

**Консультування в системі
психосоціальної допомоги
дітям і сім'ям, що опинились
у складних життєвих
обставинах внаслідок
військових дій**

Практичний посібник



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ І СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

**КОНСУЛЬТУВАННЯ
В СИСТЕМІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ
ДОПОМОГИ ДІТЯМ І СІМ'ЯМ,
ЩО ОПИНИЛИСЬ У СКЛАДНИХ
ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ
ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ**

Практичний посібник

Загальна редакція
В.Г. Панок, І.І. Ткачук

Київ-2019
УНМЦ
практичної психології і соціальної роботи

Авторський колектив:

В.В. Байдик (розділ 7), Ю.С. Бондарук Н.В. (розділ 2),
Т.Б. Гніда (розділ 6), І.О. Корнієнко (розділ 4),
Н.В. Лунченко (розділ 1), Ю.А. Луценко (розділ 5),
Р.А. Мороз (розділ 3), І.І Ткачук (вступ)

За загальною редакцією:
доктора психологічних наук, професора **В. Г. Панка**;
кандидата педагогічних наук **І.І. Ткачук**

Рекомендовано до друку Вченою радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи (протокол №7 від 24.10.2019 р.)

Рецензенти:

Ілляшенко Т.Д. – кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами

Романовська Д.Д. – кандидат психологічних наук, завідувач науково-методичного центру практичної психології та соціальної роботи Інституту післядипломної педагогічної освіти Чернівецької області

Т65 Консультування в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій / авт. кол ; заг. ред. В. Г. Панок, І. І. Ткачук. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2019. 144 с.
ISBN 978-617-7118-35-9

Практичний посібник «Консультування в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій» розроблено на виконання наукового дослідження «Науково-методичне забезпечення діяльності працівників психологічної служби з надання допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій», державний номер реєстрації 0119U001306.

У виданні висвітлено широке коло питань пов'язаних з організацією та здійсненням процесу консультування дітей та сімей, які зазнали травматичного досвіду. Запропоновані процедури і техніки консультування та корекційної роботи науково обґрунтовані, визнані сучасними вітчизняними та зарубіжними психологами-практиками.

Посібник рекомендовано для практичних психологів, соціальних педагогів, соціальних працівників, студентів відповідних кваліфікацій.

ISBN 978-617-7118-35-9

© УНМЦ практичної психології
і соціальної роботи, 2019

ВСТУП	4
1. Система психосоціальної допомоги дітям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій, у закладі освіти	9
2. Процедури і техніки консультування в процесі соціально-психологічного супроводу дітей і сімей, які отримали травматичний досвід	24
3. Емоційно-вольові та поведінкові порушення дітей підліткового віку, що пережили травмуючі події	37
4. Корекція емоційних розладів дітей, які зазнали травматичного досвіду та членів їхніх сімей в процесі консультування	76
5. Практичні аспекти формування соціально-психологічних компетентностей у учнів і молоді, що пережили кризові події	98
6. Розвиток батьківської компетентності у системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, які пережили травмуючі події в процесі консультування	109
7. Збереження та відновлення психоемоційного здоров'я практичного психолога в процесі консультування дітей і сімей, які зазнали травматичного досвіду	131

ВСТУП

Проблема надання психологічної допомоги дітям і сім'ям, які постраждали внаслідок військових дій в Україні продовжує бути актуальною і сьогодні, адже, на жаль, до сьогодні продовжуються бойові дії на сході країни, прибувають внутрішні переселенці з Донецької та Луганської областей і Криму. За даними Міністерства оборони України за час проведення АТО та ООС (станом на березень 2019 року) бойові безповоротні втрати складають 2525 військовослужбовців. Серед мирного населення кількість загиблих складає 3033 особи (станом на травень 2019 року).¹

Результати моніторингу, що проводився під егідою Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) у Донецькій області, свідчать, що майже 40% дітей цієї області віком 7-12 років та більше половини дітей віком 13-18 років стали безпосередніми свідками подій, що пов'язані з війною. Відповідно 13% та 22% бачили бої та сутички, 4% і 15% побиття знайомих людей, 6% та 5% стали свідками погроз застосування зброї 76% дітей віком 7-12 років та 43% дітей віком 13-18 років відчували страх, коли ставали свідками зазначених подій.² На сьогодні статус дитини, яка постраждала внаслідок військових дій і збройних конфліктів мають в Україні понад 33 тисячі дітей.³

З самого початку військових дій працівники психологічної служби у системі освіти разом з виконанням своїх безпосередніх функцій – психологічного забезпечення освітнього процесу, зосередили свою професійну увагу на психолого-педагогічній допомозі постраждалим дітям, їхнім батькам, педагогам. За останні п'ять років фахівця-

