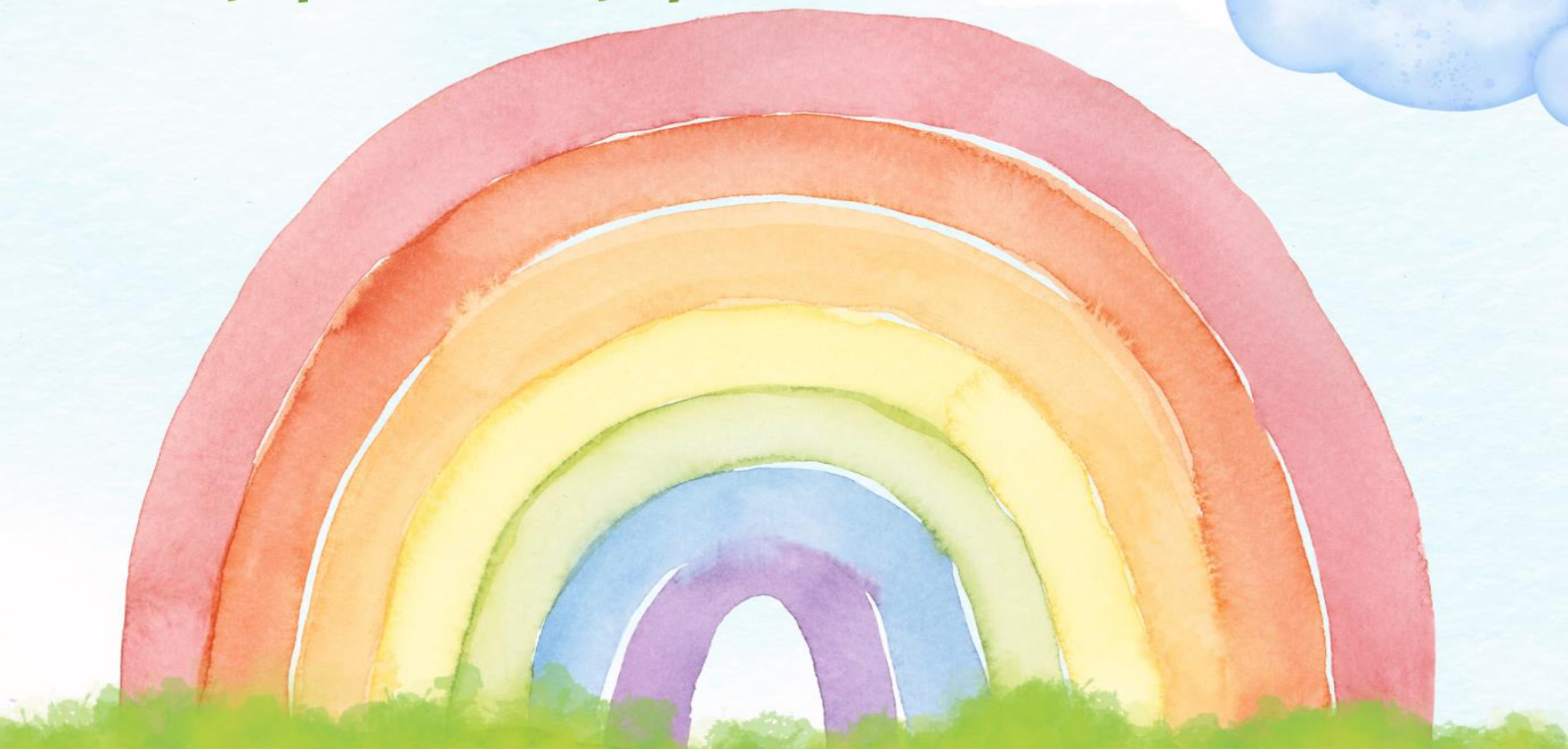
Ксенія Бужинецька



Загоєння ран дитинства: реабілітація дітей з травматичним досвідом війни



Навчально-методичний посібник

УДК 159.922.7:159.944.4:376(072)

Рекомендовано вченою радою Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (протокол № 8 від 09.07.2026)

Рецензенти:
СОКОЛОВА Ганна Борисівна, доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент НАПН України, директор навчально-наукового інституту фізичної культури, спорту та реабілітації, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»
ДУШКА Алла Луківна, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького

Бужинецька, К. (2026) *Загоєння ран дитинства: реабілітація дітей з травматичним досвідом війни.* Навчально-методичний посібник. Київ : Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 70 с.

Навчально-методичний посібник присвячено теоретичним і практичним аспектам організації психологічної підтримки та реабілітаційного супроводу дітей, які зазнали впливу травматичних подій в умовах війни, з особливою увагою до дітей з особливими освітніми потребами.

Посібник адресовано практичним психологам, спеціальним і соціальним педагогам, фахівцям із психологічної реабілітації, реабілітологам, соціальним працівникам, фахівцям інклюзивно-ресурсних центрів, закладів освіти та реабілітаційних установ, а також науковим і науково-педагогічним працівникам, які досліджують проблеми психологічної підтримки та реабілітації дітей в умовах кризових викликів.

Навчально-методичний посібник виконано за рахунок коштів гранту Президента України, наданого Національним фондом досліджень України у рамках Проєкту «Реабілітація дітей з ООП з травмівним досвідом війни: подолання емоційних і соціальних порушень засобами імерсивного середовища».

УДК 159.922.7:159.944.4:376(072)

© Бужинецька, К., 2026

© Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України

Зміст

Розділ I. Теоретичні та організаційні засади……....7

Розділ II. Організація середовища і використання наявної бази……...11

Розділ III. Оцінювання потреб, психодіагностика та індивідуальна програма……..13

Розділ IV. Безпека, етика та маршрутизація допомоги……..18

Розділ V. Авторська восьмимодульна модель психосоціального й реабілітаційного супроводу……...21

Розділ VI. Протоколи застосування цифрових та сенсорних технологій……...……44

Розділ VII. Науково-методичні результати та оцінювання програми реабілітаційного супроводу ……..48

Розділ VIII. Практичні ситуації та міждисциплінарні рішення……...54

Розділ IX. Взаємодія із закладом освіти, сім'єю та громадою……..…58

Розділ X. Забезпечення якості та підготовка фахівців……..60

Додатки. Форми для практичної роботи…….63

Список використаних джерел…….69

Передмова

Війна впливає на дитину не лише через окрему небезпечну подію. Її наслідки можуть проявлятися у порушенні ритму життя, втраті передбачуваності, зміні місця проживання, вимушеному роз'єднанні родини, перериванні навчання й труднощах доступу до звичної підтримки. Для деяких дітей додатковим бар'єром стає неможливість пояснити дорослому свій стан словами. Водночас сам факт перебування в умовах війни не означає, що кожна дитина має психічний розлад: стресова реакція, потреба у підтримці та клінічний стан не є тотожними поняттями.

Практичний сенс реабілітації в цьому посібнику полягає не у «видаленні спогаду» та не в примушуванні дитини повторно розповідати про страшні події, а у створенні умов для відновлення участі в повсякденному житті. Дитині важливо поступово повертати доступні способи розуміння своїх реакцій, відчуття безпеки, здатність звертатися по допомогу, контакт із близькими та посильну активність у навчанні. Наявні матеріально-технічні засоби можуть підтримувати ці завдання, але не замінюють довіру, кваліфікацію спеціаліста та міжвідомчу координацію.

Побудова допомоги має спиратися на багаторівневу систему підтримки: задоволення базових потреб і безпечні умови; родинні та спільні ресурси; цільову неспеціалізовану підтримку; спеціалізоване клінічне втручання у випадках, коли воно показане. Таку логіку відображають рекомендації Міжвідомчого постійного комітету щодо психічного здоров'я і психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях. За рекомендаціями ВООЗ, для дітей і підлітків із ПТСР рекомендовано психологічні втручання, зокрема травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію та EMDR. Настанови NICE уточнюють вікові рамки, вимоги до валідованих протоколів, підготовки фахівців, супервізії та участі батьків. Вісім модулів, запропонованих у цьому навчально-методичному посібнику, призначені передусім для організації психосоціального й реабілітаційного супроводу; вони не є заміною таких протоколів.

Посібник призначений для дітей шкільного віку і підлітків; окремі елементи можна адаптувати для дошкільного віку лише після оцінки вікової відповідності. Діти з інтенсивними симптомами, актуальною загрозою життю, вираженою дисоціацією, суїцидальними висловлюваннями, станами психозу, гострим порушенням поведінки чи іншими ризиками потребують першочергової оцінки безпеки й спеціалізованої допомоги. Учасників не відбирають лише за доступністю техніки або цікавістю до експерименту.

Умовні позначення та межі застосування

Доказова рекомендація – положення, прямо узгоджене з опублікованими міжнародними настановами або перевіреним дослідженням із відповідним посиланням.

Авторська методична пропозиція – спосіб організації занять, який потребує перевірки здійсненності, прийнятності, безпеки й результативності у визначеному контексті.

Клінічний маршрут – звернення до фахівця, компетентного проводити діагностику та лікування відповідного розладу.

ООП – особливі освітні потреби, які можуть стосуватися комунікації, навчання, сенсорного функціонування, пересування, поведінкової регуляції й доступності середовища.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ

1.1. Розуміння травматичного досвіду

Травматичним може стати досвід, пов'язаний із реальною або сприйнятою загрозою життю, тілесній цілісності чи безпеці інших людей. Утім наслідки залежать від поєднання особистісних, вікових, сімейних, соціальних і контекстуальних чинників. Одна дитина прагне розповідати про пережите, інша відмовляється торкатися теми, а ще інша висловлює напруження через рухливість, соматичні скарги або втрату інтересу до навчання. Фахівець не повинен автоматично виводити діагноз із зовнішнього вигляду поведінки.

У повсякденних умовах доцільно спостерігати не лише за окремими симптомами, а насамперед за функціонуванням: чи може дитина засинати, залишатися в контакті з безпечним дорослим, переносити звичайні звуки, брати участь у заняттях, повертатися до діяльності після хвилювання. Динаміку слід тлумачити з урахуванням нових загроз, змін житлових умов, здоров'я, особливостей розвитку та доступних способів комунікації. Навіть добре організоване заняття не усуває ризику повторних стресових подій.

У роботі важливо розрізняти реакції на поточну загрозу й реакції після минулої події. Якщо дитина живе під постійними повітряними тривогами, її настороженість може відображати об'єктивні обставини, а не помилкове переконання. Тому не варто переконувати її, що «нічого небезпечного немає», коли така гарантія неправдива. Натомість фахівець допомагає розрізняти те, що може бути зроблено для реальної безпеки зараз, і те, як зменшити додаткове перенапруження під час перебування у відносно захищеному просторі.

1.2. Принципи травма-інформованого підходу

Безпека означає не тільки фізичну захищеність приміщення, а й передбачуваність процедури: дитина знає, хто присутній, скільки приблизно триває зустріч, які матеріали використовуватимуть і як припинити вправу. Довіра формується завдяки дотриманню домовленостей, чесному поясненню меж конфіденційності та відсутності прихованого запису. Співпраця передбачає спільне ухвалення невеликих рішень, наприклад вибір місця в

кімнаті чи способу повідомити про дискомфорт. Підтримка автономії означає право відмовитися від конкретного завдання без покарання або оцінки «неготовності».

Культурна та контекстуальна чутливість передбачає повагу до мовних особливостей родини, досвіду внутрішнього переміщення, втрати, інвалідності, конфесійних і світоглядних переконань без нав'язування пояснень. Не слід використовувати універсальні твердження «усі діти після війни поводяться так», «страх мине за три заняття» або «VR швидко лікує травму». Позитивні зміни можуть бути нерівномірними, а право на допомогу не залежить від демонстрації прогресу.

Принцип «не нашкодь» поширюється на вибір методик і технологій. Створення віртуального поля бою, моделювання звуків вибухів або раптова демонстрація тривожних зображень може активувати спогади і має неприйнятний ризик, якщо не відбувається в межах спеціалізованого, належно обґрунтованого й контрольованого лікування. У запропонованій програмі таких сценаріїв немає. Навіть нейтральна цифрова сцена повинна пройти перевірку на сенсорні подразники, гучність, контрастність і можливість негайного виходу.

1.3. Реабілітація, підтримка та психотерапія: професійні межі

Психосоціальна підтримка орієнтована на створення стабільного середовища, надання зрозумілої інформації, формування ресурсів подолання стресу і зв'язку з оточенням. Психолого-педагогічний супровід може допомагати дитині реалізовувати освітні потреби й опановувати повсякденні навички. Клінічна психотерапія ПТСР має інші критерії відбору, цілі та протоколи, а її проведення залежить від професійної підготовки, правового статусу й супервізії спеціаліста. Рекомендовані NICE травмофокусовані втручання базуються на валідованих посібниках; типовий курс для дітей може включати 6–12 сесій, а за потреби – більше. Ця вказівка не означає, що довільні шість або дванадцять занять автоматично становлять травмофокусовану терапію.

На початковому етапі фахівець разом із родиною формулює реалістичний запит: «дитина хоче спокійніше входити до класу», «потрібен спосіб повідомляти про перевантаження», «важливо відновити взаємодію з однолітками». У межах цих цілей можуть застосовуватися навчання саморегуляції, візуальна підтримка, ігрові й творчі способи вираження. Якщо виявлено тяжкі або стійкі посттравматичні симптоми з істотними порушеннями функціонування, потрібна консультація компетентного клінічного фахівця, а не нарощування інтенсивності сенсорних чи VR-сеансів.

