабільності.

Криза як наукове поняття розглядається в межах різних галузей – психології, педагогіки, соціології, медицини. У найзагальнішому значенні криза трактується як стан невизначеності, дестабілізації системи, що вимагає змін або адаптації до нових умов (Н.Д. Левітов, 2021). У психології криза означає напружену життєву ситуацію, яка перевищує звичні адаптаційні можливості особистості, супроводжується стресом, розгубленістю, а іноді – регресом.

У дітей з ООП криза посилює вже наявні труднощі адаптації: знижується контроль за емоціями, порушується поведінка, погіршується сприйняття навчального матеріалу, активізуються психосоматичні прояви

(соматичні болі, енурез, порушення сну тощо). Батьки дітей з ООП також потрапляють у стан гіпервідповідальності, страху, вигорання, що ускладнює виховний процес.

Серед основних типів криз, що впливають на психолого-педагогічну роботу, виділяють:

Сімейну кризу – конфлікти, розлучення, втрата годувальника, народження дитини з інвалідністю.

Освітню кризу – недоступність освітніх послуг, виключення дитини з навчального процесу, булінг.

Соціальну кризу – війна, біженство, евакуація, переміщення.

Особистісну кризу дитини – емоційне виснаження, відчуття інакшості, самоізоляція.

Наукове підґрунтя для створення стратегій супроводу в кризі закладене в роботах українських та зарубіжних науковців. К. Роджерс, у рамках гуманістичної психології наголошував на важливості створення умов безумовного прийняття дитини, емпатійного слухання та підтримки внутрішніх ресурсів особистості. У контексті кризового супроводу це означає надання безпечного простору для дитини, де її тривоги визнаються й опрацьовуються.

У працях Л. С. Виготського було обґрунтовано ідею про зону найближчого розвитку, яка передбачає, що допомога дорослого у кризовий момент має бути адаптивною, послідовною та підтримуючою. Його підхід дозволяє будувати індивідуальні програми допомоги дітям з ООП навіть у надскладних умовах.

Згідно з теорією ієрархії потреб А. Маслоу зазначено, що потреба в безпеці є базовою. Без задоволення цієї потреби неможливе повноцінне навчання чи розвиток. У кризовий період саме психологічна безпека стає ключовим чинником ефективного супроводу.

У психосоціальній теорії розвитку Е. Еріксон зазначає, що кризи можуть бути як деструктивними, так і конструктивними. Головне – чи отримує дитина підтримку дорослого для їх подолання.

Сучасний підхід до супроводу в умовах кризи ґрунтується на таких засадах:

Гнучкість – адаптація підходів до індивідуальних можливостей дитини та конкретної ситуації.

Мультидисциплінарність – участь декількох фахівців у створенні плану допомоги.

Реалістичність – врахування реального ресурсу сім'ї та громади.

Технологічна адаптація – використання цифрових засобів у дистанційному форматі.

Згідно з дослідженнями (Ільчук Л.І., 2023; Лазоренко Н.М., 2022), найефективнішою виявилася інтегрована модель супроводу, яка поєднує:

- психоемоційну стабілізацію дитини (через психотерапію, ігротерапію);
- залучення батьків (психоедукація, консультування);
- міжвідомчу співпрацю (освіта – охорона здоров'я – соціальна сфера);
- планування індивідуального маршруту розвитку.

В умовах тривалих кризових ситуацій – таких як війна, внутрішнє переміщення населення, пандемія COVID-19 – Україна зіткнулася з гострою потребою модернізувати систему супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП).

Ключовими напрямками, які реалізуються в Україні, є:

Інституціоналізація інклюзивної освіти – створення інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) у кожному регіоні відповідно до Постанови КМУ №545 (2018 р.), які забезпечують комплексну оцінку розвитку дитини та супровід сімей.

Залучення мультидисциплінарних команд – у школах з інклюзивною формою навчання діти з ООП мають право на індивідуальну програму розвитку, що розробляється командою супроводу, до якої входять педагоги, логопеди, психологи, асистент вчителя та батьки.

Реакція на кризу війни (з 2022 року):

Розроблено *методичні рекомендації з дистанційного супроводу* дітей з ООП в умовах воєнного стану.

Створено онлайн-платформи для батьків і вчителів: наприклад, «Всеукраїнська школа онлайн» інтегрувала інклюзивні підходи.

У співпраці з міжнародними донорами (ЮНІСЕФ, Save the Children, Міжнародний Альянс з інвалідності) реалізуються програми екстреної допомоги: мобільні групи психологів, кейс-менеджерів, соціальних педагогів.

Підтримка внутрішньо переміщених родин:

Впроваджуються регіональні ініціативи (наприклад, у Львові, Івано-Франківську, Вінниці), де дітям ВПО надається інклюзивна освіта, психологічна допомога та логопедична корекція в рамках освітніх та позашкільних закладів.

Серед ключових моделей надання психолого-педагогічного супроводу дітям з ООП у світі можна виділити наступні:

1. Модель Response to Intervention (RTI) – США. Це тріступенева система підтримки, яка використовується в умовах навчального середовища та в кризових ситуаціях для раннього виявлення учнів, які мають труднощі у навчанні, надання своєчасної та ефективної допомоги, відстеження прогресу та реагування на індивідуальні потреби дитини та запобіганню необґрунтованих і надто ранній ідентифікації дітей як таких, що мають інвалідність.

РТІ є не лише навчальною, а й інклюзивно-психолого-педагогічною моделлю, яка включає постійну співпрацю між педагогами, психологами, логопедами, соціальними працівниками та батьками.

Дана модель поділена на 3 рівні підтримки:

1-й рівень: універсальна підтримка (всі учні) під час якої діти отримують якісне базове навчання у звичайному класі; викладаються загальноосвітні програми, адаптовані до різних стилів навчання; успішність оцінюється за допомогою регулярного моніторингу прогресу (universal screening); якщо учень демонструє труднощі, він переходить на наступний рівень.

2-й рівень: цільова допомога для дітей (10–15% учнів, які мають проблеми з навчанням чи поведінкою) під час якої використовуються структуровані інтервенції (наприклад, тренінги соціальних навичок, програми читання, когнітивна стимуляція) і ця додаткова підтримка надається в малих групах (3–6 осіб); тривалість її від 6 до 12 тижнів; якщо проблеми не вирішуються – перехід до 3 рівня.

3-й рівень: інтенсивна індивідуальна підтримка для дітей з ООП (3–5% учнів з серйозними порушеннями) під час якої застосовується індивідуалізована допомога, іноді щодня; включає в себе психологічне консультування, логопедичні послуги, інтенсивну педагогічну підтримку; визначення інвалідності може відбуватися на цьому рівні.

2. *Великобританія – SEND Code of Practice (2015)*. У Великій Британії діє законодавча база щодо роботи з дітьми з особливими потребами (Special Educational Needs and Disability – SEND), яка гарантує:

Розробку індивідуального плану підтримки (Education, Health and Care Plan – EHCP).

Залучення психологів, психіатрів, логопедів та соціальних працівників.

Під час COVID-19 акцент було зроблено на підтримку сімей через онлайн-консультації, домашні візити та доступ до терапевтичних матеріалів.

За даною моделлю виділено чотири головні категорії інвалідності:

1. Комунікація та взаємодія (порушення мовлення, комунікації, аутизм).
2. Пізнавальні потреби та навчання: специфічні труднощі (дислексія, дискалькулія), загальні проблеми у навчанні.
3. Соціально-емоційне і психічне здоров'я: тривожність, поведінкові порушення, депресія.
4. Фізичні/сенсорні порушення: інвалідність, сліпота, глухота, серйозні порушення опорно-рухової системи.

3. *Норвегія – модель раннього втручання.* Норвезький досвід базується на філософії «профілактики, а не реакції». Основними принципами якого є:

- повна міжвідомча координація (медицина + освіта + соціальні служби);
- домашні відвідування фахівців для оцінки середовища дитини;
- індивідуальні програми розвитку, розроблені з урахуванням сімейної динаміки та культурних особливостей.