1 Лист Кадрового центру Збройних сил України МО України від 28.03.2019 р. №321КЦ/19ВихЗП. URL: https://dostup.pravda.com.ua/request/ato_oos_2014_2019_zsu_no10

2 ЮНІСЕФ, Дитячий фонд, Україна. Експрес оцінка соціально психологічного становища дітей в Донецькій області [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Rapid_Psychosocial_Assesment_of_Children_in_Donetsk_Oblast_ua.pdf

3 Дослідницький звіт «Діти, яких торкнувся збройний конфлікт в Україні». URL: <http://radnyk.org/wp-content/uploads/2019/10/Doslidnyczkyj-zvit-Dity-yakyh-torknuvsya-zbrojnyj-konflikt-v-Ukrayini-.pdf?fbclid=IwAR0vDdYgCF0PosVjrEBDIBH0fdAadNKh8lovmsIFNJTubiWdQbACYZxsZE>

ми служби напрацьований значний досвід роботи з зазначеною категорією осіб, велика кількість працівників служби підвищила свою кваліфікацію з питань психологічної підтримки учасників військових дій, членів їхніх сімей, та роботи з дітьми, які отримали психотравму.

З метою висвітлення цілісної картини надання допомоги дітям, постраждалим від військових дій, внутрішньо переміщеним особам у закладах освіти та аналізу труднощів і проблем, пов'язаних з цією роботою, що виникають у працівників психологічної служби у вересні-жовтні 2018 року, Українським науково-методичним центром практичної психології і соціальної роботи здійснено моніторингове дослідження «Надання допомоги дітям, постраждалим від військових дій, і внутрішньо переселеним особам в діяльності психологічної служби». У моніторингу взяли участь 537 практичних психологів та 489 соціальних педагогів закладів загальної середньої освіти України.

В процесі моніторингового дослідження вивчались такі питання:

1. Визначення основних цільових груп з якими реально працюють фахівці психологічної служби з надання допомоги дітям і сім'ям постраждалим внаслідок військових дій.

2. Проблеми, які вирішувались в процесі психосоціальної допомоги дітям, сім'ям ВПО та учасників АТО (ООС) та рівень володіння працівниками психологічної служби методиками, техніками і технологіями для вирішення цих проблем та бажана тематика додаткового навчання.

3. Забезпеченість працівників психологічної служби методичними матеріалами з надання психосоціальної допомоги різним категоріям постраждалих.

4. Доступність для працівників психологічної служби отримання спеціалізованої підготовки з тем, пов'язаних з психосоціальною допомогою постраждалим від кризових подій.

5. Наявність у працівників психологічної служби ознак професійного вигорання, пов'язаного з роботою з вказаною категорією осіб та можливість відвідувати супервізійні або інші підтримуючі групи.

Аналіз статистичних даних, отриманих в ході проведеного дослідження представлено у довіднику «Діяльність психологічної служби у системі освіти з надання допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (за результа-

тами моніторингу)».

Зупинимось лише на деяких висновках, про які свідчать результати моніторингу

Основною цільовою групою в роботі працівників психологічної служби з надання допомоги постраждалим були діти і сім'ї учасників АТО (близько 65 відсотків від загальної кількості). Близько 33% від загального обсягу роботи працівників психологічної служби з надання допомоги постраждалим займає робота з дітьми і сім'ями ВПО. Робота з дітьми і сім'ями загиблих складає близько 1,2%. Якщо у 2016 році пріоритетом у роботі працівників служби були діти і сім'ї внутрішньо переміщених осіб, то у 2018 – діти і сім'ї постраждалих внаслідок військових дій.

Практичні психологи у роботі з надання психосоціальної допомоги постраждалим найчастіше вирішують такі завдання: діагностика психологічного стану постраждалих; стабілізація їхнього психоемоційного стану; інтеграція постраждалої дитини в мікросередовище (група, клас, громада). Основними видами роботи соціальних педагогів є: допомога постраждалим у налагодженні соціальних зв'язків; інтеграція здобувача освіти в мікросередовище (група, клас, громада); подолання в учнів негативних проявів у поведінці.

Більшість працівників психологічної служби зазначили, що не повністю упевнені у рівні своєї кваліфікації у цьому питанні та потребують додаткового навчання (70-75%). Серед запропонованих тем додаткової підготовки найвищий рейтинг отримали такі: основи травмотерапії, навички кризового консультування, розробка та проведення корекційно-розвиткових програм.