1.4. Фактори захисту, доступність та суб'єктність дитини

Ресурсами можуть бути стабільний контакт із турботливим дорослим, безпечне місце для навчання, можливість передбачити наступний крок, доступ до гри, відпочинку, друзів, улюбленої справи, поваги до власного темпу. Для дитини з ООП безпека нерозривна з доступністю: якщо людина не розуміє інструкцій або не може швидко зняти пристрій, формальна згода не гарантує реального контролю над ситуацією. UNICEF наголошує на потребі включати дітей з інвалідністю до гуманітарних програм від етапу планування, а не лише після впровадження.

Не слід вимірювати залученість виключно очним контактом, кількістю слів або здатністю сидіти нерухомо. Для деяких дітей рух, повторення жесту, допоміжна комунікація чи короткі паузи є нормативним способом участі. Альтернативні канали відповіді – картки, піктограми, жести, набір тексту, комунікатор – мають бути рівноправними. Здобута дитиною можливість обрати спосіб виконання завдання є важливим функціональним результатом, хоча сама по собі не доводить зменшення симптомів ПТСР.

1.5. Модель багаторівневої допомоги у закладі

На рівні середовища заклад забезпечує зрозумілий розклад, доступний маршрут до укриття, передбачувані сигнали зміни діяльності, сенсорні зони та комунікацію з родиною. На рівні вибіркової підтримки проводяться короткі індивідуальні чи групові заняття з навичок саморегуляції і соціальної взаємодії. На рівні поглибленої допомоги спеціаліст здійснює структуровану

оцінку потреб, формулює план підтримки, узгоджує роботу з клініцистом. На рівні спеціалізованої допомоги дитина отримує необхідне втручання в компетентній службі. Перехід між рівнями зумовлюється потребами й ризиками, а не формальною черговістю завершення всіх модулів.

Психолог може відповідати за інтерв'ю, скринінг у межах компетенції, вибір психологічних завдань і координацію; педагог – за адаптацію освітніх практик; реабілітаційний спеціаліст – за доступність рухової та сенсорної участі; соціальний працівник – за виявлення соціальних бар'єрів і зв'язок із сервісами; технічний фахівець – за безпеку цифрових пристроїв та захист даних. У маленькій команді ролі можуть поєднуватися, але відповідальність і межі повноважень слід письмово визначити.

РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ СЕРЕДОВИЩА І ВИКОРИСТАННЯ НАЯВНОЇ БАЗИ

2.1. Функціональне зонування

Психологічний консультативно-тренінговий центр використовується для бесід із дитиною та сім'єю, психодіагностичних процедур, супервізій і демонстрацій. Комп'ютерне робоче місце має бути облаштоване так, щоб сторонні не бачили персональних даних на екрані. Проєктор підходить для демонстрації нейтральних схем про реакції стресу, візуального розкладу, малюнків і групових матеріалів; він не повинен раптово відтворювати тривожні сцени чи гучні звуки.

Сенсорну кімнату варто організувати за принципом контрольованих стимулів. Дитині потрібен легкодоступний вихід, можливість сидіти або стояти, регулювання освітлення, відсутність різких запахів і шумів, наявність простих предметів для заземлення. VR/AR використовується тільки в окремій зоні зі звільненим простором, надійним кріслом або опорою, без гострих кутів і кабелів на шляху руху. Обладнання зберігається окремо; кожне використання фіксується у технічному журналі.

Аудіо- й відеосистеми для запису поведінки не потрібно вмикати за замовчуванням. Необхідність запису обґрунтовується окремо від надання психологічної допомоги. Якщо мета – обговорити перебіг заняття з дитиною, часто достатньо короткої анонімізованої нотатки без відео. Якщо мета – наукове дослідження, має бути окремий протокол, інформована згода законного представника, згода/асент дитини відповідно до її можливостей, правила доступу та зберігання записів.

2.2. Мінімальний комплект матеріалів

Для базового заняття потрібні розклад у доступному форматі, картки емоцій і сигналів дискомфорту, нейтральні художні матеріали, папір, олівці, невеликі тактильні предмети за вибором, годинник для дорослого, вода, засіб комунікації з батьками та форма короткого запису. Для дитини з порушенням зору адаптують розмір і контраст; з порушенням слуху – візуальну

сигналізацію й письмові підказки; з моторними обмеженнями – висоту меблів і доступність предметів; з аутистичними особливостями – чітку послідовність, можливість сенсорних перерв і передбачуваність дотиків.

Мінімальна достатність є перевагою, а не недоліком. Жодна вправа не повинна вимагати дорогого обладнання, якщо ту саму функціональну ціль можна досягти паперовими картками або практикою в реальному просторі. Технічне забезпечення має додавати можливість керованого тренування або кращого опису процесу, а не становити самостійну цінність. Перед початком фахівець записує ціль, відповідність матеріалу потребам дитини й критерії припинення заняття.

2.3. Підготовка команди

До старту варто провести внутрішній інструктаж з травма-інформованого спілкування, ознак гострого погіршення, маршруту переадресації та дій під час повітряної тривоги. Усі працівники мають знати, що обіцянка абсолютної таємниці некоректна: у разі ризику для життя або загрози насильства необхідні дії відповідно до законодавства і професійного обов'язку захисту. Дитині пояснюють це простою мовою ще до складних запитань.

Окремо проводять перевірку цифрової грамотності персоналу: як вимкнути VR-сеанс без затримки, як перевірити доступ до файлу, як заблокувати комп'ютер і не поширити відео через особистий месенджер. Особа, яка не пройшла навчання користуванню обладнанням, не проводить цифрову сесію самостійно. Практику супервізії планують заздалегідь: обговорюють не лише складні випадки, а й власні реакції фахівця, ризик професійного виснаження та можливі упередження щодо дітей з ООП.

РОЗДІЛ ІІІ. ОЦІНЮВАННЯ ПОТРЕБ, ПСИХОДІАГНОСТИКА ТА ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА

3.1. Логіка первинного контакту

Перша зустріч має з'ясувати, чого зараз потребує дитина, а не отримати максимально докладний опис травми. Фахівець встановлює безпечний контакт, пояснює правила зустрічі, обирає доступний спосіб комунікації, з'ясовує запит батьків або опікуна, після чого отримує погляд самої дитини. На початку достатньо запитань: «Що останнім часом дається найважче?», «Що допомагає тобі бодай трохи заспокоїтися?», «Хто з дорослих знає, як тебе підтримати?». Подробиці травматичних подій не витребовують, якщо вони не потрібні для визначення безпеки чи компетентної клінічної оцінки.

Первинна карта включає актуальні ризики; інформацію про житло, навчання та близьких; особливості розвитку й здоров'я, які сім'я добровільно повідомляє; доступні комунікативні засоби; сенсорні уподобання; типові тригери в побуті; захисні фактори; пріоритетну ціль. Додатково варто фіксувати контекст оцінювання: тривалість нічного сну, повітряні тривоги напередодні, зміну педагогів, інтенсивність навантаження. Це не «шум», який треба прибрати заради чистого балу, а невід'ємна частина розуміння стану в умовах війни.

Кожне запитання повинно мати професійну мету. Збір подробиць про зниклих чи загиблих родичів, місця перебування родини або військову службу членів сім'ї без необхідності створює додатковий ризик приватності. Наявність поважного дорослого у житті дитини можна фіксувати без збирання зайвих ідентифікаційних даних. Документація має допомагати реальному супроводу, а не перетворюватися на докладний архів тяжкого досвіду.

3.2. Принципи добору психодіагностичних методик

Інструмент добирають за конструктом, віком, мовою, способом відповіді, психометричними даними, правом використання та метою процедури. Скринінг виявляє потребу у поглибленій оцінці, але не дорівнює постановці діагнозу. Порівняння балів має сенс лише тоді, коли

адміністративні умови й інтерпретація відповідають вимогам методики. Самовільне вилучення пунктів, заміна шкал піктограмами, неузгоджений переклад або допомога дорослого під час відповіді можуть змінити вимірюваний конструкт. Такі адаптації дозволяють організувати контакт, але їх результати не можна механічно інтерпретувати за стандартними нормативами.

Практичну оцінку доцільно будувати з трьох джерел: розповідь дитини доступним способом, повідомлення законного представника й спостереження за функціонуванням у звичних контекстах. Якщо ці джерела відрізняються, не треба вважати одне з них апріорі помилковим. Дитина може відчувати труднощі переважно вночі, дорослий – помічати дратівливість удома, а педагог – зниження уваги в класі. Розбіжність дає підставу уточнити ситуації, а не автоматично вибрати «найвищий» або «найнижчий» показник.

3.3. Використання наявних шкал: Conners, Spielberger, PCL-5

Шкали Conners належать до засобів оцінювання проявів, пов'язаних передусім з увагою, гіперактивністю та поведінковими труднощами. Вони можуть бути корисними як допоміжне джерело, якщо є відповідна віку й контексту ліцензована версія, але не встановлюють причин труднощів та не діагностують травматизацію. Підвищена рухливість може спостерігатися за різних обставин, зокрема в умовах тривалого стресу, і потребує диференційованого тлумачення. Порівняння батьківських і педагогічних форм іноді допомагає побачити ситуаційну специфіку поведінки.

Методики сімейства Спілбергера досліджують тривожність як стан і/або відносно стабільну схильність залежно від конкретної версії. Стандартну дорослу STAI не слід автоматично переносити на дитячий вік; для дітей існують інші вікові форми, і потрібно перевірити доступність та психометричну обґрунтованість саме того варіанта, який має заклад. Зростання ситуативної тривоги в день тривоги чи евакуації не означає, що підтримка виявилася неефективною. Процедуру повторного оцінювання планують із повагою до стану дитини, без перевантаження тестуванням.

PCL-5 – 20-пунктовий самозвітний інструмент оцінювання симптомів ПТСР, представлений Національним центром ПТСР США серед шкал самозвіту для дорослих. Тому його не слід використовувати як валідований дитячий основний показник ефективності програми. Наявність бланків PCL-5 в установі не є достатньою підставою для їх застосування до дітей. За окремого дорослого запиту та належної кваліфікації фахівець може розглядати відповідні інструменти для дорослих, але це інший маршрут допомоги, який не входить до дитячого дослідницького протоколу.

3.4. Дитячі інструменти оцінювання наслідків травми

Для оцінювання пов'язаних із травмою симптомів у дітей доцільно розглядати спеціально призначені дитячі інструменти. Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) має версії самозвіту для 7–17 років і форми для опікунів дітей 3–6 та 7–17 років. Опубліковане дослідження української батьківської версії CATS підтримує її психометричні властивості у відповідних вікових групах. Це конкретний аргумент на користь розгляду цього засобу у практиці, але застосування все одно потребує перевірки чинної інструкції, права використання, належного навчання й умов конкретного закладу.

UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5 – інструмент для оцінювання травматичного досвіду та симптомів у дітей шкільного віку й підлітків, що має різні варіанти застосування. Ресурс Національного центру ПТСР також повідомляє про доступність українського перекладу короткого скринінгу UCLA для підтримки українських дітей. Це не дає підстав називати будь-який переклад валідованим у кожній українській підгрупі. Клінічна оцінка повинна враховувати вік, способи відповіді й діагностичну компетентність особи, яка інтерпретує результати.

Важливе методологічне обмеження: психометричні дані, отримані на загальних дитячих вибірках, не переносяться автоматично на дітей з інтелектуальними порушеннями, комплексними мовленнєвими труднощами або інтенсивними потребами в альтернативній комунікації. Якщо спеціальна валідизація не встановлена, результати доцільно вважати описовими, а не

нормативно порівнюваними. Клінічно значущі рішення не ухвалюють за одним числовим показником.

3.5. Функціональні індикатори в реабілітаційному супроводі

Поряд зі скринінгом корисно визначати індивідуальні, безпосередньо спостережувані цілі. Наприклад: дитина повідомляє про необхідність перерви без втечі з кімнати; обирає один із двох доступних способів заспокоєння; повертається до навчального завдання після короткого перепочинку; може назвати людину, до якої звернеться у разі страху. Для дитини з неговорною комунікацією індикатором може бути використання картки «стоп» або піктограми «потрібна допомога».

Кожен індикатор має чіткий контекст і одиницю спостереження. Замість формулювання «стала спокійнішою» краще описати: «після узгодженого сигналу переходу між завданнями залишилася у діяльності й використала підказку без додаткового примусу». Такі дані не є самостійними клінічними тестами, але можуть допомагати команді оцінювати доцільність адаптацій. Уникайте перетворення підрахунку поведінки на покарання: дитина не зобов'язана демонструвати «ідеальну» реакцію заради гарного графіка.

3.6. Формування індивідуального плану

План складається разом із дитиною, наскільки це можливо, та її законним представником. У ньому фіксують одну-дві пріоритетні цілі, доступні ресурси, адаптації, домовленості про безпеку, допустимі формати занять, відповідальних осіб і критерії перегляду. Якщо підтримка проводиться в закладі освіти, зберігають узгодженість із індивідуальною програмою розвитку або іншими планами підтримки відповідно до чинних організаційних правил. Розподіл інформації між фахівцями має відповідати принципу мінімальної необхідності.