4. *Ізраїль – кризовий супровід дітей з інвалідністю.* Ця країна має інтегровану, висококоординовану систему захисту та підтримки дітей з інвалідністю, що враховує постійну загрозу криз (військові конфлікти, ракетні обстріли тощо). Основна особливість – синергія між секторами: охорона здоров'я, соціальний захист, освіта, армія та неурядова організація.

Ключовими елементами системи підтримки виступають:

1. Персоніфіковані плани реагування (PRPs – Personal Response Plans). Для кожної дитини з інвалідністю разом із родиною, соціальним працівником, медиком та психологом розробляється індивідуальний кризовий план, який включає в себе: перелік потреб дитини

(фізичних, сенсорних, поведінкових); алгоритм дій у разі обстрілу чи евакуації; контакти відповідальних осіб і спеціальних служб.

2. Центри кризової допомоги (Merkazim LeMiluim), які працюють на базі шкіл, лікарень та неурядових організацій, що забезпечують психологічну допомогу, сенсорну підтримку, притулок та медикаменти для дітей з ООП. До роботи залучаються психологи, логопеди, дефектологи, армійські медики.
3. Телефонна підтримка та мобільні групи (Rescue Units for Disabled), що визначаються як спеціальні кризові лінії підтримки для дітей з ООП та їхніх родин. У випадку надзвичайної ситуації за адресою дитини виїжджає мобільна бригада, яка може: надати першу допомогу; провести евакуацію; забезпечити комунікацію та надати психологічну підтримку на місці.
4. Навчання та підготовка персоналу. Всі освітні установи мають пройти тренінги з інклюзивної евакуації, поводження з дітьми з порушенням зору, слуху, аутизмом тощо. Армія оборони Ізраїлю (ЦАХАЛ) навчає спеціальні підрозділи реагування на потреби дітей з інвалідністю під час ракетних атак.

5. *Модель мультидисциплінарної команди.* Вона передбачає участь фахівців різного профілю: педагогів, психологів, логопедів, соціальних працівників, лікарів, асистентів вчителя. В свою чергу команда створює індивідуальну програму розвитку (ІПР) дитини та координує підтримку. Між учасниками особливе значення має налагоджена комунікація.

6. *Кейс-менеджмент (Case Management).* Цей підхід був запозичений із соціальної роботи під час якої індивідуальний фахівець (кейс-менеджер) супроводжує дитину/родину на всіх етапах – від оцінки потреб до координування послуг. Дана модель є особливо ефективною у кризових умовах тому що, забезпечує сталість підтримки.

7. *Інтегрована модель «освіта + соціальні послуги + охорона здоров'я»*. Дана модель активно використовується в Норвегії, Ізраїлі, Канаді, а також поступово впроваджується в Україні. Під час певної кризи кожен сектор (освіта, медицина, соцслужби) бере участь у розробці певних рішень для дитини. Наприклад, освітній хаб у громаді включає школу, кабінет психолога, соціального працівника, медсестру, що дозволяє уникнути фрагментації допомоги.

8. *Трирівнева модель підтримки (Tiered Support Model)*, яка широко застосовується у США та ЄС. Вона передбачає 3 рівні підтримки: базова підтримка для всіх учнів; цільова підтримка дітей, які мають помірні труднощі та інтенсивна підтримка (включає психотерапію, медичну допомогу). В умовах кризи дана модель дозволяє швидко ідентифікувати потреби дитини та залучити відповідні ресурси.

9. *Модель «Peer-to-peer» (підтримка рівним рівному)*, яка передбачає підтримку між родинами, що мають подібний досвід. Наприклад, батьки дитини з РАС можуть підтримати іншу сім'ю у кризі. Дана модель використовується в програмах ЮНІСЕФ, «Поруч», у батьківських асоціаціях.

Таким чином, можна зробити висновок, що основною ідеєю у підходах до супроводу дітей з ООП є індивідуалізація супроводу, гнучкість форм (очно-дистанційні, мобільні команди), а також міжвідомча взаємодія. Україна поступово інтегрує ці моделі, орієнтуючись на правозахисний та дитиноцентричний підхід, хоча існують бар'єри: кадровий дефіцит, недостатність фінансування, нерівний доступ у сільських та прифронтових громадах. Міжнародна підтримка (ЮНІСЕФ, ОСНА, Handicap International) відіграє вирішальну роль у впровадженні ефективних практик супроводу дітей з ООП в умовах надзвичайних ситуацій.

Кризові умови – пандемія, військові дії, внутрішнє переміщення – потребують переосмислення підходів до психолого-педагогічного

супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП). У таких ситуаціях виникає потреба в розробці нових моделей, здатних забезпечити підтримку дитини та її родини за відсутності звичних умов навчання, терапії й соціальної взаємодії. Ефективність супроводу в кризових обставинах залежить від того, наскільки гнучкою, системною, доступною та міждисциплінарною є обрана модель допомоги.

Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в умовах кризових ситуацій (війна, пандемія, внутрішнє переміщення, соціально-економічна нестабільність) потребує гнучких та ефективних моделей роботи. Основним завданням такого супроводу є збереження психічного здоров'я, забезпечення доступу до освіти та соціалізації дитини з ООП.

Розглянемо основні види супроводу.

Індивідуальний супровід – це система цілеспрямованих, безперервних, адаптованих до конкретної дитини психолого-педагогічних, соціальних і медичних заходів, які реалізуються фахівцями разом із родиною, з метою створення оптимальних умов для розвитку, навчання та соціалізації дитини з ООП.

Це найбільш гнучка форма, яка дозволяє враховувати потреби конкретної дитини та її сім'ї, яка включаєв себе індивідуальні консультації психолога, логопеда, дефектолога; індивідуальні навчальні плани; психотерапевтичну підтримку. Індивідуальний супровід застосовується коли дитина переживає гостру кризу (втрата дому, травма, ПТСР).

До форм індивідуального супроводу відносяться індивідуальні заняття з фахівцем (у школі, ІРЦ, вдома або онлайн); тьюторський супровід у класі – допомога у навчанні та поведінці; психологічне консультування дитини та родини; адаптація середовища (спеціальні меблі, розклад, візуальні підказки) та підтримка під час перехідних моментів (зміна місця проживання, перехід до нової школи, евакуація).

Приклад індивідуальної моделі супроводу: у дитини з порушенням мовлення після евакуації з прифронтової зони спостерігалася повна мутація. Індивідуальні заняття з логопедом і психологом відновили комунікацію через невербальні засоби, а пізніше – через символічні картки та мову жестів.

Груповий супровід – це форма психолого-педагогічної або соціально-психологічної підтримки дітей з ООП, яка реалізується у малій або середній групі дітей, об'єднаних за віком, типом порушень або характером труднощів.

Це не лише навчання в класі, а спеціально організована корекційно-розвивальна, емоційно-терапевтична, соціально-адаптаційна робота в групі, що сприяє розвитку дитини у взаємодії з іншими.

До форм групового супроводу відносяться групи психологічної підтримки, під час яких відбуваються тематичні зустрічі, спрямовані на опрацювання емоцій, страхів, тривог, відчуття втрат; соціально-адаптаційні групи, які включають в себе тренінги для розвитку навичок комунікації, самообслуговування, поведінки у суспільстві; корекційно-розвивальні заняття під час яких відбувається групова робота з логопедом, дефектологом, психологом для розвитку мовлення, мислення, моторики; групові ігрові терапії (пісочна, казкотерапія, арт-терапія у малій групі) та групи для батьків і дітей (сімейні), що включають в себе спільні заняття з опрацюванням травми, страху, покращення взаємин.

Приклад групової моделі супроводу: у Харкові громадська організація «Світло Надії» організувала серію групових арт-терапевтичних занять для дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР), евакуйованих до західної України. Участь у групах сприяла покращенню навичок емоційної регуляції.

Дистанційна модель супроводу – це форма психолого-педагогічної, соціальної або корекційної підтримки дітей з ООП та їхніх родин, яка

реалізується за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, без фізичної присутності дитини і фахівця в одному приміщенні.

Це не лише «навчання через Zoom», а комплексна система заходів, які охоплюють освітню, емоційну, поведінкову, сімейну та адаптаційну підтримку.