Викликала занепокоєння оцінка рівня забезпеченості відповідним методичним інструментарієм працівників психологічної служби. Так, тільки 11% вказали, що вони повністю забезпечені необхідним інструментарієм, від 20 до 25% дали негативну відповідь, від 65 до 69% дали ухильну відповідь – «частково».

Найбільший дефіцит працівники психологічної служби відчувають у методичній літературі по роботі з учнями, які пережили травмуючі події з таких напрямів: формування конструктивних способів вирішення складних життєвих ситуацій та адаптивних копінг-стратегій; сприяння стабілізації емоційного стану та раціональному сприй-

няттю своєї життєвої ситуації; активізація процесів самопізнання, самоприйняття, саморегуляції і самоконтролю; розвиток стресостійкості/життєстійкості.

Понад вісім відсотків опитаних працівників психологічної служби (8,51% – практичних психологів і 8,44% соціальних педагогів) визнали, що відчувають певні ознаки професійного вигорання, яке пов'язано з роботою з внутрішньо переміщеними особами та дітьми та сім'ями учасників АТО (ООС).

Пропонований практичний посібник розроблено колективом авторів у відповідності з основними запитамі фахівців психологічної служби у системі освіти в методичній літературі, який сформульовано у їхніх відповідях на запитання анкети моніторингу та обговорювався на семінарах і круглих столах, зокрема, на всеукраїнському семінарі «Надання допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах унаслідок військових дій», який відбувся 9 квітня 2019 року в Северодонецьку.

Видання присвячено консультуванню дітей і сімей, які постраждали внаслідок військових дій, як виду допомоги, який займає особливе місце у системі психосоціальної підтримки і складається з 7 розділів, в яких викладені питання теорії і практики консультування зазначеної категорії осіб.

В першому розділі «Система психосоціальної допомоги дітям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій, у закладі освіти» розглянуто такі питання: основні принципи, мета та завдання психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій; охарактеризовано процес соціально-психологічного супроводу кризової особистості, та систему перенаправлення; представлено алгоритм перенаправлення дитини в межах закладу освіти.

Другий розділ присвячено розгляду процедур і технік консультування в процесі соціально-психологічного супроводу дітей і сімей, які отримали травматичний досвід.

В третьому розділі розглянута така базова для кризового консультування тема, як емоційно-вольові та поведінкові порушення дітей підліткового віку, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій. Докладно висвітлено психосоматичні марке-

ри, що впливають на перебіг посттравматичного стресу у дитини та диференціальні ознаки початкових проявів психічних захворювань, які психологу освітнього закладу необхідно вміти визначати з метою подальшого перенаправлення до фахівців медичної сфери.

У четвертому розділі надано рекомендації щодо корекції емоційних розладів дітей, які опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій та членів їхніх сімей в процесі консультування, розвитку системи емоційної регуляції дитини та охарактеризовано принципи складання психокорекційних програм.

Темою п'ятого розділу є формування у учнівської молоді соціально-психологічних компетентностей як запоруки стресостійкості.

Шостий розділ присвячено питанню підвищення батьківської компетентності у системі надання психологічної допомоги дітям і сім'ям, які зазнали травматичного впливу військових дій. Розглянуті такі теми: рівні батьківської компетентності; основні техніки у консультуванні батьків дітей, які отримали травматичний досвід; форми та методи взаємодії з батьками щодо стабілізації їхнього емоційного стану; формування підтримувального сімейного середовища та вправи з розвитку батьківської компетентності для індивідуальних і групових консультацій.

У сьомому розділі наголошується на необхідності соціально-психологічного захисту й психологічної допомоги самим фахівцям психологічної служби. Розглянуто теоретичні і практичні аспекти підтримки психологічної стійкості особистості. Особлива увага приділена висвітленню таким методам професійної підтримки, як супервізія та інтервізія, які відіграють значну роль у забезпеченні якісної професійної діяльності практичного психолога.

1. Система психосоціальної допомоги дітям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій, у закладі освіти

Ситуація, яку переживає Україна, виходить за межі звичайного нормального людського досвіду. Вона спричинила значне порушення життєдіяльності людей, шкоду їх здоров'ю, великі людські втрати, значні матеріальні збитки тощо. Все це вкрай негативно позначається на кожній родині. Одні сім'ї були вимушені залишити діти та переживають кризу, пов'язану з втратами не лише матеріальними, але і соціальними. Інші родини переживають втрату близької людини. Так чи інакше в Україні не залишилося практично жодної відстороненої від конфлікту особи.

Психічне травмування у людей, що пережили надзвичайні події, має різну глибину і складність. Це залежить від багатьох факторів таких як: вік постраждалого, ступінь причетності до надзвичайної події (свідок, учасник, постраждалий і т.п.), життєвий і професійний досвід, психоемоційний статус та вміння володіти своїми емоційними станами, наявність або відсутність підтримки з боку найближчого соціального оточення та ін.