Приклад формулювання цілі. «Протягом запланованого циклу дитина опанує щонайменше два прийнятні для неї способи повідомляти про сенсорне перевантаження, а команда перевірить, за яких умов вона може користуватися ними вдома та в освітньому середовищі». Це обережне формулювання не

містить наперед заданої обіцянки результату. Показники прогресу, вихідний рівень і термін перегляду уточнюються індивідуально.

3.7. Зворотний зв'язок без травмувального оцінювання

Після короткого заняття можна попросити дитину обрати піктограму, колір або слово, що описує нинішній рівень зручності, і відповісти на питання «Що залишити? Що змінити?». Для деяких дітей доступні лише дві відповіді: «підходить» і «не підходить». Дорослий не виправляє переживання й не просить обґрунтувати оцінку. Навіть якщо дитина заявляє, що вправа не допомогла, це корисна інформація для коригування маршруту.

Порівняння до й після сесії має сенс лише як опис моментного досвіду. Зміна показника настрою не доводить терапевтичного ефекту, а тим більше не дозволяє робити висновок про лікування ПТСР. Для обґрунтованого дослідження потрібні стандартизовані інструменти, належний дизайн, безпечна процедура та аналіз альтернативних пояснень. Щоденне тестування може само по собі перевантажувати дитину; відтак кількість вимірювань слід мінімізувати.

РОЗДІЛ IV. БЕЗПЕКА, ЕТИКА ТА МАРШРУТИЗАЦІЯ ДОПОМОГИ

4.1. Інформована згода та право відмови

До залучення дитини слід розмежувати згоду на участь у звичайному занятті, на психодіагностику, на використання VR/AR, на відеофіксацію та на використання матеріалів у дослідженні. Це різні рішення. Законний представник отримує зрозуміле пояснення цілей, можливих незручностей, доступних альтернатив, порядку зберігання даних і способу відкликання згоди у межах законодавства та затвердженого протоколу. Дитині подають інформацію відповідною мовою та доступним способом; її незгоду, відразу або поведінковий сигнал «не хочу» не можна ігнорувати.

Згода на допомогу не є автоматичною згодою на експеримент, фотографування або публікацію історії. Відмова від сенсорної кімнати чи VR не повинна позбавляти дитину інших послуг. Під час роботи варто передбачити окремий процес отримання асенту, перевірити, чи розуміє дитина право вийти, і повторювати цю перевірку, якщо процедура змінюється. Перед використанням техніки фахівець пропонує випробувати сигнал «стоп» без жодних наслідків.

4.2. Ознаки, що потребують негайної зміни маршруту

Невідкладної оцінки безпеки потребують висловлювання про самогубство або самопошкодження, реальна загроза насильства, тяжке порушення свідомості чи контакту, різке погіршення фізичного стану, ситуація, коли дитина не може повернутися до орієнтації та безпечної взаємодії, або наявність актуального небезпечного середовища. Фахівець припиняє заняття, залишається з дитиною в межах безпечних дій і залучає визначені установою екстрені служби та компетентних спеціалістів. Докладний порядок повинен відповідати місцевим правилам і законодавству, а не лише схемі в цьому посібнику.

Якщо виникає помірний дискомфорт без ознак невідкладної небезпеки, достатньо зупинити стимул, повернутися до звичайного простору, запропонувати просте орієнтування у теперішньому моменті та з'ясувати

побажання дитини. Не треба просити її «дотерпіти ще одну хвилину», доводити завершення вправи або відразу аналізувати страшні спогади. За повторної негативної реакції технологічний метод вилучають із поточного плану до професійного перегляду.

4.3. Дії під час повітряної тривоги або іншої актуальної загрози

Жодне заняття не має вищого пріоритету за реальну безпеку. У разі сигналу небезпеки переривають діагностику, запис, VR/AR та інші процедури, допомагають дитині зняти обладнання і переходять до передбачених закладом заходів захисту. Для дітей з ООП варто заздалегідь перевірити доступність маршруту до укриття, резервні засоби комунікації, супровід дітей, які не можуть самостійно пересуватися, та чіткі візуальні інструкції. Модель «спочатку завершимо вправу» за таких умов є неприпустимою.

Після повернення з укриття заняття не обов'язково відновлювати. Команда оцінює рівень виснаження дитини, можливість контакту, доступність родини та реалістичність подальшої діяльності. Якщо відновлення можливе, воно може обмежитися коротким поверненням до звичного ритуалу завершення. Спостереження, отримані у день надзвичайної події, не слід інтерпретувати так само, як дані в більш стабільні дні.

4.4. Захист приватності

Принцип мінімізації означає: не збирати дані, без яких можна виконати завдання, не зберігати зайві відео, не дублювати записи на персональних пристроях і не додавати до файлів ідентифікаційні відомості без необхідності. Кожному випадку призначають код, таблицю відповідності коду та особи зберігають окремо з обмеженим доступом. Термін зберігання, порядок видалення, відповідального за доступ, резервне копіювання і реагування на інцидент визначають локальним документом відповідно до чинних вимог.

Не рекомендується завантажувати біометричні записи, відео дитини, її травматичні історії або матеріали з особистими даними у відкриті онлайн-сервіси, генеративні платформи чи непогоджені хмарні сховища. Якщо дослідження потребує зовнішньої обробки даних, правові підстави, договори,

місця зберігання та можливі транскордонні передавання повинні бути перевірені окремо. Публікувати «анонімне» відео без оцінки можливості впізнавання за голосом, зовнішністю або контекстом неприпустимо.

4.5. Травма-інформована комунікація з родиною

У роботі з дорослими важливо пояснювати відмінність між підтримкою і примусом до відтворення події. На початку слід запитати, що сім'я вже робить для допомоги, і які її ресурси обмежені війною. Рекомендації мають бути здійсненними у реальних умовах: родина, яка часто змінює житло, не завжди здатна забезпечити ідеальний розклад; сім'я, що переживає втрату, може не мати сил виконувати щоденні великі домашні завдання.

Дорослим можна запропонувати короткі стабілізувальні ритуали: попереджати про зміни, називати доступні варіанти вибору, не карати за плач чи страх, домовлятися про сигнал перерви. Водночас треба уникати перекладання лікувальної відповідальності на родину. Якщо батьки мають власні гострі труднощі, доречно обговорити шляхи їх підтримки, не використовуючи дитячий скринінг як інструмент оцінювання батьківського стану.

РОЗДІЛ V. АВТОРСЬКА ВОСЬМИМОДУЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО Й РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ

5.1. Порядок застосування модулів

Наведена модель є авторською методичною конструкцією, а не самостійно валідованою терапією. Її пропонується використовувати як гнучкий каркас для індивідуального планування. Модулі не є обов'язковими етапами, які кожна дитина мусить пройти поспіль. За потреби фахівець повторює вправи, пропускає невідповідні завдання або змінює послідовність. Тривалість та складність визначаються віком, рівнем втоми, доступністю комунікації та поточною безпекою. Для деяких дітей достатньою є одна коротка ціль на зустріч.

Типова структура заняття: встановлення контакту й перевірка готовності; пояснення завдання доступною мовою; вибір між двома форматами; виконання однієї основної вправи; повернення до нейтрального стану; короткий зворотний зв'язок. Зазначені у вправах орієнтовні інтервали – організаційні, а не доказові терапевтичні «дози». Після кожного модуля дорослий документує не особисті оцінки дитини, а її вибір, необхідні підказки, ознаки перевантаження та способи відновлення контакту. Усі художні продукти належать дитині; вона вирішує, чи показувати їх іншим, якщо інше не випливає з безпекових обов'язків дорослого.

Модуль 1. Встановлення контакту, передбачуваність і право вибору

Мета модуля: формування первинного психологічного контакту, створення передбачуваних умов взаємодії, забезпечення відчуття психологічної безпеки та підтримка самостійності дитини під час ухвалення доступних їй рішень.

Обладнання: візуальний розклад, картки «починаємо», «перерва», «стоп», «завершуємо», прості матеріали для малювання, нейтральне місце для сидіння.

Зміст роботи.

Перший модуль спрямований на організацію безпечної взаємодії між психологом і дитиною. Для дітей, які пережили травматичні події, особливої уваги потребують передбачуваність середовища, можливість контролювати власну участь у діяльності та розуміння того, що дорослий поважає їхні потреби й особисті межі.

На початковому етапі психолог знайомить дитину з приміщенням, пояснює призначення матеріалів і демонструє доступні способи повідомлення про свої бажання. Залежно від індивідуальних можливостей дитини використовуються усне мовлення, жести, піктограми, картки або засоби альтернативної й додаткової комунікації.

Етап 1. Ознайомлення з простором.

Психолог пропонує дитині оглянути кімнату та самостійно обрати місце для роботи. Якщо дитина не готова досліджувати приміщення, дорослий не наполягає, а демонструє доступні варіанти на картках або схемі.

Дитині можна запропонувати обрати стілець, місце біля столу, зручне освітлення, матеріали для роботи. У такий спосіб вона отримує перший досвід впливу на організацію заняття.

Етап 2. Вправа «Маршрут нашої зустрічі».

Психолог розміщує перед дитиною три-чотири картки, які позначають основні частини заняття: знайомство, гру, творче завдання та завершення.

Спочатку дорослий пояснює зміст кожної картки. Потім пропонує дитині самостійно визначити послідовність двох доступних для вибору видів діяльності.

Наприклад:

«Сьогодні ми можемо спочатку пограти, а потім помалювати. А можемо зробити навпаки. Як тобі буде зручніше?»

Після вибору психолог разом із дитиною розташовує картки у визначеному порядку. Після завершення кожної діяльності відповідну картку прибирають або перевертають.

Це допомагає дитині розуміти, що відбувається зараз і чого очікувати далі.

Етап 3. Ознайомлення із сигналами «Стоп» і «Перерва».

Дитині демонструють картки або інші сигнали припинення діяльності. Психолог пояснює, що використання такого сигналу не є помилкою чи порушенням правил.

Для закріплення домовленості проводиться коротка ігрова ситуація. Психолог починає просте завдання та сам демонструє картку «Перерва». Після цього зупиняє діяльність.

Дитині пропонують спробувати зробити те саме. Важливо, щоб після її сигналу дорослий справді припинив виконання завдання.

Етап 4. Вправа «Місце, де зручно».

Дитина обирає місце або предмет, який робить перебування у приміщенні комфортнішим. Це може бути стілець із зручною опорою, невеликий килимок, улюблений нейтральний предмет чи ділянка кімнати з меншою кількістю подразників.

Психолог обговорює з дитиною, як вона може повідомити, якщо захоче змінити місце або зробити перерву.

Етап 5. Завершення заняття.

Наприкінці психолог повертається до візуального маршруту та показує, які завдання виконано.

Дитина за бажанням обирає картку, що відображає її враження від заняття, або повідомляє про них іншим доступним способом.

Психолог повідомляє, коли приблизно відбудеться наступна зустріч і що на ній можна буде робити.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей з інтелектуальними труднощами кількість запропонованих варіантів вибору зменшують до двох. Для дітей із порушеннями мовлення використовують піктограми та жести. Для дітей із сенсорними особливостями

передбачають можливість регулювання освітлення, звуків і тривалості діяльності.

Орієнтири оцінювання: дитина розуміє структуру зустрічі, має доступний спосіб висловлення згоди або незгоди, може зробити посильний вибір, а психолог визначає умови, за яких взаємодія є комфортною.

Модуль 2. Відчуття тіла, сенсорне навантаження і стабілізація

Мета модуля: розвиток здатності помічати доступні для усвідомлення тілесні й поведінкові ознаки напруження, визначати сенсорні потреби та використовувати індивідуально прийнятні способи саморегуляції.

Обладнання: папір, картки частин тіла, прості предмети різної текстури, доступна вода, можливість змінити позу й освітлення. Підготовка передбачає оцінку сенсорних уподобань: заспокійливим для однієї дитини є тихий звук, для іншої – його повна відсутність.

Зміст роботи.

Модуль передбачає поступове ознайомлення дитини з реакціями власного організму на різні умови навколишнього середовища. Основну увагу приділяють розпізнаванню комфорту, втоми, перенавантаження та пошуку прийнятних способів відновлення можливості брати участь у діяльності.

Заняття може проводитися в психологічному кабінеті або сенсорній кімнаті. Використання сенсорного обладнання не є обов'язковим: пріоритет надається простим і доступним засобам, які можна згодом застосовувати у повсякденному житті.

Етап 1. Ознайомлення із сенсорними відчуттями.

Психолог пропонує дитині обрати серед кількох нейтральних предметів ті, які їй приємно бачити або тримати, якщо вона погоджується на дотик.

Можна використати тканинні мішечки, гладенькі предмети, папір різної фактури або знайомі іграшки.

Дитина самостійно визначає, чи хоче торкатися предметів. Психолог не нав'язує відчуття й не припускає, що конкретний подразник обов'язково заспокоює.

Етап 2. Вправа «Світлофор навантаження».

Разом із дитиною створюється індивідуальна система сигналів для повідомлення про її стан.

Наприклад:

- зелений — «Мені зараз зручно»;
- жовтий — «Хочу щось змінити»;
- червоний — «Потрібно зупинитися».

Для дитини, якій важко розрізняти кольори або їхні умовні значення, застосовують інші позначки: геометричні фігури, прості слова, жести чи предмети.

Психолог спочатку демонструє застосування сигналів на нейтральних прикладах. Потім пропонує дитині обрати позначку, що відповідає її нинішньому відчуттю.