До форм реалізації дистанційного супроводу можна віднести: індивідуальні онлайн-сесії (Zoom, Google Meet, Viber тощо); групові онлайн-заняття; онлайн-консультування для батьків; аудіо- та відеозаписи корекційних вправ; мобільні додатки для розвитку мовлення, комунікації; чати з фахівцями (в т.ч. чатботи та підтримка 24/7); теле- або радіопрограми для дітей з порушеннями слуху/зору; асиметричне навчання (записи занять для самостійного перегляду у зручний час).

Роль фахівців у дистанційній моделі.

1. Психолог: проводить онлайн-діагностику, консультації, розвантажувальні вправи, підтримує емоційний стан дитини.
2. Педагог/корекційний педагог: адаптує навчальні матеріали до онлайн-формату; веде відеозаняття, використовує інтерактивні вправи.
3. Логопед: працює з дитиною над мовленням, використовує спеціальні візуальні матеріали, відео та ігрові елементи.
4. Асистент вчителя / тьютор: допомагає дитині зорієнтуватися в матеріалі під час занять, підтримує організацію діяльності.
5. Батьки: виконують роль модераторів, організаторів середовища, часто беруть участь у сесіях.

Приклад дистанційної моделі супроводу: логопедична робота з дитиною з розладами аутистичного спектра (РАС) під час карантину здійснювалася через короткі відеосесії (10–15 хв), з чітко структурованим змістом, у присутності батьків.

Гібридна модель супроводу – це поєднання очних (традиційних) і дистанційних форм взаємодії між фахівцями, дитиною з особливими освітніми потребами (ООП) та її родиною. Такий формат виявився особливо ефективним в умовах непередбачуваних криз: воєнних дій, пандемій, внутрішнього переміщення, коли необхідно адаптувати супровід під змінні обставини.

Під час використання гібридної моделі супроводу використовуються різні форми роботи. Очна форма передбачає психолого-педагогічну діагностику, заняття з логопедом, індивідуальні або групові тренінги, соціалізацію в освітньому середовищі. Під час використання дистанційної форми на онлайн-заняттях (корекційних, розвивальних), відбувається супровід у періоди ізоляції або переміщення, підтримка батьків через відеозустрічі та месенджери. Під домашньою формою передбачається виконання вправ, отриманих від педагогів або фахівців онлайн/офлайн, участь батьків у формуванні звичок, навичок. Також звичайно відбувається регулярне оцінювання ефективності супроводу через змішані методи: анкети, спостереження, онлайн-тестування, тобто моніторинг та координація.

Мобільний супровід – це форма організації психолого-педагогічної, соціальної та медичної допомоги дітям з особливими освітніми потребами (ООП) та їхнім родинам, що здійснюється виїзними мультидисциплінарними командами фахівців безпосередньо в місцях перебування дітей – громадах, центрах ВПО, притулках, укриттях, сільських школах, тимчасових закладах тощо.

Під час використання мобільного супроводу можна виділити кілька форматів роботи. Такі як: індивідуальний, що включає в себе консультування дитини чи батьків у мобільному кабінеті або на місці; груповий, в який включено стабілізаційні сесії, арт-терапія, руханки для групи дітей; сімейний, який передбачає роз'яснення прав, психологічна

підтримка батьків; скринінг потреб дітей з ООП у громаді, подальше перенаправлення, тобто оглядовий та мультимедійний, під час якого відбувається виїзд та подальша онлайн-підтримка (гібридна модель).

Сімейно-орієнтований супровід – це модель допомоги дитині з ООП, у центрі якої перебуває родина як головний партнер, ресурс і об'єкт підтримки.

Це не просто допомога дитині в присутності батьків, а цілеспрямована взаємодія з усією родиною, яка враховує її потреби, цінності, досвід, психоемоційний стан та готовність до участі в освітньому та виховному процесі дитини.

До форм сімейно-орієнтованого супроводу можна віднести: психологічне консультування, що включає в себе опрацювання стресу, страху, провини, горя, втрати; психоедукація, яка передбачає навчання батьків особливостям діагнозу, методам підтримки; сімейна терапія, що передбачає роботу з усією родиною для покращення комунікації та згуртованості; батьківські клуби під час яких створюються рупи підтримки, де батьки діляться досвідом; супровід у прийнятті рішень під час якого застосовується допомога у виборі освітнього маршруту, медичних рішень; спільна участь у корекційних програмах, що передбачає включення батьків до занять, тренінгів, активностей з дитиною.

Таким чином, стратегії супроводу дітей з ООП під час кризових обставин мають бути адаптивними, гнучкими та мультидисциплінарними. Застосування індивідуальної, групової та дистанційної моделей дозволяє ефективно відповісти на виклики часу, зберігаючи цілісність психоемоційного стану дитини та її родини.

Підхід до психолого-педагогічного супроводу в кризових ситуаціях вже давно перестав бути суто освітнім чи медичним. В умовах багатовимірних викликів, які переживають діти з ООП та їхні родини (війна, втрати, переміщення, соціальна дезадаптація), необхідне об'єднання

зусиль представників різних галузей: освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, громадського сектору. Це реалізується через *міждисциплінарний підхід*.

Міждисциплінарна команда – це колектив фахівців різного профілю, які спільно здійснюють комплексну оцінку потреб дитини та родини; формують індивідуальну програму розвитку або підтримки; реалізують заходи в координації один з одним та забезпечують постійний зворотний зв'язок і адаптацію плану.

Такий підхід сприяє цілісному баченню проблем дитини, мінімізує дублювання функцій і прогалин у супроводі. Розглянемо детальніше завдання ключових фахівців міждисциплінарної команди.

Важливу роль при міждисциплінарному підході відіграє *психолог* (дитячий або практичний психолог закладу освіти) завданнями якого є: психологічна діагностика (тривожність, емоційні розлади); стабілізаційна підтримка в умовах кризи; кризове консультування батьків та застосування методів психотерапії (арттерапія, ігрова терапія, тілесно-орієнтовані техніки).

При кризових умовах психолог забезпечує першу психологічну допомогу (First Psychological Aid); організовує простори безпеки в закладі освіти та підтримує педагогів, які працюють у надзвичайних умовах.

Роль *логопеда, дефектолога, вчителя-реабілітолога* у міждисциплінарній команді зосереджена на формуванні і корекції мовленнєвих навичок; підтримці когнітивного розвитку; реабілітації психомоторики (у випадку фізичних порушень) та адаптації навчального матеріалу.

В кризових умовах дані спеціалісти працюють у гнучкому форматі (виїзні сесії, онлайн-заняття); ведуть індивідуальні маршрути розвитку та співпрацюють із родиною (домашні вправи, консультації).

Завдання *соціального педагога, працівника центрів соціальних служб* спостерігаються у виявленні соціальних ризиків у родині; координації з іншими службами (служба у справах дітей, центри допомоги переселенцям) та супровід у доступі до соціальних послуг.

Дані спеціалісти організовують надання гуманітарної допомоги; допомагають з евакуацією, розміщенням, документуванням та виступають посередниками між родиною та освітньою системою при кризових умовах.

У свою чергу *лікарі (педіатри, психіатри, сімейні лікарі)* забезпечують моніторинг фізичного та психоемоційного здоров'я; виявлення кризових реакцій (депресія, ПТСР, психосоматичні розлади); призначення медикаментозної підтримки (за потреби) та участь у міжвідомчих консилиумах.

У кризових умовах вони працюють у мобільних бригадах (наприклад, «UNICEF Mobile Clinics»); здійснюють телемедичні консультації; та взаємодіють з психологами та педагогами.

Важливу роль у міждисциплінарному підході належить *координатору (керівнику ІРЦ, інклюзивної команди, представнику ГО)* на якого покладаються наступні завдання: організація злагодженої взаємодії команди; контроль за виконанням індивідуального плану; ведення документації, зворотний зв'язок з родиною та організація супервізій для фахівців.

Під час кризових умов цей спеціаліст координує онлайн-супровід, створює кризові маршрути допомоги; мобілізує ресурси громади (психологи, волонтери, спеціалісти NGO) та веде кейси переміщених дітей з ООП.