У широкому сенсі *психосоціальна допомога*, за визначенням Я.П. Дубініної – це напрям роботи, основна мета якого надання первинної психологічної допомоги, соціальної підтримки людям, які перебувають у важкій життєвій ситуації та організація комплексу умов для продуктивної адаптації людини у змінених умовах життєдіяльності. У вузькому сенсі *психосоціальна робота* – це діяльність фахівця, спрямована на відновлення втраченої психосоціальної рівноваги, на пошук ресурсів особистості і ресурсів соціального середовища для подолання труднощів у життєвій ситуації. Основні завдання психосоціальної допомоги – розширення діапазону соціальних і особистісних ресурсів людини для самостійного вирішення виникаючих проблем, подолання труднощів, актуалізація її творчих, інтелектуальних, особистісних, духовних і фізичних можливостей, необхідних для виходу

з кризового стану, стимулювання самоповаги і впевненості в собі [3].

Психосоціальна допомога складається з:

- допомоги дітям, сім'ям, які постраждали, у визначенні і формулюванні потреб;
- встановлення взаємозв'язків між потребами дитини та послугами, які надає заклад освіти;
- ідентифікації дитини з особливими потребами, задоволення яких не входить до сфери компетенцій закладу освіти (наприклад, психіатрична, медична або правова);
- розробки індивідуального плану підтримки/змін для дитини, який ґрунтується на принципах кейс-менеджменту;
- координації дій батьків дитини, педагогічних працівників тощо з реалізації заходів індивідуального плану підтримки;
- підтримки, усвідомлення специфічних потреб дитини;
- підтримки самостійних дій дитини, членів родини з метою формування стресостійкості;
- інформаційної підтримки педагогічних працівників з метою забезпечення кращого розуміння ними потреб дитини та усвідомлення необхідності використання цих знань у роботі.

Діяльність працівників психологічної служби закладу освіти має бути спрямована на досягнення двох основних цілей: 1) подолання травматичного досвіду, віктимності і соціопатичних тенденцій розвитку (зокрема, девіантних і делінквентних форм поведінки) у дітей, які опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій на сході країни; 2) забезпечення умов і можливостей ефективної соціальної адаптації за допомогою пролонгованої психологічної, соціальної та правової допомоги, організації систематичних психокорекційних та інших заходів.

Програма дій практичних психологів і соціальних педагогів з психосоціальної допомоги учням повинна сприяти вирішенню таких завдань:

- стабілізації емоційного і психофізичного стану дітей, які опинились у складних життєвих обставинах;
- зниження рівня тривожності, ворожості, подолання травматичного досвіду, віктимності, соціофобії і соціопатичних тенденцій розвитку;

- оптимізації самооцінки;
- зниження конфліктності, відчуженості і подолання бар'єрів у спілкуванні;
- формування навичок адаптивної і успішної поведінки;
- підвищення рівня правової, психологічної та соціальної захищеності;
- соціальної інтеграції та професійного самовизначення.

Узагальнюючи **принципи психосоціальної допомоги** дітям Дж. Пірс наголошує [1, С.194]:

1. Втручання повинне бути всестороннім: психолог повинен бути здатний працювати із широким спектром проблемної поведінки. Більше того, при роботі з дітьми, котрі пережили психологічну травму, психолог може бути вимушений втручатися в умови середовища і оточення, щоб надати дитині всеосяжну допомогу. Дитину не можна розглядати в ізоляції від сім'ї. Не можна не брати до уваги соціальну ситуацію, в якій у даний момент знаходиться дитина.

2. Втручання повинне бути орієнтоване на розвиток дитини.

3. Втручання повинне бути спрямоване на наслідки, що виявляються в розвитку. Оскільки жорстоке ставлення може порушити здатність дитини справлятися з етапними задачами розвитку та ускладнювати досягнення і освоєння подальших етапів, психолог повинен уміти оцінювати рівень розвитку дитини.

4. Втручання повинне відповідати етапу розвитку дитини. Як було наголошено вище, залежно від стадії розвитку, її психологічні наслідки можуть носити різний характер. Відомі випадки, коли дитина, що пережила травмуючу ситуацію і отримала допомогу психолога, відчувала потребу у відновленні психотерапії в більш пізньому віці.