Після цього дитина може самостійно визначити, що допоможе їй почуватися зручніше: змінити освітлення, прибрати звук, зробити перерву або змінити положення тіла.

Етап 3. Вправа «Я тут і зараз».

Психолог пропонує дитині звернути увагу на навколишній простір і визначити кілька доступних для сприйняття об'єктів.

Наприклад, можна попросити:

«Подивись навколо й знайди предмет, який тобі подобається. Якого він кольору? Якої він форми?»

Якщо дитина не користується зором, застосовують інші доступні канали сприйняття.

Далі психолог може запропонувати помітити опору під ногами, контакт рук зі столом або положення тіла у кріслі.

У разі виникнення неприємних відчуттів увагу повертають до зовнішніх предметів або іншої комфортної діяльності.

Етап 4. Формування індивідуального набору способів стабілізації.

Психолог разом із дитиною випробовує кілька прийнятних варіантів: коротку рухову перерву, спокійне спостереження за предметом, малювання, перебування в тихішому місці, звернення до дорослого.

Дитина обирає один або два способи, які їй найбільше підходять.

Усі спроби є добровільними. Якщо вправа не допомагає або спричиняє дискомфорт, її припиняють.

Етап 5. Перенесення навички в повсякденну діяльність.

Психолог пропонує уявити нейтральну ситуацію: у класі стало шумно або дитина втомилася виконувати завдання.

Разом визначають, як можна повідомити про потребу в перерві, який спосіб підтримки застосувати та до кого звернутися.

Адаптація для дітей з ООП.

У роботі з дітьми з інтелектуальними труднощами використовують короткі інструкції та демонстрацію дій. Для дітей із труднощами розпізнавання тілесних сигналів орієнтуються також на доступні поведінкові прояви, не роблячи з них автоматичних висновків про емоційний стан. Для дітей із сенсорною гіперчутливістю виключають небажані подразники.

Орієнтири оцінювання: дитина може повідомити про комфорт або дискомфорт, обрати доступний спосіб перерви та за підтримки дорослого випробувати прийнятну дію для відновлення участі в занятті.

<u>Модуль 3. Емоційна грамотність і безпечне вираження</u>

Мета модуля: розвиток здатності розпізнавати, розрізняти й висловлювати емоційні переживання доступними засобами, а також формування досвіду безпечного повідомлення про власні потреби.

Обладнання: набір нейтральних зображень виразів емоцій, картки інтенсивності, папір, фарби або інші звичні матеріали. Емоційну грамотність не слід плутати з обов'язком дитини назвати «справжню» емоцію, яку дорослий начебто бачить за поведінкою.

Зміст роботи.

Робота в межах модуля спрямована на розширення емоційного словника дитини та її можливостей виражати переживання без необхідності детального обговорення травматичних подій.

Використовуються ігрові ситуації, зображення персонажів, художні матеріали, елементи емоційно орієнтованої бесіди.

Етап 1. Ознайомлення з емоціями.

Психолог демонструє дитині картки із зображеннями різних емоційних станів: радості, суму, страху, здивування, роздратування.

Дитині пропонують розглянути зображення та, за можливості, назвати або показати емоції.

Якщо вона має труднощі з мовленнєвим позначенням, психолог використовує прості описи ситуацій:

«Цей персонаж отримав подарунок. Як він може почуватися?»

Дитині дозволяється обирати декілька відповідей, оскільки одна ситуація може викликати різні переживання.

Етап 2. Вправа «Емоція має кілька назв».

Психолог розповідає коротку історію про вигаданого персонажа.

Наприклад: «Дівчинка підготувала малюнок, але не змогла знайти його перед заняттям».

Дитині пропонують визначити, що могла відчувати героїня: сум, розчарування, хвилювання, злість.

Психолог обговорює, що всі ці переживання можуть виникати, а також запитує:

«Що могло б допомогти дівчинці?»

Дитина може запропонувати свої варіанти: попросити допомоги, пошукати малюнок, зробити новий або трохи відпочити.

У такий спосіб розвивається розуміння зв'язку між ситуацією, переживанням і можливими способами реагування.

Етап 3. Артпрактика «Кольори сьогоднішнього дня».

Психолог пропонує дитині створити малюнок, який відображатиме її сьогоднішній настрій.

Інструкція може бути такою:

«Ти можеш обрати будь-які кольори, лінії або форми. Тут немає правильного чи неправильного малюнка».

Дитина самостійно обирає матеріали, спосіб зображення та тривалість роботи.

Психолог не оцінює естетичні характеристики роботи, не змушує пояснювати символи й не встановлює психологічних діагнозів за використаними кольорами.

Етап 4. Обговорення художнього продукту.

Після завершення психолог пропонує дитині за бажанням розповісти про свою роботу.

Можливі запитання:

«Що ти хотів би розповісти про свій малюнок?»

«Яка його частина тобі найбільше подобається?»

«Чи хочеш ти залишити малюнок собі?»

Якщо дитина не бажає обговорювати роботу, психолог приймає її рішення.

Етап 5. Формування способів повідомлення про емоції.

Разом із дитиною створюється невеликий набір доступних повідомлень:

«Мені сумно», «Мені страшно», «Я сердитий», «Хочу побути тихо», «Мені потрібна допомога».

За необхідності повідомлення оформлюються у вигляді карток або піктограм.

Наприкінці заняття дитина випробовує використання таких повідомлень у короткій ігровій ситуації.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей із порушеннями мовлення застосовують комунікативні картки й альтернативні засоби повідомлення. Для дітей з інтелектуальними

труднощами спочатку обирають невелику кількість емоцій. Для дітей із моторними порушеннями використовують цифрове малювання, великі олівці або готові форми.

Орієнтири оцінювання: дитина розрізняє доступну їй кількість емоційних станів, використовує хоча б один прийнятний спосіб повідомлення про переживання та може висловити згоду або незгоду щодо творчої діяльності.

Модуль 4. Думки, оцінки ситуації та гнучкість реагування

Мета модуля: формування початкового розуміння взаємозв'язку між ситуаціями, думками, переживаннями та поведінковими реакціями; розвиток здатності розглядати кілька можливих пояснень повсякденних подій.

Обладнання: картки «подія», «думка», «відчуття», «дія», короткі нейтральні оповідання, дошка або проєктор.

Зміст роботи.

Модуль містить адаптовані психоосвітні вправи, що спираються на окремі когнітивно-поведінкові принципи. Його завдання полягає не в опрацюванні травматичних спогадів, а в навчанні дитини розглядати звичайні життєві ситуації та визначати доступні способи реагування.

Етап 1. Ознайомлення зі схемою «Подія — думка — відчуття — дія».

Психолог демонструє дитині чотири картки та пояснює значення кожної з них.

Для прикладу використовують нейтральну ситуацію: дитина прийшла на заняття, але її товариш сьогодні відсутній.

Психолог показує, що сама подія не завжди дає достатньо інформації про причини того, що сталося.

Далі разом із дитиною розглядають кілька можливих думок, переживань і дій персонажа.

Етап 2. Вправа «Дві можливі думки».

Психолог розповідає коротку історію:

«Хлопчик написав товаришеві повідомлення, але не отримав відповіді».

Дитині пропонують вибрати можливі пояснення: товариш зайнятий, не побачив повідомлення або зараз не може відповісти.

Після цього обговорюється, які почуття та дії можуть виникати залежно від припущень.

Психолог підкреслює, що не всі думки є встановленими фактами, а за відсутності інформації можуть існувати різні пояснення.

Водночас завдання не повинно перетворюватися на переконування дитини, що її страх або негативні думки завжди необґрунтовані.

Етап 3. Робота із ситуаційними картками.

Дитині пропонуються картки з короткими повсякденними ситуаціями: нове завдання, незнайомий клас, очікування відповіді, складність у спілкуванні.

Психолог разом із дитиною визначає, що саме відбулося, які припущення можуть виникнути та які дії будуть доступними.

Для дітей із труднощами абстрактного мислення використовують готові варіанти відповідей та демонстрацію конкретних дій.

Етап 4. Вправа «Наступний маленький крок».

Дитині пропонують обрати одну реальну, але посильну повсякденну складність.

Наприклад, їй важко попросити вчителя повторити інструкцію.

Психолог разом із дитиною визначає найменшу можливу дію: підняти картку, підійти до вчителя або скористатися заздалегідь узгодженою фразою.

Після цього проводиться коротка репетиція ситуації.

Психолог виконує роль дорослого, який реагує на прохання дитини, та допомагає визначити альтернативний спосіб дії, якщо перший не спрацював.

Етап 5. Закріплення навички.

Наприкінці заняття дитині пропонують обрати одну ситуацію, у якій вона зможе використати засвоєний спосіб реагування в реальному житті.

Психолог домовляється з дитиною та її законним представником про прийнятний спосіб підтримки цієї навички.

Адаптація для дітей з ООП.

Використовуються короткі історії, конкретні зображення, невелика кількість варіантів відповіді та рольові ситуації. Абстрактні поняття пояснюються через дії персонажів. За потреби дорослий повторює інструкцію або демонструє її.

Орієнтири оцінювання: дитина може за підтримки дорослого визначити кілька можливих пояснень нейтральної ситуації та обрати хоча б одну доступну дію.

Модуль 5. Ресурси, соціальні зв'язки й звернення по допомогу

Мета модуля: формування усвідомлення доступних соціальних ресурсів, розвиток навичок звернення по підтримку та закріплення досвіду безпечної взаємодії з дорослими й однолітками.

Обладнання: схематичне зображення кола підтримки, картки «кому», «де», «як повідомити», альтернативний засіб комунікації. Не слід припускати, що кожна дитина має доступних батьків або хоче називати конкретного родича. Безпечний дорослий може бути представником школи чи іншої служби, якщо це відповідає життєвим обставинам.

Зміст роботи.

Модуль спрямований на визначення людей, місць і способів комунікації, які можуть забезпечити дитині необхідну допомогу.

Важливо враховувати, що внаслідок воєнних подій частина дітей могла втратити контакт зі значущими дорослими, змінити місце проживання чи освітнє середовище. Тому завдання полягає не у формальному складанні переліку родичів, а у визначенні реально доступних джерел підтримки.

Етап 1. Бесіда про допомогу.

Психолог обговорює з дитиною нейтральні приклади ситуацій, коли людині може знадобитися підтримка.

Наприклад: складне завдання, незрозуміла інструкція, необхідність знайти потрібне приміщення.

Далі психолог пропонує визначити, хто міг би допомогти персонажу в кожній ситуації.

Етап 2. Вправа «Моє коло допомоги».

На аркуші створюється схема, у центрі якої розміщується умовне зображення дитини.

Навколо нього позначаються особи або місця, до яких можна звернутися: близька людина, педагог, психолог, опікун або інший безпечний дорослий.

Для кожної позиції психолог допомагає визначити конкретний спосіб отримання підтримки.

Наприклад:

«До кого ти можеш підійти, якщо не зрозумів завдання?»

«Кого можна попросити допомогти знайти тихе місце?»

Дитина не зобов'язана називати конкретні імена або розповідати про сімейні обставини.

Психолог перевіряє з відповідальними дорослими, чи є визначені способи звернення реальними та безпечними.

Етап 3. Рольова практика «Прошу підтримку».

Психолог створює коротку нейтральну ситуацію.

Наприклад, дитині пропонують завдання, інструкцію до якого потрібно уточнити.

Спочатку дорослий демонструє можливу фразу:

«Допоможіть мені, будь ласка».

Далі дитина випробовує свій спосіб звернення: усно, жестом, карткою або через комунікатор.

Психолог одразу реагує на звернення та надає запитану підтримку в межах завдання.

Етап 4. Тренування альтернативних способів звернення.

Разом визначають, що дитина може зробити, якщо перший дорослий недоступний.

Наприклад, звернутися до іншого визначеного працівника закладу або використати погоджений засіб повідомлення.

Так формується не лише навичка прохання, а й розуміння послідовності дій у ситуації, коли допомога не надається негайно.

Етап 5. Перенесення навички в освітнє середовище.

За згодою дитини та законного представника психолог узгоджує з педагогом доступний сигнал звернення по допомогу.

Після цього проводиться практичне тренування у звичайній навчальній ситуації, без створення штучного стресу.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей із труднощами комунікації створюють індивідуальні картки повідомлень. Для дітей з інтелектуальними труднощами використовують прості алгоритми з двох-трьох дій. Для дітей із моторними порушеннями перевіряють фізичну доступність місць звернення по допомогу.

Орієнтири оцінювання: дитина знає доступний спосіб звернення до визначеної особи, може випробувати його у змодельованій ситуації та має погоджений з дорослими альтернативний маршрут підтримки.

Модуль 6. Творчість, гра та відновлення повсякденної активності

Мета модуля: підтримка зацікавленості у посильній діяльності, розвиток ініціативності, формування досвіду співпраці та поступове відновлення участі дитини в повсякденних видах активності.

Обладнання: конструктор, папір, музичні інструменти з регульованою гучністю, предмети для рольової гри, нейтральна проєкційна ілюстрація. Гра не повинна ставати прихованим способом «витягти» травматичний матеріал; фахівець спостерігає, але не надає символічним сюжетам діагностичного значення без обґрунтування.

Зміст роботи.

Модуль передбачає використання творчих, ігрових і конструктивних завдань, що дають дитині можливість самостійно планувати діяльність, робити

вибір, взаємодіяти з іншими та отримувати досвід завершення посильного завдання.