За умов міждисциплінарного підходу важливим у роботі команди є саме *алгоритм взаємодії*. Він передбачає залучення певних етапів, таких як:

1. Звернення/виявлення дитини з ООП в умовах кризи.

Наприклад, родина звертається до ІРЦ або вчителя, перебуваючи у новій громаді.

2. Проведення мультидисциплінарної оцінки.

Психолог, дефектолог, соціальний педагог визначають рівень адаптації, розвиток, потреби родини.

3. Формування індивідуального плану підтримки (ІПП).

Визначаються форми підтримки (дистанційна/очно-групова/мобільна), відповідальні фахівці.

4. Реалізація заходів і моніторинг. Всі фахівці звітують координатору, корегують дії відповідно до ситуації (наприклад, евакуація).

5. Оцінка результатів і перехід до довготривалої підтримки.

Визначається, чи завершено супровід, чи необхідна пролонгована допомога.

Приклад узгодженої взаємодії в реальній ситуації (case-study).
Родина з дитиною з аутизмом евакуювалася з прифронтового міста до обласного центру. Учасниками даного підходу виступають: координатор ІРЦ, психолог обласної дитячої лікарні, логопед місцевої школи, соціальний працівник ГО «Карітас» та вчитель-асистент. Щодо певних дій команди, психолог проводить кризове обстеження дитини, ІРЦ має організувати інклюзивне зарахування до школи, логопед та дефектолог проводять очні та дистанційні заняття, соціальний працівник допомагає родині оформити допомогу ВПО і через місяць команда переглядає ІПП та коригує формат допомоги (перехід до гібридної моделі).

Результатом такої роботи буде те, що дитина інтегрована до навчального середовища, розвинула базові навички взаємодії, родина отримала комплексну допомогу.

У сучасних умовах багатовимірних криз – пандемії, воєнних дій, соціально-економічної нестабільності – система психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в Україні

зазнала суттєвих трансформацій. Зміни торкнулися як змісту, так і форм організації допомоги, що спрямована не лише на розвиток дитини, а й на забезпечення її психологічної стабільності, адаптації та соціальної інтеграції.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що ефективність супроводу в кризових умовах визначається низкою ключових чинників: індивідуалізацією підходів, гнучкістю організаційних форм, міжвідомчою взаємодією, а також участю родини як рівноправного партнера у процесі допомоги. Найрезультативнішими виявляються моделі, що поєднують мультидисциплінарний підхід, технологічну адаптацію та соціально-емоційну підтримку дитини.

Україна поступово інтегрує найкращі міжнародні практики (RTI, SEND Code of Practice, кейс-менеджмент, раннє втручання, інтегровані моделі освіти та соціальних послуг), створюючи власну систему кризового супроводу, адаптовану до реалій війни та постійних суспільних викликів. Водночас залишається актуальним подолання бар'єрів – кадрового дефіциту, нерівності доступу до послуг, недостатнього фінансування та потреби у підвищенні кваліфікації фахівців.

Отже, стратегія ефективного супроводу дітей з ООП у кризових умовах має базуватися на дитиноцентричному та правозахисному підходах, психологічній безпеці, емоційній підтримці родини, системній координації фахівців і використанні інноваційних, гнучких форм допомоги. Саме така модель забезпечує стійкість, безперервність і гуманістичну спрямованість процесу розвитку дитини в умовах невизначеності.

5.2. ОСОБЛИВОСТІ СУПРОВОДУ РОДИН, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ООП

Сім'я є первинним і найбільш тривалим середовищем розвитку дитини. Особливої актуальності це набуває у випадках, коли йдеться про

дитину з особливими освітніми потребами (ООП). У складних умовах сьогодення – військової агресії, переміщення, втрати житла, хронічного стресу – родина часто стає єдиною стійкою опорою для дитини. Тому психологічний супровід родини не є допоміжним елементом, а основним напрямом підтримки дітей з ООП у кризовий період.

Психологічний супровід родин дітей з особливими освітніми потребами (ООП) є однією з ключових складових у системі комплексної підтримки дитини. Його сутність полягає у наданні цілеспрямованої, систематичної психологічної допомоги членам родини задля гармонізації внутрішньосімейних процесів, посилення адаптаційного потенціалу сім'ї та забезпечення стабільного емоційного фону для розвитку дитини.

Сучасні підходи до супроводу ґрунтуються на системній моделі, де родина розглядається не як пасивний об'єкт втручання, а як активний суб'єкт, що бере участь у вибудовуванні стратегії підтримки та реабілітації дитини. Це особливо важливо в умовах криз, коли емоційні, інформаційні та соціальні ресурси родини суттєво виснажені, а доступ до професійної допомоги обмежений.

Психологічний супровід родин, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, є цілісним, багатовимірним процесом підтримки, спрямованим не лише на полегшення адаптації родини до специфіки розвитку дитини, а й на формування ресурсного, функціонального сімейного середовища, здатного забезпечити її гармонійний розвиток, навчання і соціалізацію.

Цілі психологічного супроводу мають бути інтегрованими, довготривалими та чутливими до змінних потреб родини. Основні з них можна умовно згрупувати у кілька взаємопов'язаних блоків:

1. Емоційна підтримка батьків

Зниження рівня стресу, тривожності, депресивних станів, що часто виникають у батьків після встановлення діагнозу або в процесі взаємодії з дитиною.

Психоемоційна стабілізація родини через визнання переживань, опрацювання почуття провини, страху, втрати очікувань.

Підвищення психологічної стійкості (resilience), що дозволяє батькам залишатися ресурсними навіть в умовах хронічного навантаження.

Батьки не можуть ефективно підтримувати дитину, якщо не отримують емоційної підтримки самі.

2. Підвищення обізнаності та психоедукація.

Надання достовірної інформації про природу порушення, особливості розвитку дитини, прогнози, типові труднощі та варіанти допомоги.

Формування реалістичних очікувань щодо дитини та освітнього процесу.

Ознайомлення з правами родини, алгоритмами доступу до послуг, особливостями взаємодії з системою освіти, медицини, соціального захисту.

Інформований батько – партнер, а не пасивний реципієнт.

3. Розвиток батьківських компетентностей.

Формування навичок ефективного спілкування з дитиною, включаючи невербальні канали, альтернативну комунікацію.

Навчання поведінковим стратегіям, які допомагають упоратися з емоційними вибухами, стереотипіями, регресією поведінки.

Підтримка в організації середовища, структурі дня, стимулюванні навчальної та соціальної активності дитини вдома.

Батьки мають бути не лише турботливими, а й ефективними педагогами та фасилітаторами розвитку.

4. Формування позитивної сімейної динаміки.

Профілактика конфліктів у родині, подружніх криз, зростання емоційної дистанції між членами сім'ї.

Розподіл відповідальності за догляд та навчання дитини, щоб уникнути вигоряння одного з батьків (часто матері).

Підтримка у відновленні соціальних зв'язків – родина не має залишатися в ізоляції.

5. Профілактика емоційного вигорання.

Вчасне розпізнавання симптомів хронічної втоми, безнадії, розчарування у батьків.

Надання технік самодопомоги (релаксація, майндфулнес, планування ресурсного дозвілля).

Формування готовності звертатися за допомогою – зняття почуття сорому або стигми.

6. Підтримка в кризових ситуаціях.

Допомога у випадках втрати, переїзду, насильства, загострення стану дитини.

Кризове консультування, спрямоване на стабілізацію стану батьків.

Реферування до відповідних служб (соціальних, юридичних, медичних).

6. Підтримка в адвокації та громадській активності.

Допомога батькам у захисті інтересів дитини в освітніх або соціальних установах.

Сприяння участі батьків у громадських ініціативах, партнерстві з іншими родинами.

Посилення суб'єктності родини – вона має бути не об'єктом втручання, а учасником формування рішень.

В умовах воєнного стану в Україні ці цілі набувають ще більшої вагомості. Родини часто опиняються в ситуації втрати житла, евакуації, роз'єднання (один з батьків може бути мобілізований), що призводить до

емоційної дестабілізації. У таких обставинах завдання психолога полягає не лише у підтримці, а й у швидкому реагуванні, наданні кризового втручання, фасилітації процесів прийняття нової реальності.