5. Втручання повинне враховувати рівень розвитку: стратегія кризового втручання повинна відповідати стадії розвитку дитини. Наприклад, застосування виключно мовного підходу може бути украй фруструючим для дитини молодшого віку або дитини, яка страждає затримкою розвитку. У такому разі ігрова терапія може служити добрим прикладом підходу з урахуванням розвитку дитини. Використовування того ж методу в роботі з підлітком може виявитися далеко не таким ефективним.

Втрату звичного життєвого світу і частини себе у ситуації кризи не-

можливо заповнити лише матеріальною підтримкою, професійною перепідготовкою чи закликком узяти себе в руки, зазначає Л.В. Сафонова. Основною формою надання такої допомоги, на думку дослідниці, може стати спеціально організований процес – соціально-психологічний супровід кризової особистості [8, С.83].

Основною формою надання такої допомоги, на думку дослідниці, може стати спеціально організований процес – соціально-психологічний супровід кризової особистості.

Супровід – особлива форма пролонгованої психологічної і соціальної допомоги – патронажу. Патронаж у даному випадку розуміється як цілісна та комплексна система соціальної підтримки і психолого-педагогічної допомоги, що надається в рамках діяльності працівників психологічних служб. На відміну від корекції патронаж передбачає пошук ресурсів особистості (чи сім'ї), опору на власні можливості та створення на цій основі психологічних, соціальних і педагогічних умов для відновлення продуктивних зв'язків зі світом людей.

У кожному конкретному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості, якій надається допомога, та ситуації, в якій здійснюється супровід. Діяльність супроводжувачих продовжується доти, поки не буде пройдений кризовий період. Результатом соціально-психологічного супроводу особистості повинна стати нова життєва якість – адаптивність, тобто здатність самостійно досягати відносної рівноваги у відносинах із собою та оточуючими як у сприятливих, так і в екстремальних життєвих ситуаціях [6].

У *соціально-психологічному супроводі*, що розгортається в часі, Л.В. Сафонова виокремлює *три етапи*: діагностико-аналітичний (служить основою для постановки мети); власне діяльнісний (відбір і застосування методичних засобів); контрольно-аналітичний (аналіз кінцевих і проміжних результатів, що дозволяє коректувати хід роботи) [8, С.84-85].

О.Ф. Бондаренко зазначає, що «...зміст психологічної допомоги полягає у забезпеченні емоційної, смислової та екзистенційної підтримки людини в ситуаціях ускладнення, які виникають у ході їх особистісного та соціального буття» [2, С. 10].

Відповідно до глибини і сили переживання постраждалих потре-

бує різного типу допомоги, яка може бути надана спеціалістами різного профілю. Так, у багатьох випадках люди самі здатні до відновлення, підвищення рівня власної резильєнтності. В інших випадках достатньо допомоги найближчого соціального оточення – батьків, вчителів, друзів і однокласників. Іноді постраждалим необхідна психологічна допомога у вигляді індивідуальної або групової корекції, психотерапії. У складних і запущених випадках необхідна допомога психіатра.

Важливим аспектом психосоціальної допомоги є зміцнення можливостей дитини, яке являє собою процес розвитку внутрішнього потенціалу дитини таким чином, що індивіди і групи можуть самостійно збільшувати свої ресурси, покращити самосприйняття і розвивати власні здібності в психологічній, соціокультурній сферах [7].

Для забезпечення якісної допомоги постраждалим дітям на регіональному рівні запроваджується система **перенаправлення**. Перенаправлення – це система організації взаємодії фахівців різного профілю (вчителів, психологів, медиків) у наданні кваліфікованої допомоги дітям і сім'ям, які пережили психотравмуючі події. Діяльність системи перенаправлення має бути чітко скоординованою і передбачає міждисциплінарний і міжсекторальний підходи для забезпечення комплексної терапії психічної травми.

Заклад освіти не може подолати всі проблеми дітей, які пережили психотравмуючі події, але може пом'якшити їх наслідки і попередити можливі додаткові проблеми, про які батьки спочатку і не здогадуються або вважають їх несуттєвими.

Метою координації діяльності та взаємодії працівників закладу освіти при наданні допомоги дітям, які пережили травматичну подію, є впровадження ефективного механізму координації діяльності та взаємодії педагогічних працівників і адміністрації навчальних закладів, інших органів, установ та організацій при наданні допомоги дітям, які пережили травматичну подію, для створення належних організаційних умов забезпечення захисту прав та надання психологічної допомоги зазначеній категорії дітей.

У процесі *координації діяльності та взаємодії* працівників закладу освіти при наданні допомоги дітям можна виокремити такі процедури:

- ідентифікація/оцінка (за результатами діагностики);
- надання допомоги в залежності від результатів діагностики;
- перенаправлення в межах закладу освіти та поза ним.