Творчість розглядається як доступний спосіб самовираження й соціальної участі, а не як обов'язкова процедура опрацювання травматичних спогадів.

Етап 1. Визначення інтересів.

Психолог пропонує дитині обрати один або декілька видів діяльності: малювання, конструювання, ліплення, настільну гру, створення колажу.

Якщо дитині важко самостійно визначити вподобання, їй демонструють два доступні варіанти.

Важливо враховувати, що дитина може тимчасово не виявляти інтересу до діяльності, яка раніше їй подобалася. У такому разі завдання спрощують або пропонують альтернативу.

Етап 2. Вправа «Місто можливостей».

Психолог пропонує дитині створити умовне місто, у якому будуть місця для навчання, гри, відпочинку, спілкування та отримання допомоги.

Для роботи використовують конструктор, картон, кольоровий папір, готові будівельні елементи.

Дитина обирає, які об'єкти розмістити у своєму місті.

Психолог може допомагати технічно, але не визначає сюжет замість дитини.

Етап 3. Розвиток сюжету й соціальної взаємодії.

Коли основні елементи міста створено, психолог пропонує подумати про його мешканців.

Можливі запитання:

«Де мешканці можуть відпочити?»

«Куди звернутися, якщо комусь потрібна допомога?»

«Як зробити так, щоб різним людям було зручно пересуватися містом?»

Для групового формату учасники можуть розподілити доступні ролі: конструктор, художник, розробник маршруту, організатор місця відпочинку.

Такий підхід створює можливості для формування навичок домовленості та врахування потреб інших людей.

Етап 4. Вправа «Повертаю собі справу».

Психолог разом із дитиною визначає діяльність, до якої вона хотіла б повернутися або яку хотіла б спробувати.

Наприклад, малювання, конструювання, читання, гра з однолітками чи виготовлення поробок.

Визначена діяльність поділяється на невеликі посильні кроки.

Якщо дитина хоче знову малювати, першим кроком може бути вибір матеріалів, другим — створення невеликого елемента малюнка, третім — самостійне рішення, чи продовжувати.

Етап 5. Планування діяльності поза заняттям.

Психолог разом із дитиною визначає, за яких умов обрана діяльність може бути доступною вдома або в освітньому середовищі.

За необхідності обговорюються потрібні матеріали, допомога дорослого, тривалість і можливість перерв.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей з інтелектуальними труднощами творчі завдання поділяють на окремі короткі дії. Для дітей із руховими порушеннями забезпечують доступні матеріали й альтернативні способи участі. У груповій діяльності розподіляють ролі таким чином, щоб кожна дитина мала реальну можливість зробити внесок у спільний результат.

Орієнтири оцінювання: дитина здійснює доступний вибір діяльності, бере в ній участь відповідно до власних можливостей, може звернутися по допомогу та має принаймні один реалістичний варіант продовження активності в повсякденному житті.

Модуль 7. Безпечні цифрові середовища VR/AR як допоміжний ресурс

Мета модуля: організація контрольованої взаємодії дитини з нейтральним цифровим середовищем для тренування доступного вибору,

орієнтування, повідомлення про потреби та перенесення засвоєних навичок у реальні умови.

Обладнання: відповідне віковим вимогам сертифіковане обладнання, програмне забезпечення без шокових стимулів, стілець, вільна зона, швидкий механізм зупинки, резервна нецифрова вправа.

Зміст роботи.

Модуль передбачає використання цифрових та імерсивних технологій як допоміжних засобів психосоціального й реабілітаційного супроводу.

Основна увага приділяється не самому зануренню у віртуальне середовище, а організації безпечної, керованої та добровільної взаємодії з ним.

Застосування VR/AR допускається лише після індивідуальної оцінки доцільності й ризиків, перевірки вікових вимог до обладнання, отримання необхідної згоди та забезпечення можливості негайного припинення процедури.

Етап 1. Ознайомлення із цифровим середовищем.

Спочатку психолог демонструє дитині обрану нейтральну сцену на звичайному екрані комп'ютера або планшета.

Це може бути умовна кімната, спокійний навчальний простір чи інше середовище без загрозливих образів, різких звуків і несподіваних візуальних ефектів.

Дитині пояснюють, що вона може керувати окремими елементами цифрового простору й за бажанням припинити роботу.

Етап 2. Вправа «Керований простір».

На екрані демонструється цифрове середовище, у якому дитина може обирати предмети або змінювати доступні параметри.

Психолог пропонує виконати прості дії: обрати предмет, змінити його розташування, знайти позначку виходу або визначити зручне місце.

Під час виконання завдання фахівець звертає увагу на розуміння інструкцій, способи здійснення вибору та сигнали дискомфорту.

Якщо умови допуску виконано і дитина самостійно бажає продовжувати, може бути запропоновано коротке ознайомлення з VR.

Використовують просту статичну сцену, без автоматичного переміщення камери. Тривалість визначають індивідуально відповідно до переносимості та вимог виробника обладнання.

Етап 3. Вправа «Можу змінити умови».

Із використанням AR на планшеті дитині пропонується розмістити у зображенні реального приміщення віртуальні позначки: «Допомога», «Перерва», «Тихе місце».

Психолог запитує:

«Де тобі було б зручно відпочити?»

«Куди можна звернутися по допомогу?»

«Що можна змінити у цій кімнаті, щоб тобі було комфортніше?»

Дитина самостійно обирає й розміщує запропоновані елементи.

Якщо використання AR неможливе або небажане, завдання виконують за допомогою паперової схеми приміщення.

Етап 4. Перенесення в реальний простір.

Після завершення цифрової вправи психолог разом із дитиною переходить до обговорення реального приміщення.

Дитина визначає, де можна розмістити картку «Перерва», організувати доступне місце відпочинку або залишити необхідні засоби комунікації.

Важливо, щоб засвоєний спосіб дії не залишався винятково у цифровому середовищі.

Етап 5. Завершення цифрового заняття.

Психолог завчасно повідомляє про завершення процедури. У разі використання шолома обладнання знімають спокійно, після чого дитині пропонують зорієнтуватися у звичайній кімнаті.

Фахівець запитує, чи не виникли неприємні відчуття, і за потреби забезпечує перепочинок.

За наявності нудоти, запаморочення, головного болю, дезорієнтації або іншого вираженого дискомфорту роботу негайно припиняють. За необхідності залучають медичну допомогу.

Етап 6. Фіксація результатів спостереження.

Психолог документує обраний цифровий формат, характер виконаних дій, потребу в допомозі, наявність або відсутність повідомлень про дискомфорт і причини завершення процедури.

За наявності окремого погодженого дослідницького протоколу можуть застосовуватися додаткові технічні засоби спостереження. Проте дані біосенсорного браслета або LiDAR не повинні самостійно інтерпретуватися як показники травматизації чи психологічного відновлення.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей із сенсорною чутливістю перевагу надають простим статичним зображенням або звичайному екрану. Для дітей із моторними порушеннями забезпечують доступний спосіб керування. Для дітей із труднощами комунікації передбачають зрозумілий сигнал припинення роботи. Використання шолома не є обов'язковою умовою виконання модуля.

Орієнтири оцінювання: дитина розуміє доступний спосіб керування, може повідомити про бажання припинити роботу, здійснює посильний вибір і за підтримки психолога визначає можливість використання аналогічної навички в реальному середовищі.

Модуль 8. Узагальнення, перенесення навичок і завершення

Мета модуля: узагальнення індивідуально корисних способів саморегуляції, комунікації та звернення по допомогу, створення доступного плану їх використання у повсякденних ситуаціях і забезпечення передбачуваного завершення циклу занять.

Обладнання: коротка особиста «картка допомоги», фотографії нейтральних предметів лише за згоди, піктограми, письмові рекомендації для батьків і педагогів. Завершення має бути передбачуваним: про нього

повідомляють заздалегідь, уникаючи ефекту раптового зникнення важливого дорослого.

Зміст роботи.

Завершальний модуль спрямований на систематизацію досвіду, отриманого дитиною під час попередніх зустрічей.

Основним завданням є не формальне підбиття підсумків проходження програми, а визначення тих способів підтримки, які виявилися прийнятними для конкретної дитини і можуть бути використані поза кабінетом психолога.

Етап 1. Повернення до попередніх занять.

Психолог пропонує дитині пригадати, які види діяльності вона виконувала.

Для цього можна використати картки, малюнки, символічні зображення або візуальний маршрут попередніх зустрічей.

Дитина самостійно визначає, які вправи їй сподобалися, які були незручними, а які вона не хотіла б повторювати.

Психолог приймає будь-які відповіді без оцінювання.

Етап 2. Вправа «Мій набір корисних дій».

Разом із дитиною створюється особиста картка або невелика пам'ятка із двома-трьома прийнятними способами підтримки.

Наприклад:

«Коли мені важко, я можу показати картку "Перерва"».

«Якщо я не розумію завдання, можу попросити пояснення».

«Коли стає занадто шумно, можу попросити перейти в погоджене тихіше місце».

Дитина може обрати спосіб оформлення пам'ятки: малюнок, піктограми, короткі речення або електронний варіант.

Етап 3. Вправа «План на складний день».

Психолог разом із дитиною створює короткий алгоритм дій для ситуацій емоційного дискомфорту.

План може містити чотири послідовні кроки:

1. Помічаю, що мені стало важко.
2. Повідомляю про це доступним способом.
3. Звертаюся до визначеної людини або використовую погоджений спосіб підтримки.
4. Повертаюся до діяльності, коли це можливо й безпечно.

Алгоритм демонструється на нейтральній побутовій ситуації.

Окремо дитині пояснюють, що під час реальної небезпеки, зокрема повітряної тривоги, потрібно виконувати встановлений порядок дій щодо захисту, а не залишатися в небезпечному місці для виконання психологічних вправ.

Етап 4. Практичне тренування.

Психолог пропонує дитині застосувати один із відібраних способів у змодельованій ситуації.

Наприклад, дорослий повідомляє про зміну простого навчального завдання, а дитина використовує погоджений спосіб уточнення інформації.

Іншим варіантом може бути прохання про коротку перерву або використання індивідуальної картки допомоги.

Етап 5. Узгодження підтримки із сім'єю та педагогами.

За участю законних представників і, за необхідності, педагогів визначають, які способи допомоги реально можна використовувати вдома та в закладі освіти.

Психолог пояснює дорослим, як реагувати на сигнали дитини, яким чином забезпечувати доступні перерви та коли необхідно звертатися по додаткову фахову допомогу.

Доцільно узгодити конкретні дії відповідальних осіб, а не обмежуватися загальними рекомендаціями.

Етап 6. Завершальна зустріч і зворотний зв'язок.

Психолог заздалегідь повідомляє дитині про завершення запланованого циклу.

Наприкінці заняття дитина може обрати символічний спосіб завершення: переглянути власну картку допомоги, завершити спільну гру або обрати нейтральний ритуал прощання.

Психолог підкреслює, що завершення програми не означає припинення доступу до необхідної допомоги.

Якщо за результатами спостереження залишаються значущі труднощі, спільно з родиною визначають подальший маршрут підтримки.

Адаптація для дітей з ООП.

Для дітей з інтелектуальними труднощами використовують простий алгоритм із двох-трьох дій. Для дітей із порушеннями мовлення створюють картки або повідомлення в комунікаторі. Для дітей із порушеннями зору чи моторними труднощами добирають доступний формат пам'ятки.

Орієнтири оцінювання: дитина має принаймні один прийнятний і доступний спосіб звернення по підтримку, дорослі розуміють порядок його використання, а подальша допомога узгоджена відповідно до актуальних потреб.

5.2. Загальні методичні рекомендації щодо реалізації восьмимодульної програми та варіанти організації групи

Організація занять повинна здійснюватися з урахуванням віку, особливостей психофізичного розвитку, актуального емоційного стану, сенсорних потреб, комунікативних можливостей та індивідуального досвіду дитини.

Кожен модуль може реалізовуватися протягом однієї або декількох зустрічей залежно від визначених цілей. Орієнтовна тривалість окремого заняття може становити 20–35 хвилин, однак це лише організаційний приклад, а не встановлена терапевтична тривалість. Для окремих дітей доцільні значно коротші заняття або поділ діяльності на декілька частин.

Перед початком роботи психолог визначає актуальну мету, добирає доступні матеріали, перевіряє стан дитини та узгоджує прийнятний формат діяльності.

У процесі заняття важливо підтримувати право дитини на вибір, перерву й припинення участі. Усі вправи проводяться без примусового відтворення травматичних спогадів, нав'язування емоційних реакцій або використання надмірних сенсорних подразників.

Після завершення кожного заняття психолог здійснює коротке документування, у якому відображає виконані завдання, доступні дитині способи участі, необхідні адаптації, прояви дискомфорту та можливі зміни організації подальшої роботи.

Оцінювання доцільно здійснювати не лише за фактом виконання завдань, а насамперед за функціональними показниками: доступністю комунікації, можливістю висловити власну потребу, використанням погоджених способів підтримки й участю у звичній діяльності.

Представлена послідовність є авторською методичною моделлю, що потребує подальшої апробації. Вона призначена для психосоціального та психолого-педагогічного супроводу й не замінює спеціалізованої діагностики чи травмофокусованої психотерапії у випадках, коли вони показані.