Суттєвою характеристикою сучасного супроводу є його *індивідуалізація* – врахування типу порушення у дитини, психотипу родини, рівня стресостійкості, наявності підтримки ззовні (родичів, громади), досвіду попередньої взаємодії з системою освіти та охорони здоров'я.

Таким чином, психологічний супровід родини дитини з ООП виконує не лише підтримуючу, а й моделюючу, компенсаторну та інтегруючу функції, сприяючи формуванню стійкого життєвого середовища навіть в умовах глибокої соціальної турбулентності.

Психологічний супровід родин дітей з особливими освітніми потребами (ООП) здійснюється через систему різноманітних форм і методів взаємодії, що адаптуються до потреб конкретної родини, типу порушення у дитини, етапу кризового реагування та наявних ресурсів громади. Використання змішаних форматів супроводу дозволяє створити гнучку модель підтримки, що здатна охоплювати як психоемоційні, так і соціально-комунікативні, педагогічні аспекти функціонування родини.

Розглянемо детальніше форми роботи.

Індивідуальні консультації – це найпоширеніша форма роботи, яка передбачає персональну зустріч психолога з батьками або опікунами дитини. Залежно від специфіки запиту, консультації можуть бути:

психоедукаційні – пояснення особливостей розвитку дитини, роз'яснення механізмів поведінки, інформування про можливості супроводу;

емоційно-підтримувальні – допомога у впоранні з тривогою, соромом, втомою, страхами за майбутнє;

корекційні – робота з неадаптивними реакціями або порушеними родинними ролями.

Формат може бути очним, дистанційним (через відеозв'язок), телефонним або комбінованим. У кризових ситуаціях (воєнні дії, вимушене переміщення) рекомендується застосування короткострокових стратегічних інтервенцій (2–5 зустрічей), що орієнтовані на стабілізацію.

Перевагою такої форми роботи безперечно є: гнучкість; конфіденційність; можливість глибокого аналізу ситуації.

Групові форми роботи. Групові заняття для батьків є ефективним способом як підтримки, так і формування нових моделей поведінки та сприйняття себе в батьківській ролі. Вони поділяються на:

психоедукаційні групи – серії зустрічей із фахівцями, під час яких батьки отримують інформацію щодо особливостей розвитку дитини, методів стимулювання, форм корекції поведінки, комунікативної підтримки. Часто проводяться на базі інклюзивно-ресурсних центрів, закладів освіти або неурядові організації;

групи психологічної підтримки (групи взаємодопомоги) – організовуються для емоційної розрядки, обміну досвідом, зниження відчуття ізоляції. Такі групи формують почуття належності, знижують стигматизацію та сприяють адаптації;

терапевтичні групи – глибша форма роботи, яка може включати елементи когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованих підходів. Формуються під керівництвом сертифікованого психотерапевта.

Перевагою є: нормалізація емоційного стану; розвиток горизонтальної взаємопідтримки; активізація батьківської ініціативи.

Сімейна психотерапія – це форма взаємодії, що охоплює не окремо батьків, а всю родину як систему. Застосовується у випадках: повторюваних конфліктів у родині; емоційного відсторонення одного з батьків; високої тривожності або надконтролю; ситуацій, коли дитина не має сталого догляду.

Мета сімейної терапії – гармонізувати міжособистісні зв'язки, зменшити напругу, підвищити ефективність батьківської взаємодії, навчити прийняттю діагнозу дитини та змін життєвих очікувань. ЗПід час сімейної психотерапії застосовуються елементи системної, нарративної, емоційно-фокусованої терапії.

Інтегративні психотерапевтичні методи. З огляду на гетерогенність родинних ситуацій, ефективним є застосування поєднаних методик:

арт-терапія – створення малюнків, колажів, робота з кольором як спосіб вираження емоцій;

казкотерапія – особливо цінна для родин з дітьми молодшого віку;

метафоричні асоціативні карти (МАК) – інструмент для вербалізації внутрішнього досвіду, працює з образами та емоціями;

психодрама – програвання ролей з метою усвідомлення позицій у родині;

кризове консультування – короткострокові втручання у випадках гострих емоційних реакцій, дезадаптації, втрати.

Дистанційна робота з родинами. У контексті пандемії COVID-19, а згодом і воєнного стану в Україні, дистанційні методи стали не лише вимушеним, а й ефективним каналом взаємодії під якої використовуються:

відеосесії через Zoom, Google Meet;

мобільні месенджери (Viber, Telegram) – для мікропідтримки;

платформи дистанційного навчання – для психоедукації;

онлайн-групи підтримки (з модератором).

Важливими умовами ефективності дистанційної роботи є: цифрова грамотність батьків, доступ до пристроїв, стабільний інтернет, конфіденційність, емоційна готовність до відкритості.

Вулична робота / мобільні бригади – ця форма супроводу використовується в громадах, де відсутня постійна присутність фахівців. Спеціальні мобільні команди (психолог, соціальний працівник, педагог)

виїжджають для проведення консультацій, тренінгів, надання першої психологічної допомоги родинам дітей з ООП.

Цей підхід є прикладом гнучкої відповіді системи на потреби родин в умовах кризи, зокрема серед внутрішньо переміщених осіб, у сільських громадах, на прифронтових територіях.

Отже, психологічний супровід родин дітей з ООП реалізується через різноманітні, доповнюючі одна одну форми і методи, що дають змогу:

- досягти стабілізації емоційного стану;
- підвищити компетентність батьків;
- сприяти згуртованості та стійкості родини.

Оптимальною є інтегративна модель, яка поєднує індивідуальну, групову, дистанційну та сімейну роботу, що забезпечує довготривалу ефективність психологічної підтримки.

Психологічний супровід родин дітей з особливими освітніми потребами (ООП) є багатовекторним процесом, який передбачає використання комплексу форм та методів, орієнтованих на подолання труднощів адаптації, підвищення батьківської компетентності, зміцнення ресурсів родини та покращення емоційного клімату. Формати взаємодії обираються залежно від індивідуальних потреб родини, соціального контексту, глибини кризових переживань та наявних організаційних можливостей.

Індивідуальна робота з батьками є найбільш гнучкою формою психологічної допомоги. Вони дозволяють зосередити увагу на унікальних потребах родини, рівні прийняття діагнозу дитини, попередньому досвіді взаємодії з системою освіти та охорони здоров'я.

Консультації можуть включати:

психоедукацію: роз'яснення батькам механізмів особливостей розвитку дитини (наприклад, гіперчутливості, порушень комунікації, агресивної поведінки), корисних стратегій адаптації;

психоемоційну підтримку: опрацювання емоцій (тривога, провина, злість, розгубленість), формування навичок емоційної саморегуляції;

профілактику вигорання: виявлення ознак хронічної втоми, допомога в організації самодопомоги, встановлення здорових меж між ролями батька/матері та функцією «постійного доглядальника».

Часто доцільним є створення індивідуального плану психологічного супроводу родини, який включає визначення цілей, частоту зустрічей, узгодження стратегій з іншими фахівцями (педагогами, логопедами, лікарями тощо).

Групова робота з батьками дозволяє тату та мамі дитини не лише отримати фахову підтримку, а й відчувати себе частиною спільноти, обмінятися досвідом, знизити відчуття ізоляції.

Види групової роботи:

групи психоосвіти (навчальні семінари): знайомлять батьків з сучасними підходами до виховання дітей з ООП, методами поведінкової корекції, основами сенсорної інтеграції, техніками ненасильницького спілкування;

групи психологічної підтримки (взаємодопомоги): орієнтовані на створення безпечного простору для емоційного самовираження, нормалізації переживань («не лише я це проходжу»), формування ресурсного бачення;

групи особистісного зростання / терапевтичні групи: використовують методики гештальт-терапії, арт-терапії, емоційно-фокусованого підходу для глибокої роботи з внутрішніми конфліктами та травмами;

тематичні групи (наприклад: «Батьківство в умовах війни», «Як говорити з дитиною про її особливості», «Підготовка до інклюзії»).

Організація групових заходів може здійснюватися на базі ІРЦ, центрів соціальних служб, закладів освіти, громадських ініціатив.