Оцінювання базується на принципах і цінностях, основними із яких є: доступність послуг; добровільність участі дітей і батьків; гуманність; конфіденційність; профілактична спрямованість; партнерство; системність; гарантований захист прав людини/дитини, сім'ї; пріоритетність інтересів клієнтів, врахування їхньої думки.

Компонентами оцінювання є різні види оцінки, які одночасно виступають як його інструмент, тобто як сукупність методів, за допомогою яких визначаються нагальні потреби індивіда, групи. Розрізняють такі типи оцінки: оцінку потреб, оцінку процесу, оцінку результатів (впливу).

У разі надходження усної або письмової інформації про дитину, яка пережила травмуючу подію, педагогічний працівник здійснює екстрене втручання у ситуацію з метою негайного усунення або мінімізації наслідків такої ситуації. За наявності загрози життю чи здоров'ю дитини педагогічний працівник негайно в телефонному режимі повідомляє службу у справах дітей та підрозділ органів внутрішніх справ.

Перша психологічна допомога в умовах закладу освіти включає наступні аспекти:

- ненав'язливе надання практичної допомоги та підтримки;
- оцінювання потреб і проблем;
- надання допомоги в задоволенні нагальних потреб;
- вміння вислуховувати дітей не примушуючи їх говорити;
- вміння втішити і допомогти дитині заспокоїтися;
- надання допомоги в отриманні інформації, установленні зв'язку з відповідними службами і структурами соціальної підтримки;
- захист від подальшої шкоди.

Завдання першої психологічної допомоги:

- формування відчуття безпеки, спокою і надії;
- забезпечення зв'язку з іншими людьми, рідними і близькими;
- сприяння доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки;
- зміцнення віри в можливість допомогти собі та оточуючим;
- формування у дитини розуміння того, що надзвичайна подія,

свідком або учасником якої вона була, закінчилась і не становить більше загрози.

Перша психологічна допомога сприяє кращій адаптації дитини до нових умов проживання та навчання. Підтримка дитини з боку родини, учителів та інших осіб з найближчого середовища дитини є одним з найважливіших чинників, що сприяють нормальному подальшому розвитку та відновленню дитини після переживання травматичного досвіду.

Переважає більшість дітей, які пережили стресові ситуації (події), відновлюється без сторонньої допомоги. Утім таке відновлення можна прискорити, якщо надавати дітям професійну підтримку на ранніх етапах. Перший рівень надання допомоги постраждалим дітям – це батьки і найближчі родичі. Необхідно навчити батьків приділяти більше уваги дитині, яка пережила травмуючу подію. Часто такі діти відзначаються швидкою зміною настрою – замкненість, депресивність, або надто розкута поведінка, підвищений емоційний тон, зниження інтересу до навчання, уникання соціальних контактів, безпідставні страхи, порушення сну, розлади фізичного здоров'я, іпохондричні прояви та ін.. Усі ці ознаки батьки можуть помітити у повсякденній поведінці дитини і поінформувати про це вчителя, або працівника психологічної служби закладу освіти.

Вчителі, які часто спілкуються з такою дитиною, також можуть помітити зазначені вище симптоми і, у випадку якщо вони пройшли спеціальну підготовку, надати первинну допомогу дитині. При цьому необхідно обов'язково поінформувати працівника психологічної служби.

Перед початком роботи працівник психологічної служби повинен отримати поінформовану згоду від батьків або осіб, які їх замінюють, на участь їхніх дітей у діагностичній, корекційно-відновлювальній та розвивальній роботі тощо.

Богданов С. О., Залеська О. В., Соловійова В. В. розробили та апробували **алгоритм перенаправлення дитини в межах закладу освіти**.

1. Створення учителем безпечного освітнього середовища, де діти мали б можливості для всебічного розвитку та спілкування з однокласниками та дорослим-наставником. Спостереження педагога/клас-

ного керівника за класним колективом та окремими дітьми під час уроку та позаурочної діяльності в умовах підтримуючого середовища.

2. За результатами спостереження виявлення педагогом/класним керівником дитини, яка має ознаки психоемоційних та/або поведінкових ускладнень/труднощів.

3. Звернення педагога до практичного психолога закладу освіти для отримання консультації щодо виявлених під час спостереження ознак емоційних/поведінкових труднощів дитини. Під час особистої консультації педагог заповнює анкету з описом виявлених поведінкових/психоемоційних проявів та форму запиту на роботу спеціаліста психологічної служби.

4. Практичний психолог, отримавши запит від педагога, обговорює і уточнює деталі запиту й ухвалює рішення про його обґрунтованість і подальше поглиблене вивчення психологічного стану дитини.