Груповий формат можливий лише за умови спільної безпечної мети, сумісності потреб учасників і достатньої кількості фахівців для підтримки. Він може бути корисним для навчання просити допомогу, виконувати спільні творчі завдання й відчувати належність. Водночас група не є оптимальним простором для неконтрольованого обговорення особистого травматичного досвіду. У правилах групи варто закріпити право мовчати, право на перерву, повагу до різних способів комунікації та заборону коментувати чужі роботи без дозволу.

За участі дітей з ООП планують кілька шляхів виконання одного завдання. Якщо одна дитина використовує комунікатор, група отримує час на її відповідь; якщо інша потребує рухової перерви, це не розглядається як порушення дисципліни. Неприпустимо, щоб дитина з особливими освітніми потребами постійно виконувала демонстраційну роль «прикладу труднощів».

Сюжети й рівень сенсорної стимуляції мають погоджуватися з усіма учасниками.

РОЗДІЛ VI. ПРОТОКОЛИ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИФРОВИХ ТА СЕНСОРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

6.1. Місце технологій у системі допомоги

Проєктор, комп'ютер, VR/AR, біосенсорний браслет, LiDAR та системи запису дають різні типи можливостей. Проєктор полегшує групове обговорення схем; комп'ютер допомагає організувати стандартизоване введення відповідей за правилами конкретної методики; VR може створити контрольоване візуальне середовище; AR накладає цифрові об'єкти на реальну сцену; браслет може реєструвати певні фізіологічні сигнали; LiDAR визначає відстані або геометрію простору. Жоден із цих засобів сам по собі не «вимірює травму», не встановлює психіатричного діагнозу і не замінює контакт із дитиною.

Технологічну процедуру починають з формулювання функціонального питання: «Чи зрозуміліший дитині візуальний маршрут?», «Чи прийнятний нейтральний інтерактивний формат порівняно з паперовими картками?», «Чи виникає дискомфорт за певної тривалості?» Якщо відповідь можна отримати без запису біометрії, додаткові дані не збирають. Технологію використовують лише тоді, коли її очікувана практична користь переважає ризик складності, перевантаження або вторгнення в приватність.

6.2. VR/AR: допуск і обмеження

Систематичний огляд безпеки VR у дітей молодше 14 років описує обмеженість і неоднорідність наявних даних, зокрема недостатню повноту звітів про небажані явища; серед можливих скарг згадуються легкі симптоми кіберзахитування. Отже твердження «VR повністю безпечна для всіх дітей» було б некоректним. Так само не можна переносити висновки коротких досліджень комфорту на ефективність лікування травматичних наслідків війни. Застосування конкретної гарнітури залежить також від інструкцій її виробника, вікових обмежень і локальних правил установи.

Перед пробним сеансом фахівець проводить коротку бесіду про можливі неприємні відчуття, запитує про попередній досвід використання обладнання,

перевіряє здатність повідомити про дискомфорт, враховує відомі медичні й сенсорні обмеження та за необхідності консультується з відповідним медичним фахівцем. Якщо є сумніви щодо допустимості пристрою для віку або стану дитини, сеанс не проводять. Обов'язкові добровільна згода, окремий сигнал зупинки, присутність навченого дорослого й нецифрова альтернатива.

6.3. Покрокова процедура нейтрального VR/AR-заняття

Крок 1 – планування. У карті фіксують конкретну ціль, вибраний сценарій, його перевірені сенсорні характеристики, альтернативу без технології та підстави допуску. Не використовують візуалізації бойових дій, стрілянини, руйнувань, вибухів або раптових криків.

Крок 2 – демонстрація. Дитині показують середовище на звичайному екрані, пояснюють розташування контролерів, демонструють, як зупинити показ.

Крок 3 – проба без занурення. Дитина перевіряє сигнал «стоп» і обирає, чи продовжувати.

Крок 4 – коротка керована взаємодія. За повної згоди застосовують максимально просту статичну сцену без автоматичного руху камери. Тривалість установлюють індивідуально, з урахуванням рекомендацій виробника та переносимості, без вигаданих універсальних лікувальних хвилин. Під час сеансу дорослий спостерігає за ознаками втрати рівноваги, нудоти, болю, страху, перевантаження й сигналами незгоди.

Крок 5 – вихід. Обладнання знімають спокійно; дитина орієнтується у звичайній кімнаті, за бажанням користується водою або перепочинком.

Крок 6 – запис. Фіксують обраний формат, переносимість, факт переривання і необхідні зміни; не приписують показникам діагностичного значення.

Критерії негайного припинення. Будь-яке прохання дитини, навіть непряме; нудота, запаморочення, головний біль, дезорієнтація, страх, виражений дискомфорт, утруднення контакту, фізична нестійкість, сигнал повітряної тривоги або технічна несправність. Продовження «для звикання»

без спеціалізованого обґрунтованого протоколу не допускається. Якщо негативні симптоми зберігаються, залучають відповідну медичну допомогу.

6.4. Біосенсорний браслет: що можна і чого не можна використовувати

Залежно від моделі та прошивки браслет може реєструвати частоту серцевих скорочень, рух, окремі характеристики шкірної провідності або інші сигнали; конкретний перелік слід перевірити в технічній документації пристрою. Частина споживчих приладів непридатна для клінічних висновків; точність показників залежить від прилягання, рухових артефактів, температури, параметрів алгоритму й інших факторів. Фахівець не має підстав стверджувати, що певне значення пульсу означає страх, ПТСР або успішну реабілітацію.

У дослідницькому протоколі браслет може використовуватися для обережного опису фізіологічних сигналів поряд із контекстом спостереження, але лише за окремої згоди та після технічної перевірки. Потрібно вказати модель, доступні сенсори, частоту реєстрації, спосіб експорту, відомі обмеження і дії у випадку помилок. За відсутності підтверджених характеристик дані варто використовувати тільки як пробний технічний матеріал для перевірки здійсненності, не як медичний показник.

Не можна показувати дитині «тривожний» рейтинг за пульсом або коментувати, що браслет нібито «знає її справжні почуття». У разі підвищення показника насамперед перевіряють, чи дитина рухалася, сміялася, змінила положення руки або відчувала фізичний дискомфорт. Інтерпретація спирається на самозвіт, поведінку, контекст і клінічну компетенцію, а не на автоматичний емоційний класифікатор.

6.5. LiDAR: коректний методичний статус

LiDAR – технологія оптичного визначення відстаней та просторових характеристик. У межах сенсорної кімнати вона може допомогти створити модель розміщення меблів, перевірити доступність проходів або, за наявності відповідного програмного забезпечення, технічно описати просторову

взаємодію із середовищем. Однак «параметри LiDAR» не є прямими маркерами психологічного стану, не дозволяють обчислити рівень травматизації та не можуть бути самостійною підставою для клінічного рішення.

Якщо науковий проєкт передбачає опис рухів у просторі, необхідно наперед визначити, які саме просторові показники мають функціональну цінність, як вони вимірюються, з якою похибкою, чи можна їх отримати без ідентифікації дитини та чи не обмежують вони її приватність. Наприклад, факт доступності маршруту з кріслом колісним є параметром середовища, а не особистісною характеристикою. Порівняння кількості переміщень без урахування моторних особливостей, інструкцій і самої задачі може призвести до стигматизаційних висновків.

6.6. Відеоспостереження, кодування поведінки та збереження даних

Якщо запис є обґрунтовано необхідним, команда завчасно складає словник спостережуваних подій: «дитина самостійно використала картку перерви», «попросила вимкнути звук», «відійшла до погодженого місця», «зупинила цифрову сцену». Такі події описуються через дії, а не через приховані припущення на кшталт «пережила вторинну травму» або «продемонструвала приховану агресію». Часова мітка корисна лише тоді, коли її збір не порушує приватність і відповідає завданню.

Доцільно оцінити узгодженість спостерігачів на невеликому наборі дозволених записів, використовуючи попередньо погоджені правила кодування. Якщо узгодженість низька, словник уточнюють, а не приховують проблему. Будь-який аналіз змін потребує врахування того, що присутність камери може впливати на поведінку. Без окремої згоди запис не ведуть; за незгоди дитини використовують безвідеовий спосіб документування, якщо це можливо.

РОЗДІЛ VII. НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОЦІНЮВАННЯ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ

7.1. Результати науково-методичного обґрунтування програми психосоціального та реабілітаційного супроводу

Теоретичні та методичні засади програми

У посібнику систематизовано теоретичні та організаційно-методичні положення щодо психосоціального й реабілітаційного супроводу дітей з особливими освітніми потребами, які пережили травматичні події в умовах війни. Зміст програми пов’язано з принципами травма-інформованої взаємодії, багаторівневої допомоги, доступності середовища та збереження права дитини на вибір. Як зазначено в розділі І, психосоціальна підтримка й психолого-педагогічний супровід не підміняють спеціалізованої психотерапії посттравматичного стресового розладу.

Авторська модель та використання цифрових засобів

Центральним методичним результатом, представленим у розділі V, є авторська модель із восьми взаємопов’язаних модулів. Її зміст охоплює встановлення контакту й передбачуваність взаємодії; усвідомлення сенсорного навантаження та доступні способи стабілізації; емоційну грамотність; гнучкість реагування в повсякденних ситуаціях; соціальні зв’язки й звернення по допомогу; творчу та ігрову активність; безпечне застосування цифрового середовища; узагальнення й перенесення засвоєних навичок у щоденне життя. Модулі утворюють гнучку структуру, а не обов’язкову для всіх дітей послідовність занять.

Розроблена структура поєднує мету кожного модуля, доступні матеріали, послідовність роботи, способи адаптації та орієнтири спостереження. Основою індивідуалізації є попереднє з’ясування потреб дитини, її способів комунікації, сенсорних особливостей, ресурсів сім’ї та умов навчання. Ці положення узгоджуються з розділом ІІІ, у якому розмежовано скринінг, функціональне спостереження й клінічну оцінку.

Окремий методичний складник становить визначення ролі VR/AR, сенсорного обладнання, аудіо- та відеозасобів, біосенсорного браслета й LiDAR. У розділі VI ці засоби розглянуто як допоміжні інструменти для організації доступної діяльності та, за належних підстав і згоди, документування окремих аспектів взаємодії. Показники технічних пристроїв не є самостійним доказом наявності травматичних симптомів, емоційного стану або ефективності реабілітації; застосування VR/AR не є обов'язковою умовою участі в програмі.

Отже, результатом науково-методичного опрацювання, відображеним у посібнику, є узгоджена система змістових модулів, адаптацій, функціональних орієнтирів і правил безпечного застосування технічних засобів. Представлений опис визначає зміст і умови використання авторської моделі, але сам собою не встановлює її клінічної ефективності та не містить кількісних результатів роботи з учасниками.

7.2. Етапи розроблення та науково-методичного обґрунтування програми

Теоретичне та організаційне обґрунтування

Логіку розроблення програми в цьому посібнику можна описати як послідовність взаємопов'язаних змістових завдань. Першим із них є визначення теоретичних засад допомоги дітям із травматичним досвідом, зокрема розмежування реакцій на актуальну небезпеку та наслідків минулих подій, урахування індивідуальних факторів захисту й розуміння професійних меж психологічної підтримки. Відповідні положення наведено в розділі I.

Другим складником є опис умов організації роботи з урахуванням матеріально-технічної бази й доступності середовища. У розділі II визначено функції психологічного консультативно-тренінгового центру, сенсорної кімнати, комп'ютерного та проєкційного обладнання, а також вимоги до підготовки команди. Обладнання добирається з огляду на мету заняття й індивідуальні потреби дитини; його наявність сама собою не є підставою для застосування.

Оцінювання потреб, побудова модулів і добір технологій

Третім складником є добір засобів первинного оцінювання та формування індивідуальної програми. Розділ III передбачає поєднання відомостей від самої дитини, її законного представника та спостереження за повсякденним функціонуванням. Психодіагностичні інструменти пропонується використовувати з урахуванням віку, мовної доступності, психометричних обмежень і призначення конкретної методики. Індивідуальні цілі формулюються через спостережувані дії, а не через загальні оцінки на кшталт «стала спокійнішою».

Наступний складник — структурування змісту супроводу у вісім модулів, описаних у розділі V. Для кожного визначено послідовність доступних вправ, можливі альтернативні форми участі та обставини, за яких завдання необхідно змінити або припинити. Тривалість, кількість зустрічей і порядок опрацювання модулів не встановлюються як універсальна норма: вони залежать від віку, актуального стану та індивідуального плану.

Окремо обґрунтовано можливості й обмеження цифрових засобів, процедури безпечного виходу з імерсивного середовища, захисту інформації та документування спостережень (розділи IV і VI). Завершальним змістовим складником є визначення критеріїв оцінювання, міждисциплінарного узгодження й підготовки фахівців, розглянутих у цьому розділі та розділах IX–X. Така послідовність відображає побудову методичної моделі; вона не є твердженням про проведення окремих експериментальних процедур, отримання етичного схвалення чи збирання даних учасників.

7.3. Критерії та показники оцінювання програми реабілітаційного супроводу

Організаційні критерії та прийнятність програми

Для оцінювання застосування програми доцільно розрізняти організаційні критерії, прийнятність діяльності для дитини, безпеку використаних засобів і функціональні орієнтири індивідуальної підтримки. Вони описують різні аспекти роботи та не можуть автоматично підміняти один

одного. Зокрема, факт завершення заняття або позитивне враження від VR/AR не доводять зменшення посттравматичних симптомів.