Сімейно-центризований підхід передбачає включення усієї родини у процес психологічного супроводу. Сім'я розглядається як цілісна система, зміни в якій впливають на розвиток дитини. Робота охоплює: розподіл ролей у родині; динаміку взаємодії між батьками, між братами/сестрами; залучення дідусів, бабусь, опікунів до процесу підтримки.

Фахівець виступає фасилітатором, який допомагає родині: знайти баланс між інтересами дитини та іншими членами родини; подолати внутрішні конфлікти (провина, емоційне віддалення, суперечності у виховних підходах); виробити спільну стратегію дій.

Методи сімейного супроводу включають: сімейні наради; генограма як метод виявлення ресурсів і повторюваних патернів; сімейна арт-терапія; рольові розстановки, методика «порожнього стільця»; відкриті діалоги, що використовуються у кризовій терапії.

Інноваційні та інтегративні методи також використовуються у роботі з родинами дітей з ООП. Зокрема активно застосовуються *креативні та інтегративні підходи*, які враховують культурні, соціальні, емоційні та когнітивні особливості учасників: арт-терапія – допомагає батькам виражати складні почуття через символічні образи, знижує тривожність. казкотерапія – дозволяє переосмислити життєві труднощі в алегоричній формі, ефективна для роботи з батьками молодших дітей; метафоричні асоціативні карти (МАК) – сприяють виявленню глибинних установок, трансформації переконань про «погане батьківство», «безпорадність»; кризове консультування – короткострокові інтервенції при шокowych реакціях, раптовій втраті, гострій дезадаптації.

Дистанційна робота з родинами. Цифрові технології значно розширили можливості фахівців у роботі з родинами. Онлайн-супровід є ефективним у таких випадках:

родина проживає у віддаленій місцевості;

немає фізичної можливості приїхати до фахівця (переміщення, бойові дії);

є потреба у безперервності контакту.

Інструменти:

відеозустрічі (Zoom, Google Meet, Viber);

онлайн-платформи з навчальними курсами;

чати підтримки;

мікропідтримка (щоденні повідомлення-нагадування, «психологічний календар»).

Успіх дистанційної форми залежить від цифрової компетентності батьків, мотивації, стабільності інтернет-зв'язку, навичок саморегуляції.

Мобільні (виїзні) форми підтримки – це мобільні бригади, які складаються з психолога, соціального працівника, фахівця з інклюзії, логопеда, забезпечують доступ до психологічної допомоги в громадах, де вона відсутня або тимчасово недоступна. Це надзвичайно актуально для прифронтових територій, внутрішньо переміщених родин, сільських регіонів.

Такі бригади:

здійснюють первинну психологічну оцінку;

проводять короткострокові консультації;

надають кризову підтримку;

спрямовують на подальшу допомогу.

Застосування різноманітних форм і методів у психологічному супроводі родин дітей з ООП забезпечує гнучкість, адаптивність та ефективність роботи. Вибір конкретного формату залежить від індивідуальних особливостей родини, ресурсів громади, рівня готовності до співпраці та глибини психоемоційної проблематики. Найефективнішими є комбіновані моделі, які поєднують індивідуальну, групову, дистанційну та сімейну роботу з інтегративними методами.

Сучасні підходи до психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами (ООП) дедалі частіше орієнтуються на концепцію *сімейно-орієнтованого підходу*. Такий підхід визнає провідну роль родини в житті дитини, особливо в умовах кризи, та передбачає партнерське включення сім'ї в усі етапи допомоги – від діагностики до реалізації програм розвитку та психосоціальної підтримки.

Сімейно-орієнтований підхід – це концепція, за якою дитина не розглядається окремо від свого родинного оточення, а родина – не як об'єкт допомоги, а як активний учасник і партнер у процесі супроводу.

Такий підхід визнає:

- право родини на участь у прийнятті рішень щодо дитини;
- необхідність поваги до її досвіду, цінностей, культурного фону;
- унікальність потреб і ресурсів кожної родини;
- важливість взаємоповаги, відкритого діалогу і підтримки суб'єктності батьків.

Фокус супроводу зміщується з «виправлення» поведінки дитини на розвиток потенціалу всієї родини, оскільки позитивні зміни в сімейній системі автоматично впливають на емоційне самопочуття, адаптаційні механізми та соціальні навички дитини з ООП.

Основні принципи сімейно-орієнтованого підходу:

1. Партнерство – батьки та фахівці співпрацюють як рівноправні учасники процесу: батьки мають право голосу у розробці індивідуальних планів розвитку (ІПР), програм втручання тощо.
2. Повагу до родинного досвіду та переконань – врахування світогляду, стилю життя, релігійних або культурних особливостей сім'ї.
3. Силова орієнтація (*strength-based perspective*) – акцент не на «проблемах», а на потенціалі, ресурсах, сильних сторонах родини.
4. Гнучкість у підходах – адаптація програм супроводу до умов життя родини, її графіку, доступності транспорту, наявності інших дітей.

5. Підтримка автономії – допомога батькам у формуванні власної стратегії допомоги дитині, підвищення рівня самостійності й упевненості у своїх рішеннях.

Практична реалізація сімейно-орієнтованого підходу здійснюється фахівцями, які працюють у рамках сімейно-орієнтованої моделі і які повинні:

будувати довірливі стосунки з родиною на засадах прозорості й щирості;

вивчати очікування родини стосовно дитини, майбутнього, взаємодії з фахівцями;

підтримувати батьківську суб'єктність навіть у випадках «батьківської кризи» (відчуття безпорадності, уникання участі в житті дитини);

здійснювати міждисциплінарну взаємодію у межах мультикомандного підходу, координуючи дії медиків, педагогів, психологів, соціальних працівників.

Також важливо проводити:

домашні візити або дистанційні зустрічі з батьками;

залучення родини до спільних заходів (тренінгів, майстер-класів, фестивалів);

постійне зворотне інформування про успіхи дитини, динаміку, зміни в програмах.

Переваги сімейно-орієнтованого супроводу переважно прослідковуються у:

зниженні тривожності батьків: відчуття участі у прийнятті рішень зменшує безсилля та відчай;

покращенні адаптації дитини: стабільне, ресурсне родинне середовище створює умови для ефективного навчання й соціалізації;

зміцненні довіри до фахівців: родина стає не споживачем послуг, а їх партнером.

- підвищенні ефективності інтервенцій: батьки краще розуміють суть методів, активніше застосовують їх у повсякденному житті.

Попри очевидні переваги, впровадження сімейно-орієнтованого підходу в Україні стикається з певними викликами:

низький рівень підготовки фахівців до роботи з родиною як системою;

домінування патерналістських моделей («фахівець знає краще»);

брак ресурсів на індивідуалізацію супроводу;

стигматизація батьків та їхня «провина за порушення дитини».

У сучасних реаліях (зокрема, в умовах війни) додатковим викликом є емоційна виснаженість родин, відсутність стабільності, а також обмеження у доступі до очних послуг.

Розвиток сімейно-орієнтованого підходу в Україні можливий за таких умов: системне навчання фахівців за принципами роботи з родинами; інтеграція сімейного компоненту в роботу ІРЦ, освітніх та медичних установ; створення платформ підтримки батьків, мереж само- і взаємодопомоги; підтримка соціальними сервісами сімей, які виховують дітей з ООП.

Сімейно-орієнтований підхід – не просто одна з моделей взаємодії, а цілісна філософія супроводу, яка базується на визнанні цінності кожної родини, її потенціалу, права на повагу й участь. Такий підхід забезпечує сталість позитивних змін у житті дитини з ООП і підвищує ефективність всієї системи інклюзивної освіти, особливо в кризові періоди.

Кризовий компонент є невід’ємною частиною психологічного супроводу родин, які виховують дітей з особливими освітніми потребами (ООП), особливо в умовах тривалих соціальних потрясінь – війни,

примусової міграції, економічної нестабільності, пандемії тощо. Під кризою в контексті супроводу розуміють гостре порушення стабільності сімейної системи, яке супроводжується втратою звичних опор, високим рівнем стресу, емоційною дезорганізацією і, нерідко, ризиками вторинної травматизації дитини.