5. Практичний психолог звертається до батьків (опікунів) для отримання письмового погодження на здійснення додаткової психологічної оцінки поведінкового/психоемоційного стану дитини, і в разі необхідності отримання згоди батьків (опікунів) на її участь у програмі підвищення стресостійкості. У разі відмови батьків (опікунів) здійснювати психологом оцінки психологічного стану дитини, вони повідомляють про це письмово. Працівнику психологічної служби необхідно провести бесіду з дитиною для отримання від неї усної згоди на співпрацю щодо покращення емоційного стану та поведінкових проявів.

6. Після отримання психологом згоди від батьків (опікунів) дитини та бесіди з дитиною спеціаліст проводить психодіагностичний зріз за методиками: Опитувальник «Сильні та слабкі сторони» (SDQ) – версія для батьків та вчителів (для оцінки дітей від 4 до 18 років) [9] та Шкала оцінки впливу події (CRIES-8, для дітей віком 6-18 років) [10].

7. Практичний психолог аналізує результати дослідження, заносить їх у картку індивідуального супроводу учня. За результатами психологічного дослідження окреслюються подальші шляхи супроводу дитини:

7.1. Якщо за результатами психологічного дослідження за методикою SDQ у дитини виявлені деякі або значні труднощі за шкалами «просоціальна поведінка», «емоційні проблеми» та

«проблеми з однолітками», практичний психолог:

складає діагностичний висновок на дитину;
повідомляє результати діагностики учню та батькам, роз'яснюючи причини, які могли призвести до поведінкових та емоційних ускладнень, надає поради батькам та учню щодо успішної соціалізації та гармонійного розвитку;

надає рекомендації педагогу та батькам на здійснення самостійної педагогічної психосоціальної підтримки дитини, створення безпечного підтримуючого середовища;

окреслює шляхи, за допомогою яких учитель може надавати педагогічну допомогу дитині та батькам; спільно з адміністрацією, соціальним педагогом та класним керівником складає програму подальшого педагогічного супроводу дитини, залучення її до різних форм соціальної активності;

рекомендує методичну та іншу літературу, яка містить поради для батьків та учителів щодо підвищення стресостійкості дитини, створення умов для гармонійного розвитку;

здійснює супервізійну підтримку учителя, який педагогічно підтримує дитину.

7.2. Якщо за результатами психологічного дослідження за методикою SDQ у дитини виявлені деякі або значні прояви за шкалою «поведінкові ускладнення» та «гіперактивність», а за методикою CRIES-8 сума балів дорівнює або перевищує 17 (тобто у дитини є ознаки травматичного досвіду), практичний психолог використовує тактику, яка пропонується нижче.

Тактика практичного психолога зводиться до вирішення таких завдань:

складання діагностичного висновку на дитину із занесенням результатів до індивідуальної картки;

проведення бесіди з дитиною, батьками та педагогом за результатами діагностики, повідомлення результатів дослідження в межах Етичного кодексу психолога;

включення дитини до програми підвищення стресостійкості з визначенням індивідуального або групового формату роботи, з наданням переваги груповому формату відповідно до її віку;

консультаційний супровід батьків та педагога з метою надан-

ня рекомендацій щодо створення підтримуючого середовища, визначення динаміки змін у дитини;

спостереження за дитиною під час уроків та в позаурочний час із зазначенням динаміки змін у поведінці та емоційному стані дитини;

поради батькам та педагогам щодо залучення дитини до різних активних заходів.

8. Здійснення програми підвищення стресостійкості в індивідуальній та/або груповій формі.

9. Після завершення корекційної програми підвищення стресостійкості практичний психолог проводить з дитиною повторний психодіагностичний зріз, використовуючи SDQ та CRIES-8 для оцінки ефективності попередньої психологічної інтервенції. Дані записуються в особовій картці й фіксується висновок про динаміку емоційного та поведінкового стану дитини.

10. У разі покращення результатів повторної діагностики та психологічних проявів у поведінці та/або емоційній сфері дитини практичний психолог надає узагальнений зворотний зв'язок педагогу та батькам у формі консультації та конкретних рекомендацій щодо подальшої підтримки.

11. За відсутності змін або погіршенні результатів діагностичного дослідження, поведінкових та емоційних труднощів практичний психолог інформує щодо проведеної психологічної інтервенції та надає батькам консультації щодо інших можливостей отримання спеціалізованої психологічної допомоги поза закладом освіти (у невролога, дитячого психіатра, психотерапевта). У разі згоди батьків на подальше перенаправлення психолог формулює запит до відповідного спеціаліста, допомагає у встановленні контакту батьків/дитини з ним/нею та обговорює зі спеціалістом шляхи психологічної підтримки дитини психологічною службою закладу освіти [4, С.198-200].