До організаційних критеріїв належать відповідність завдання індивідуальному плану, доступність інструкцій і матеріалів, наявність погодженого способу припинення діяльності, можливість заміни цифрового завдання нецифровим та узгодженість дій фахівців. Прийнятність може описуватися через вибір дитиною форми участі, зрозумілість правил, повідомлення про комфорт або дискомфорт і можливість відмовитися без втрати подальшої підтримки.

Функціональні показники, безпека та аналіз

Функціональні показники співвідносяться з цілями модулів: здатністю обрати доступний спосіб спілкування; повідомити про потребу в перерві чи допомозі; використати погоджений сигнал «стоп»; визначити прийнятну дію в нейтральній складній ситуації; долучитися до посильної творчої чи навчальної активності; застосувати знайому навичку в іншому середовищі. Для кожного показника необхідно зазначати контекст, форму підказки та реальний спосіб відповіді дитини. За потреби альтернативна комунікація є повноцінним способом участі, а не підставою знижувати оцінку результату.

Безпеку доцільно характеризувати через наявність або відсутність повідомленого дискомфорту, обставини припинення вправи, потребу в сенсорних адаптаціях та технічні умови виконання завдань. Якщо використовуються VR/AR або сенсорні технології, опис обмежується характеристиками, які справді можна спостерігати або виміряти. Зокрема, дані біосенсорного браслета потребують контекстуальної інтерпретації, а LiDAR характеризує просторові параметри, а не психічний стан дитини.

Для документування можна використовувати індивідуальні карти спостереження й форми, подані в додатках. Порівняння результатів у різні моменти має враховувати повітряні тривоги, зміну умов проживання та навчання, втомлюваність, сенсорні потреби й обсяг допомоги дорослого. Застосування стандартизованих дитячих методик можливе лише за

відповідності їхнім інструкціям та психометричним обмеженням; PCL-5 не слід трактувати як валідований основний інструмент оцінювання дітей, що окремо пояснено в розділі III.

Наведені критерії є методичною основою для опису індивідуальної динаміки та оцінювання організації підтримки. Для висновків про причинний вплив програми на симптоми ПТСР потрібні окремі емпіричні дані, придатні вимірювальні інструменти й відповідний дизайн дослідження. У цьому підпункті таких даних не наводиться.

7.4. Етичні засади та забезпечення безпеки реалізації програми

Права дитини та безпечні умови участі

Етичні умови застосування програми визначаються насамперед пріоритетом реальної безпеки, повагою до гідності дитини та її права впливати на перебіг діяльності. Відповідно до розділу IV необхідно розмежовувати згоду на звичайне заняття, психодіагностику, використання VR/AR, аудіо- чи відеофіксацію та участь у дослідженні. Згода на один вид діяльності не поширюється автоматично на інші. Незгода дитини, зокрема висловлена поведінково або за допомогою альтернативної комунікації, має враховуватися протягом усього заняття.

До початку роботи фахівець перевіряє доступність приміщення, зрозумілість інструкцій і наявність способу негайного припинення вправи. У разі повітряної тривоги, іншої актуальної небезпеки чи істотного погіршення самопочуття пріоритет має встановлений порядок захисту та, за потреби, залучення компетентних служб. Не допускається примусове відтворення травматичних подій або використання різких сенсорних стимулів з метою «звикання» в межах запропонованих модулів.

Безпека VR/AR, конфіденційність і реагування на ризики

Застосування VR/AR потребує попередньої перевірки технічних умов, вікової відповідності конкретного пристрою, змісту цифрової сцени, сенсорного навантаження, фізичної доступності виходу й можливості негайно зняти обладнання. За наявності дискомфорту цифрову процедуру припиняють;

дитині пропонують повернутися до звичайного простору та доступної нейтральної діяльності. Відмова від шолома або цифрової сцени не позбавляє можливості виконувати відповідну вправу в іншому форматі.

Окремої уваги потребує захист персональної інформації. Фото-, відео- та біосенсорні матеріали не слід збирати без обґрунтованої потреби і належних правових та етичних підстав. Якщо для конкретної роботи передбачено документування, слід визначити мету, склад відомостей, відповідальних осіб, порядок доступу, строки зберігання та умови видалення. Дані про пережиті події, зображення й записи голосу не можна поширювати поза погодженими межами; можливість ідентифікації дитини оцінюють навіть за відсутності її імені.

У випадку несприятливої реакції фахівець припиняє відповідний стимул, оцінює потребу в допомозі та документує лише факти, необхідні для безпечного перегляду плану. До таких реакцій можуть належати посилення страху, запаморочення, нудота під час VR або виражений сенсорний дискомфорт; перелік є орієнтиром для спостереження, а не повідомленням про фактично зареєстровані випадки. Залежно від ситуації потрібні індивідуальна адаптація, консультація іншого компетентного фахівця чи зміна маршруту допомоги.

Узгодженість етичних рішень забезпечується міждисциплінарною взаємодією та професійною підготовкою команди, про які йдеться в розділах IX і X. Критерієм належної організації є не лише наявність формальних документів, а й реальна зрозумілість процедур для дитини, доступність альтернатив і готовність фахівця змінювати метод відповідно до її стану та потреб.

РОЗДІЛ VIII. ПРАКТИЧНІ СИТУАЦІЇ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ РІШЕННЯ

8.1. Принцип побудови навчальних кейсів

Ситуації нижче є історіями реальних дітей, даними клінічних спостережень або результатами проведеного дослідження. В рамках конфіденційності усі особисті дані учасників приховано. Основне завдання – показати, як фахівець обирає безпечний маршрут, адаптації й функціональні цілі, не привласнюючи собі компетенцію клінічного діагностування. Жодна відповідь на кейс не є універсальною: рішення залежить від уточнених потреб конкретної дитини, поточних загроз і ресурсів сім'ї та закладу.

8.2. Навчальна ситуація 1. Дитина, якій складно залишатися в класі після тривоги

Опис ситуації. Учень молодших класів після кількох повітряних тривог виходить із класу під час гучних звуків, уникає шкільного дзвінка, просить телефонувати дорослому. Зазначені прояви самі собою не дозволяють встановити ПТСР. Першочергове питання – чи є в закладі реальний, зрозумілий і доступний шлях до безпеки. Далі варто з'ясувати, чи може дитина повідомити про страх, хто поруч у момент переходу, чи знає вона відмінність між сигналом реальної небезпеки та звичайним організаційним звуком.

Пропонований план. Психолог проводить коротку зустріч без вимоги згадувати обстріли. Педагог разом із дитиною створює передбачуваний візуальний маршрут «клас – дорослий – укриття» та за потреби погоджує альтернативний нераптовий сигнал початку уроку. У модулі 1 дитина опановує знак перерви, у модулі 2 – обирає прийнятний спосіб орієнтування у теперішньому моменті; модуль 5 допомагає назвати двох доступних дорослих. Тренування не проводять під час реальної тривоги як експеримент; у цей час діє реальний протокол захисту.

Оцінювання. Команда спостерігає, чи знає дитина маршрут, чи користується знаком звернення і чи зменшилися перешкоди для участі в навчанні в дні без актуальної загрози. Якщо реакції істотно обмежують життя,

повторюються поза конкретним шкільним контекстом або супроводжуються тяжкими симптомами, потрібна кваліфікована оцінка травматичних наслідків. Для скринінгу за відповідності віку й умовам можна розглянути дитячу методику, а не PCL-5.

Помилка, якої слід уникати. Не проводити багаторазове відтворення звуку сирени для «звикання» в межах звичайного педагогічного заняття. Не карати за вихід із класу, якщо дитина не має іншого зрозумілого способу повідомити про потребу в безпеці. Не робити висновку про успіх виключно з того, що учень перестав просити допомоги: мовчання іноді означає втрату довіри, а не покращення.

8.3. Навчальна ситуація 2. Дитина з аутистичними особливостями та сенсорним перевантаженням

Опис ситуації. Підліток із потребою в передбачуваній структурі відмовляється заходити до сенсорної кімнати, коли там вмикають підсвічування і музику. У групі дорослі тлумачать таку реакцію як «опір реабілітації». Проте можливо, що подразники не відповідають сенсорному профілю дитини, сама зміна простору не була належно пояснена або їй недоступний спосіб швидко припинити стимуляцію.

Пропонований план. Команда починає не з обладнання, а з аналізу сенсорних переваг та доступного способу висловити незгоду. Підліток отримує фотографії кімнати без ефектів, може зайти за відчинених дверей або провести заняття в іншому приміщенні. Освітлення, звукові й візуальні елементи вмикають тільки за його вибором, не одночасно. Заняття спрямоване на комунікацію й контроль над середовищем: як повідомити «тихіше», «прибери світло», «хочу вийти». Якщо спеціальний пристрій не потрібен, його не застосовують.

Особливості психодіагностики. Увагу, тривожність і травматичні симптоми оцінюють окремо; повторювані рухи або уникання погляду не можна безпідставно вважати ознакою травми. Вибір стандартизованої шкали залежить від вікової відповідності, комунікації та наявності даних про

валідність саме для такої групи. Стандартні бали не слід інтерпретувати за нормативами після невалідаційних змін інструкції чи способу відповіді.

Результат, який можна описати. Якщо підліток обрав спосіб входу, скористався сигналом «досить» і зміг завершити контакт без примусу, це значущий факт доступної взаємодії. Але він не доводить лікувального впливу сенсорної кімнати й не означає, що VR буде корисною на наступному етапі. Для VR потрібні окрема згода та оцінювання ризиків. Обов'язкова готовність команди прийняти рішення «цьому учасникові цифровий формат не потрібен».

8.4. Навчальна ситуація 3. Дитина з труднощами мовлення після переміщення

Опис ситуації. Дитина шкільного віку після переїзду рідко відповідає усно на заняттях, із напруженням реагує на вимогу розповісти про попереднє місце проживання й відмовляється від групових обговорень. У такій ситуації небезпечно автоматично приписувати поведінці один психологічний механізм: можуть мати значення мовленнєві особливості, нове мовне середовище, втома, недовіра, соціальні втрати або травматичні реакції.

Пропонований план. На першій зустрічі дорослий пропонує відповідати показом карток, малюнком, коротким текстом або через комунікатор. У модулі 3 використовують нейтральні історії про персонажів, а не розпитують про втрату домівки. У модулі 5 складають карту допомоги без необхідності повідомляти персональні адреси. Педагог погоджує з дитиною альтернативний спосіб участі в класі; соціальний працівник уточнює практичні бар'єри доступу до підтримки. Батькам пояснюють, що відсутність усної розповіді не означає відсутності переживань і не потребує примусу.

Критерії перегляду. Якщо дитина використовує альтернативний спосіб повідомити про потребу, але продовжує відчувати суттєві труднощі зі сном, повторні нав'язливі спогади або різке функціональне погіршення, маршрут має включати спеціалізовану оцінку. Визначені педагогічні зміни не замінюють клінічної роботи. Записи творчих продуктів або історій не використовують у навчальних презентаціях без окремого дозволу й оцінки ризику впізнавання.

8.5. Навчальна ситуація 4. Батьки очікують «лікування травми за допомогою VR»

Опис ситуації. Законний представник звертається з проханням організувати серію «занурень», оскільки чув, що віртуальна реальність нібито швидко стирає страх. Фахівець має врахувати потребу сім'ї в надії та допомозі, але не підтверджувати неперевірених тверджень. Особливо важливо не допустити ситуації, коли дитина погоджується на обладнання лише тому, що дорослі вже домовилися про його «лікувальний» ефект.

Професійна відповідь. Пояснюють, що доказові рекомендації з лікування дитячого ПТСР стосуються спеціалізованих психологічних втручань, зокрема травмофокусованої КПТ і EMDR за належними умовами, тоді як запропоноване тут VR/AR застосовується лише як додатковий формат для нейтральних задач. Вибір починається з оцінки потреб і безпеки, не з техніки. У родини й дитини є альтернативи без гарнітури; відмова не позбавляє інших видів допомоги.

Рішення команди. Якщо головним запитом є тяжкі посттравматичні симптоми, пріоритетним стає клінічний маршрут. Якщо завдання – навчитися орієнтуватися в структурованій кімнаті чи користуватися сигналом перерви, може вистачити паперових карток, проєкції або AR на планшеті. VR допускають лише після окремої перевірки переносимості; результат описують через конкретну функціональну ціль, а не через «видалення травми» чи «зниження рівня ПТСР за даними браслета».

РОЗДІЛ IX. ВЗАЄМОДІЯ ІЗ ЗАКЛАДОМ ОСВІТИ, СІМ'ЄЮ ТА ГРОМАДОЮ

9.1. Узгодження цілей у команді

У міждисциплінарній команді варто уникати паралельних, неузгоджених вимог до дитини. Якщо психолог навчає користуватися знаком «перерва», педагог має знати, що цей знак означає, і надавати узгоджену реакцію. Якщо реабілітаційний фахівець допомагає адаптувати простір, педагог не повинен повертати недоступне розташування предметів через міркування звичної організації класу. Спільне обговорення стосується конкретних необхідних адаптацій, а не всіх особистих подробиць травми.

Для кожної цілі достатньо визначити один або два контексти застосування, відповідального дорослого і спосіб короткого зворотного зв'язку. Наприклад, «використання картки прохання про тишу» може перевірятися у сенсорній кімнаті й класі. За тиждень команда аналізує, чи були картки фізично доступні, чи дорослі реагували послідовно, чи виникли нові безпекові обставини. Такий аналіз виявляє вплив середовища на результат і запобігає звинуваченню дитини в «низькій мотивації».