Рівні кризи, з якими стикається родина

Кризові ситуації можуть мати різну природу та рівень впливу:

Індивідуальні кризи – особисті переживання батьків після встановлення діагнозу, втрата очікувань, почуття провини або безсилля.

Сімейні кризи – порушення стосунків у подружжі, конфлікти між членами родини, різні погляди на «лікування» дитини.

Соціальні кризи – втрата роботи, переселення, дезадаптація в новій громаді.

Гуманітарні катастрофи – війна, зруйноване житло, втрата підтримки, насильство, тривалий страх.

Варто відзначити, що батьки дітей з ООП апріорі знаходяться у стані підвищеного стресу, тому додаткові зовнішні чинники легко активують кризові механізми, що призводить до: погіршення взаємодії з дитиною; посилення стигматизації; ігнорування потреб самої дитини; емоційного вигорання.

Кризовий супровід відрізняється від звичайної підтримки інтенсивністю, терміновістю та фокусом на стабілізацію. Основними завданнями психолога є:

1. Оцінити ступінь кризи (експрес-діагностика емоційного стану, рівня загрози, функціонального потенціалу родини).
2. Забезпечити безпечний простір для вираження емоцій, в тому числі «негативних» (злість, сором, розпач).
3. Сформулювати первинні стратегії подолання: що робити зараз, до кого звернутися, як зменшити тривожність.

4. Надавати короткострокову психологічну підтримку (2–5 сесій), спрямовану на стабілізацію.

5. Профілактика посттравматичних розладів – особливо після травматичних подій (обстріли, загибель родича, втеча з окупації).

6. Мотивувати родину до подальшого отримання допомоги (соціальної, медичної, педагогічної), бо часто в кризі виникає апатія або дезорієнтація.

У роботі з родинами дітей з ООП доцільно орієнтуватися на *структуровану модель кризового втручання*:

1. Контакт і безпека – встановлення довіри, виявлення нагальних ризиків (насильство, ізоляція, суїцидальні думки).

2. Активація підтримки – виявлення ресурсів родини, наявності соціальних зв'язків, формування відчуття «я не один».

3. Нормалізація реакцій – пояснення батькам, що їхні емоції природні, реакції – адаптивні.

4. Стабілізація – використання технік дихання, заземлення, тілесної саморегуляції.

5. Пошук нових опор – допомога в осмисленні ситуації, відновленні контролю, постановці малих досяжних цілей.

У практиці супроводу родин дітей з ООП ефективними є такі методи:

Кризове консультування – короткочасні сесії, спрямовані на зняття шокового стану, опрацювання першочергових емоцій.

Техніки саморегуляції – дихальні практики, прогресивна м'язова релаксація, «заземлення» через фокус на тіло.

Арт-терапевтичні інструменти – спонтанне малювання, колажі як канал безпечного емоційного розвантаження.

Психоедукація – пояснення, що таке стрес, як він впливає на поведінку дитини та батьків, як відновлювати себе.

Підтримка «тут-і-зараз» – фокус на малій дії, щоденній структурі, обмеження інформаційного шуму.

Після початку повномасштабної війни в Україні кількість кризових запитів з боку родин зросла у кілька разів. Родини опинилися у ситуаціях: тривалої розлуки (один із батьків на фронті); втрати постійного житла; переміщення дитини з інвалідністю в інше місто/країну без супроводу; повної ізоляції через нестачу транспорту, зв'язку, доступу до інклюзивних послуг.

У цих умовах психологи змушені були адаптувати методи до: дистанційного формату (онлайн-консультування); мобільних виїзних команд у громадах; груп швидкого реагування при центрах гуманітарної допомоги.

Найбільш ефективною виявилась стратегія інтеграції кризового компонента в основні програми супроводу, а не виокремлення його як додаткової послуги.

Крім реагування на вже наявну кризу, психологічний супровід родин має включати профілактичні заходи:

- регулярні зустрічі для оцінки емоційного стану;
- треінги емоційної грамотності;
- підтримка батьківських ресурсів (навчання тайм-менеджменту, створення родинного розкладу, підтримка в прийнятті допомоги від інших);
- створення мереж взаємодопомоги між родинами (онлайн-спільноти, клуби батьків, обміни досвідом).

Кризовий компонент психологічного супроводу родин дітей з ООП вимагає гнучких, чутливих до контексту підходів, високої професійної компетентності фахівця та наявності міжвідомчої взаємодії. Ефективна кризова допомога не лише знижує рівень деструктивних наслідків для

родини, а й створює основу для її стійкості, адаптації та подальшого розвитку в умовах невизначеності.

Психологічний супровід родин дітей з особливими освітніми потребами є об'єктом постійної уваги як з боку науковців, так і практиків у різних країнах світу. Досвід держав із розвиненими системами інклюзивної освіти та сімейної політики дозволяє виділити низку моделей, які можуть бути адаптовані до українського контексту. Водночас українська система психолого-педагогічної підтримки має власні напрацювання, особливо в умовах війни, що суттєво змінили запити родин та способи організації допомоги.

Міжнародний досвід.

США – модель Response to Intervention (RTI).

RTI – це модель багаторівневої підтримки, спрямована на раннє виявлення труднощів та надання цілеспрямованої допомоги, у тому числі батькам дітей з ООП. Вона включає:

перший рівень – універсальна профілактична робота (у тому числі інформаційна підтримка родин);

другий рівень – короткотривалі втручання для груп підвищеного ризику;

третій рівень – інтенсивна індивідуальна допомога дитині та родині, включаючи психологічну підтримку, коучинг для батьків, послуги соціального працівника.

Сильними сторонами RTI є міждисциплінарність, інтеграція з освітньою системою та чітка структурованість втручань. У рамках цієї моделі практикується активне залучення батьків до прийняття рішень, формування індивідуального плану підтримки (IEP – Individualized Education Plan).

Велика Британія – SEND Code of Practice (2015).

Документ встановлює правила надання підтримки дітям з особливими освітніми потребами та їх родинам. Основними його положеннями є:

- спільне планування підтримки з родиною (включення батьків у розробку і реалізацію індивідуальних планів);
- особистісно-орієнтований підхід – з урахуванням потреб не лише дитини, а й усієї родини;
- інтеграція між освітніми, соціальними, медичними службами;
- обов'язковість моніторингу ефективності допомоги, включаючи зворотній зв'язок від батьків.

Згідно з практикою Великобританії, кожна родина має право на індивідуального кейс-менеджера, який координує процес супроводу, а в разі кризової ситуації – мобілізує відповідні ресурси.

Ізраїль – моделі кризового втручання

В Ізраїлі, враховуючи специфіку життя в умовах постійних конфліктів, активно впроваджено кризовий компонент у роботу з дітьми з інвалідністю та їхніми родинami. Особливості:

- мобільні кризові команди психологів та соціальних працівників;
- надання швидкої допомоги (до 48 годин після події);
- сімейна орієнтація: вся робота ведеться з урахуванням динаміки родини, її культури, цінностей;
- довготривала підтримка – включає програму реадaptaції, реабілітації та супровід у прийнятті нової реальності.

У центрі ізраїльської моделі – побудова психологічної стійкості (resilience), як у дитини, так і в родини загалом.

Фінляндія – превентивна та ресурсно-орієнтована модель.

Система підтримки в цій країні базується на ідеї, що найкраща підтримка дитини – це підтримка її родини. Основні компоненти:

консультаційні сімейні центри;
родинно-орієнтовані послуги в школах (мультимедичні кімнати, доступ до психолога без направлення);
безоплатна участь батьків у тренінгах, клубах, групах підтримки;
систематичне оцінювання добробуту родини з подальшим підбором індивідуальної програми підтримки.

Український досвід

До початку повномасштабного вторгнення 2022 року Україна поступово впроваджувала інклюзивні освітні практики, у тому числі розвиток інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), які почали включати в свою діяльність консультування родин. Серед важливих практик:

індивідуальні консультації;
складання ІПР за участю батьків;
психолого-педагогічна просвіта родин;
участь батьків у роботі мультидисциплінарної команди.

З початком війни супровід родин змінився:

зросла роль дистанційних форматів (онлайн-групи, чат-підтримка, телепсихологія);
виникли виїзні мобільні бригади підтримки в ОТГ та тимчасових шелтерах;
активізувалися громадські ініціативи (БФ «Крок за кроком», ГО «Батьки за інклюзією»);
НУО та донорські програми (UNICEF, People in Need, ChildFund Deutschland) реалізували освітні, психологічні та гуманітарні пакети підтримки родин.

Також створено ресурси для самодопомоги батьків (відеолекції, порадики, платформи з дистанційною терапією), проте їх доступність нерівномірна по регіонах.

Спільні риси та ключові відмінності

Аспект	Міжнародна практика	Українська практика
Участь родини	Системна, інтегрована в освітній процес	Часткова, залежить від ініціативи ІРЦ або фахівця
Міждисциплінарна взаємодія	Обов’язкова, законодавчо регламентована	Початковий рівень, часто формальна
Кризова допомога	Вбудована в структуру підтримки	Реалізується переважно в рамках НУО та волонтерів
Дистанційний формат	Інтегрований, забезпечується на національному рівні	Використовується нерівномірно, іноді спорадично
Залучення громади	Високий рівень (консультаційні центри, муніципальні програми)	У розвитку, переважно завдяки донорським ініціативам

Вивчення міжнародного досвіду свідчить про ефективність комплексного, міжвідомчого, родинно-орієнтованого підходу до супроводу родин, що виховують дітей з ООП. Українська практика потребує подальшої інституціалізації допомоги, підвищення ролі родини як повноцінного партнера, адаптації успішних моделей до національного контексту – особливо в умовах тривалих криз. Важливо забезпечити не лише фахову підтримку родин, а й сталість, доступність та гнучкість програм супроводу.

Психологічний супровід родин дітей з особливими освітніми потребами (ООП) в Україні перебуває у процесі активного формування. В умовах гуманітарних викликів – пандемії, війни, внутрішньої міграції, зростання соціального навантаження на родини – питання розвитку якісних, доступних і стійких моделей психологічної підтримки набуло стратегічного

значення. Сучасні трансформації у сфері освіти, охорони здоров'я, соціального захисту вказують на необхідність комплексного перегляду підходів до супроводу родин та інтеграції найкращих міжнародних практик.

Сучасні виклики, що формують перспективи

1. Військовий стан і гуманітарна криза:
руйнування закладів освіти і медичних центрів;
переміщення сімей з дітьми з інвалідністю;
збільшення кількості дітей з психотравмами;
виснаження ресурсів родин.
2. Нерівний доступ до послуг:
дисбаланс між містом та селом;
брак спеціалістів у громадах;
нерозвиненість онлайн-сервісів у віддалених регіонах.
3. Потреба в інституціоналізації допомоги:
допомога часто має проєктний, волонтерський або
фрагментарний характер;
нестача державних програм довготривалого
психосоціального супроводу родин.

Основні напрямки перспективного розвитку

1. Законодавче закріплення супроводу родин як елементу інклюзивної політики

Необхідне:

включення психосоціального супроводу родин до базового пакету освітніх, соціальних та медичних послуг;
унормування ролі фахівця з психосоціальної підтримки в освітніх та реабілітаційних установах;
створення державного стандарту супроводу родин, аналогічного міжнародним практикам (наприклад, SEND Code of Practice у Великобританії).

2. Розвиток міжвідомчої інтеграції

Ефективна допомога можлива лише за умови співпраці:

педагогів, психологів, соціальних працівників, медиків;
служб захисту прав дітей, центрів соціальних служб,
громадських ініціатив;
залучення представників місцевого самоврядування.

Необхідне створення мультидисциплінарних команд підтримки родин, які координуються через ІРЦ, Центри професійного розвитку педагогів або громадські хаби.

3. Професіоналізація фахівців

Необхідно:

включити теми сімейного супроводу, кризового консультування, інклюзивної комунікації в навчальні програми ВНЗ;
створити національні програми підвищення кваліфікації для психологів та педагогів у темі родинної підтримки;
поширити супервізійні практики для фахівців, які працюють з родинами у стані стресу та втрати.

4. Децентралізація та розвиток послуг на рівні громади

Громади мають стати активним середовищем надання допомоги родинам, зокрема:

формування локальних мобільних команд підтримки;
створення хабів для батьків – місць зустрічей, навчань, обміну досвідом;
інтеграція послуг супроводу в інші інституції (ЦНАПи, бібліотеки, ЦПМСД).

5. Розвиток дистанційного супроводу

В умовах нестабільності (воєнний стан, пандемії, міграція) особливого значення набуває технологічна доступність допомоги:

створення національної онлайн-платформи психосоціальної допомоги родинам з ООП (відеоконсультації, порадики, онлайн-групи);

забезпечення фахівців технічними ресурсами та навчанням для якісного дистанційного супроводу;

залучення української діаспори та закордонних експертів до онлайн-супроводу українських родин за кордоном.

6. Залучення самих батьків як партнерів і фахівців

Успішні міжнародні практики свідчать про ефективність:

тренінгів «батько для батька»;

формування самодопоміжних батьківських мереж;

створення координаторів з числа батьків, які можуть підтримувати інших родичів дітей з ООП у громаді.

Український рух батьків за інклюзію вже має потужну платформу, яка може бути посилена державним ресурсом.

Очікувані результати та довготривалі ефекти

У разі реалізації вищезазначених напрямків можливі такі позитивні зміни:

зниження рівня вторинної травматизації родин;

покращення емоційного клімату в сім'ях;

підвищення ефективності інклюзивного навчання;

розвиток соціальної активності батьків;

профілактика емоційного вигорання у фахівців та батьків.

Психологічний супровід родин із дітьми з ООП перестане бути фрагментарною «послугою за потреби», а стане системною складовою соціально-освітнього процесу, що відповідає за формування людського потенціалу країни.

Розвиток психологічного супроводу родин дітей з особливими потребами в Україні – це не лише питання гуманізму, а й фактор стійкості

освітньої, соціальної та громадської системи. Інституціоналізація супроводу, підготовка кадрів, цифрова доступність і міжвідомча співпраця є ключем до формування інклюзивного середовища нового типу, здатного підтримувати сім'ї навіть в умовах кризи. політики держави.

Список використаних джерел:

1. Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard*. 111 (1), 48–61.
2. Joseph, S., & Linley, P.A. (2006). Positive psychology versus the medical model? *American Psychologist*. 61 (4), 332–333.
3. Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. London: Routledge.
4. Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Millikan, E. (2000). Understanding Social Adaptation in Children with Mental Retardation: A Social-Cognitive Perspective. *Exceptional Children*, 66(4), 530-545. <https://doi.org/10.1177/001440290006600406>
5. Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
6. Maskey, Morag & Rodgers, Jacqui & Ingham, Barry & Freeston, Mark & Evans, Gemma & Labus, Marie & Parr, Jeremy. (2019). Using Virtual Reality Environments to Augment Cognitive Behavioral Therapy for Fears and Phobias in Autistic Adults. *Autism in Adulthood*. 1. 10.1089/aut.2018.0019.
7. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>.

8. Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). New York, NY: Guilford Press.
9. Santich, M., & Kavanagh, D. J. (1997). Social adaptation of children with mild intellectual disability: Effects of partial integration within primary school classes. *Australian Psychologist*, 32(2), 126–130. <https://doi.org/10.1080/00050069708257365>
10. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and courses of PTSD in young children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 183–198. <https://doi.org/10.1007/s10567-008-0038-4>
11. Siegel D.J. (2020). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. The Guilford Press.
12. Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
13. Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2021). Evidence-based psychosocial treatments for pediatric anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 41, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101898>
14. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>.
15. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.

Наукове видання

Леся Іванівна Прохоренко, Ксенія Борисівна Бужинецька,
Ольга Олексіївна Бабяк, Наталія Іванівна Баташева

**ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ПІД
ЧАС КРИЗ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД**

Монографія

Ум. друк. арк. 11,0

Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка
НАПН України 04060 м. Київ, вул. М. Берлінського 9
тел. : +380 98 949-73-02