9.2. Комунікація результатів оцінювання

Батькам і педагогам варто передавати зрозумілі практичні висновки: що допомагає дитині розпочати заняття, який спосіб повідомлення про дискомфорт працює, які подразники потребують адаптації, коли важливо звернутися до спеціаліста. Не потрібно поширювати повний протокол інтерв'ю або тестові відповіді, якщо вони не є необхідними для конкретної професійної функції. Висновки формулюють обережно: «під час оцінювання спостерігали», «за словами родини», «потребує уточнення».

Якщо є результати стандартизованої методики, пояснюють її ціль і межі. Високий скринінговий бал – підстава розглянути поглиблену оцінку, а не повідомляти дитині або педагогу непідтверджений діагноз. Так само різниця між двома вимірюваннями без контрольованих умов не доводить причини

зміни. Для дітей, які переживають поточну нестабільність, контекст кожного вимірювання принципово важливий.

9.3. Навчання дорослих підтримувальним реакціям

Короткий практикум для педагогів можна присвятити трьом умінням: помічати й називати зміни обстановки, пропонувати невеликий вибір та правильно відповідати на прохання про перерву. У рольових завданнях варто використовувати нейтральні життєві ситуації, а не відтворювати шокові епізоди війни. Учасники тренуються замінювати фрази «нічого не бійся» чи «припини» на конкретні: «зараз ми перевіримо план дій», «ти можеш показати, що потрібно змінити», «ми можемо зробити коротку перерву».

Для батьків практикум доцільно пов'язати з повсякденністю: як домовитися про передбачуваний початок дня, як пояснювати зміни в безпеці, як підтримувати контакт без нав'язливих запитань. Окремо варто проговорити різницю між співпереживанням і обіцянками, яких дорослі не можуть виконати. Дитині потрібна правдива інформація в доступній формі, а не запевнення у неможливості нових небезпечних подій.

РОЗДІЛ X. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ

10.1. Компетентності, потрібні для реалізації

Упровадження програми доцільно починати з аналізу того, які завдання команда здатна виконувати самостійно, а де потрібні зовнішня консультація чи супервізія. Для загального психосоціального супроводу важливі навички активного слухання, підтримувальної комунікації, адаптації середовища, оцінювання невідкладних ризиків і документування. Для стандартизованої психодіагностики потрібне знання інструкцій та обмежень конкретних шкал. Для травмофокусованої психотерапії необхідні відповідна підготовка, використання валідованого протоколу та професійна супервізія; сам факт проведення авторських вправ не надає цих компетенцій.

Технічний персонал має окремо навчитися перевіряти обладнання, забезпечувати швидке вимкнення сцен, контролювати доступ до файлів і повідомляти про несправності. Навіть технічно досвідчений працівник не повинен оцінювати психологічні прояви поза своєю кваліфікацією. Перед запуском нового VR-сценарію рекомендовано провести перевірку без участі дітей: чи немає раптових рухів камери, нав'язливих звуків, складних інструкцій та прихованих механізмів запису. Результат перевірки фіксують, а після оновлення програмного забезпечення повторюють її.

10.2. Зміст внутрішнього навчального семінару

Пропонований семінар може поєднувати обговорення доказових меж, аналіз вигаданих кейсів та практику сигналу «стоп». Спочатку учасники розрізняють психологічну першу допомогу, психосоціальну підтримку, психолого-педагогічну реабілітацію й клінічне лікування. Далі тренуються формулювати функціональні цілі без діагностичних ярликів, обирати вікові методики та пояснювати батькам їхні обмеження. Окремий блок присвячують інклюзивній комунікації: спробі виконати завдання лише через картки або з вимкненим звуком, аби виявити недоступні інструкції.

Під час практичного блоку один учасник демонструє нейтральне заняття, другий виконує роль дитини, яка вирішила відмовитися, третій перевіряє

реакцію фахівця за чеклістом безпеки. Важливо оцінювати не вміння переконати учасника продовжити, а здатність негайно прийняти відмову і запропонувати іншу форму підтримки. У підсумку кожен фахівець формулює одну зміну в організації простору та одне запитання для супервізії. Такий семінар є авторською навчальною пропозицією і не прирівнюється до сертифікаційної підготовки з травмофокусованої КПТ або EMDR.

10.3. Внутрішній аудит якості

Після кожного циклу команді корисно переглянути вибірку заповнених карт без ідентифікаційних відомостей і перевірити кілька критеріїв: чи зазначено мету, чи мала дитина доступну можливість відмови, чи пояснено використання технології, чи фіксувалися небажані події, чи не робилися клінічні висновки з даних сенсора. Аудит має стосуватися якості процесу, а не рейтингування дітей або фахівців. Виявлені прогалини використовують для перегляду інструкцій, організації супервізії та оновлення шаблонів.

Окремо слід контролювати доступність: чи були придатні для дітей різних вікових груп ілюстрації, чи залишався реальним вибір між цифровим і нецифровим форматом, чи не виключалися діти, які використовують альтернативну комунікацію. Наявність технічного обладнання не повинна створювати дві категорії учасників – «повноцінних», які витримують VR, та «складних», для яких технологія не підходить. Якість інклюзії вимірюється насамперед здатністю адаптувати допомогу до дитини, а не навпаки.

10.4. Питання для подальшого наукового дослідження

Після успішної перевірки здійсненності можна планувати дослідження, яке розмежовує ефект змісту заняття і вплив способу його подання. Наприклад, чи відрізняється доступність вправи з візуальним розкладом на папері та на екрані; чи може AR бути зручнішою для дітей, яким важко користуватися паперовими позначками; чи є нейтральне VR-середовище прийнятним порівняно зі звичайною сенсорною кімнатою. Для таких питань важливо визначити первинний результат, умови порівняння, критерії припинення та необхідні адаптації до початку збору матеріалу.

Натомість твердження «LiDAR визначає приховану тривогу» або «біосенсор доводить подолання травми» не мають бути дослідницькими висновками без належного теоретичного обґрунтування і валідизації. Якщо метою стає моделювання зв'язку між фізіологічними, просторовими та поведінковими показниками, необхідно врахувати похибки сенсорів, міжіндивідуальні відмінності, поточні загрози та ризики автоматизованого профілювання дітей. Перед переходом від описових даних до прогнозних моделей потрібна окрема методологічна й етична експертиза.

10.5. Методичний підсумок

Практична цінність програми полягає у можливості поєднати досить прості підтримувальні дії з обґрунтованим використанням наявної дослідницької інфраструктури. Її впровадження має залишатися адаптивним, прозорим і підзвітним: цілі описують через участь дитини, процедури – через доступні кроки, результати – через перевірювані спостереження, а доказові межі – через наукові джерела. Найкращою ознакою вдалої організації є не повне заповнення всіх модулів, а те, що дитина отримує підтримку без примусу та зберігає можливість впливати на власну участь.

ДОДАТКИ.
ФОРМИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Додаток А. Короткий чекліст перед зустріччю

□ Перевірено актуальну безпекову ситуацію, доступність укриття і план евакуації.

□ Відомі особливості комунікації, сенсорні потреби й можливі протипоказання до запланованих активностей.

□ Дитині пояснено мету, послідовність і право зупинити заняття.

□ Законний представник отримав необхідну інформацію й надав належну згоду.

□ Підготовлено альтернативне завдання без цифрового обладнання.

□ У кімнаті доступні вода, місце перепочинку і шлях виходу.

□ Визначено особу, до якої звертаються в разі погіршення стану.

□ Непотрібні аудіо- і відеозаписи вимкнено.

Додаток Б. Індивідуальна карта спостереження

Випадок: _____

_____.

Дата, час і контекст: __

_____.

Мета заняття: _____

_____.

Обраний дитиною формат: _____

_____.

Комунікативні засоби й адаптації: _____

_____.

Початкове самопочуття за власною оцінкою дитини або опис доступного способу відповіді: _____

_____.

Послідовність виконаних кроків: ____

_____.

Помічені дії (без припущень про приховані стани): ___

_____.

Чи використовувався сигнал «стоп» або перерва: _____.

Реакція дорослого та зміни процедури: __.

Слова/вибір дитини щодо комфортності: ___

_____.

Небажані події та вжиті заходи: _____

_____

_____.

Наступний погоджений крок: _____

_____

_____.

Додаток В. Спеціальна форма допуску до VR/AR

Випадок: _____

_____.

Мета використання: _____.

Назва і версія пристрою та програми: _____

_____.

Вікові вимоги виробника перевірено: так / ні.

Сенсорні особливості середовища перевірено: так / ні.

Доступність сигналу припинення: так / ні.

Альтернатива без гарнітури: _____.

Пояснення ризиків та згода представника: _____

_____.

Зрозумілий асент дитини: _____.

Наявність технічно підготовленого фахівця: ___

_____.

Перебіг/переносимість: _____

_____.

Дискомфорт або причина припинення: __

_____.

Дії після завершення: ___

_____

_____.

Рішення щодо подальшого використання: _____

_____

_____.

Додаток Г. Протокол несприятливої події

Дата і випадок: _____

_____.

Процедура: _____

_____.

Опис події без діагностичних припущень: _____

_____.

Час появи і тривалість: _____.

Вжиті невідкладні дії: _____

_____.

Кого повідомлено відповідно до встановленого маршруту: _____

_____.

Подальший стан за доступними відомостями: _____

_____

_____.

Рішення про припинення або зміну процедури: _____

_____.

Відповідальний фахівець: ___.

Запис зберігається з обмеженим доступом і не дублюється в особистих месенджерах.

Додаток Ґ. Пам'ятка для батьків і педагогів

Пояснюйте зміни заздалегідь і простою мовою. Пропонуйте невеликий вибір там, де він справді можливий. Уникайте вимоги розповідати про воєнний досвід у деталях. Домовтеся про доступний сигнал потреби в перерві й поважайте його. Якщо дитина не реагує словами, шукайте інший спосіб комунікації замість повторного тиску. Не називайте реакції «маніпуляцією» без аналізу обставин. Під час реальної загрози дійте за планом безпеки. Якщо страждання чи труднощі істотно порушують життя або виникають ознаки ризику, зверніться по компетентну допомогу. Психологічна перша допомога передбачає людяну, практичну підтримку й повагу до гідності людини.

Додаток Д. Запитання для командного перегляду випадку

1. Які цілі назвала дитина і чи не замінили ми їх очікуваннями дорослих?
2. Які особливості середовища можуть пояснювати труднощі?
3. Чи відрізнили ми актуальну загрозу від посттравматичної реакції?
4. Чи має дитина дієвий спосіб відмови?
5. Які результати є безпосередніми спостереженнями, а які – нашими інтерпретаціями?
6. Яка частина програми ґрунтується на настановах, а яка є неперевіреною методичною пропозицією?
7. Чи не створюємо ми зайвих вимірювань або записів?
8. Чи потрібна додаткова спеціалізована консультація?
9. Як організовано підтримку й супервізію команди?

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Bexson C., Oldham G., Wray J. Safety of virtual reality use in children: a systematic review. European Journal of Pediatrics. 2024. Vol. 183, no. 5. P. 2071–2090. DOI: https://doi.org/10.1007/s00431-024-05488-5.
2. Child Mind Institute. Mental Health Resources for the Ukraine Crisis (зокрема україномовні форми CATS). URL: https://childmind.org/care/ukraine-mental-health-resources/.
3. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : IASC, 2007. 205 p. URL: https://www.who.int/publications-detail-redirect/iasc-guidelines-for-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings.
4. International Society for Traumatic Stress Studies. Child and Adolescent Trauma Screen. URL: https://istss.org/clinical-resources/child-adolescent-trauma-assessments/child-and-adolescent-trauma-screen/.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder : NICE guideline NG116. 2018. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations.
6. Redican E., Sachser C., Pfeiffer E., Martsenkovskyi D., Hyland P., Karatzias T., Shevlin M. Validation of the Ukrainian caregiver-report version of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) in children and adolescents in Ukraine. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2024. Vol. 16, Suppl. 1. P. S317–S325. DOI: https://doi.org/10.1037/tra0001570.
7. U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp.
8. U.S. Department of Veterans Affairs. UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5. National Center for PTSD. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/ucla_child_reaction_dsm-5.asp.

9. UNICEF. Including children with disabilities in humanitarian action : general guidance for inclusivity in emergencies. URL: https://www.unicef.org/disabilities/documents/inclusive-humanitarian-action-general-guidance.
10. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid : guide for field workers. Geneva : World Health Organization, 2011. 60 p. ISBN 978-92-4-154820-5. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205.
11. World Health Organization. Doing what matters in times of stress : an illustrated guide. Geneva : World Health Organization, 2020. 132 p. ISBN 978-92-4-000391-0 (електронне видання). URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240003910. Українська версія: URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/9789240003910.
12. World Health Organization. Posttraumatic stress disorder (PTSD): psychological interventions – children and adolescents. mhGAP Evidence Centre. Оновлено 2023 р. URL: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/conditions-related-to-stress/posttraumatic-stress-disorder-%28ptsd%29--psychological-interventions---children-and-adolescents.

Наукове видання

Ксенія Борисівна Бужинецька

ЗАГОЄННЯ РАН ДИТИНСТВА: РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ВІЙНИ

Навчально-методичний посібник

Ум. друк. арк. 8,09

Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка
НАПН України 04060 м. Київ, вул. М. Берлінського 9
тел. : +380 98 949-73-02