Строк втручання працівника психологічної служби визначається індивідуально для кожної дитини, яка пережила травматичну подію, зокрема з урахуванням гостроти проблеми, ступеня функціональної спроможності мінімізувати негативні наслідки, рівня розвитку зв'язків із соціальним оточенням тощо.

Планування індивідуальної роботи з дитиною є своєрідним прогнозом стосовно дитини. Він дозволяє побачити цілісну картину особистості дитини, її ймовірне майбутнє. Дітям, які пережили травматичні події по часті потрібен більш тривалий час для оволодіння функціональними навичками, тому педагогам/працівникам психологічної служби в першу чергу, необхідно приділяти увагу розвитку вмій, які дають дитині відчуття самостійності та власної значущості, відновленні/налагодженні соціальних контактів, позитивних активностей.

Виходячи з окресленої проблеми постає необхідність у ефективній міжсекторальній та міжвідомчій взаємодії із спеціалістами відповідних служб у забезпеченні повноцінного психічного і соціального розвитку особистості, та створення алгоритму переправлення до відповідних організацій, які надають спеціалізовані психологічні та соціальні послуги.

Згідно з положеннями Етичного кодексу психолога:

- працівник психологічної служби зобов'язаний додержуватися конфіденційності у всьому, що стосується взаємин з клієнтом, його особистого життя і життєвих обставин. Виняток становлять випадки, коли виявлені симптоми є небезпечними для дитини та інших людей. У такому випадку психолог зобов'язаний поінформувати тих, хто може надати кваліфіковану допомогу;

- психолог не збирає додаткових відомостей про обстежуваного без його згоди і задовольняється лише тією інформацією, яка потрібна для виконання професійного завдання;

- психолог зобов'язаний зберігати професійну таємницю, не поширювати відомостей, отриманих у процесі діагностичної і корекційної роботи, додержуватись анонімності оприлюднення інформації про клієнта;

- документація роботи працівника психологічної служби має вміщувати лише професійно необхідні матеріали. У тих випадках, коли психологи звертаються по допомогу до інших фахівців, потрібно спеціально ознайомити їх з питанням, що стосуються умов і терміну зберігання таких матеріалів, а також обмежень у використанні інформації про клієнта, і попередити про міру відповідальності за недотримання конфіденційності.

Зосередимося на основних практичних рекомендаціях, які мають не тільки технологічний, а й етичний зміст.

В процесі анкетування (індивідуального тестування, групового опитування) у такій послідовності:

- пояснити учаснику (учасникам) мету, з якою здійснюється анкетування;
 - пояснити як і у якій формі буде проводитись опитування;
 - яким чином буде здійснюватися обробка і представлення результатів;
 - хто і у якому вигляді буде ознайомлений з результатами;
 - які наслідки участі в анкетуванні можуть бути для опитуваного і його найближчого соціального оточення;
 - обов'язково повідомити про скасування конфіденційності, якщо виявиться реальна загроза життю і здоров'ю опитаного або його найближчому соціальному оточенню (наприклад, суїцид, кримінальний злочин і т.п.);
 - переконатись у тому, що кожен учасник ясно розуміє зазначені вище пункти;
 - сказати, що участь в опитуванні є добровільною і кожен з учасників має повне право відмовитись від участі в роботі на будь-якому її етапі;
 - якщо котресь із запитань, на думку опитуваного, є для нього неприйнятним (з особистих, релігійних, етичних або інших міркувань) він має право відмовитись на нього відповідати;
 - після закінчення процедури опитування обов'язково подякувати за участь і повідомити коли і у якій формі опитаним буде надана інформація.
- Надання інформації про результати опитування:
- обов'язково повідомити опитуваних про результати у такій формі, яка передбачає ясне розуміння висновків;
 - за необхідності надати індивідуальні пояснення у формі і за змістом, які відповідають віковим, культурним та індивідуально-психологічним особливостям респондента, рівню його освіти та актуальному психоемоційному стану;
 - неприпустимим є надання інформації особам, які не беруть участь у роботі;

- спеціалістам, які працюють в команді (класний керівник, директор, соціальний педагог та ін.) інформація надається в узагальненому вигляді, з урахуванням їх рівня освіти, особливостей спілкування з найближчим соціальним оточенням і таким чином, щоб забезпечити її конфіденційність.

В процесі групової (тренінгової) роботи:

- участь в роботі групи для кожного з учасників є добровільною;
- батьки мають бути поінформовані про: а) результати анкетування у зрозумілій для них формі; б) ясно усвідомлювати яким чином будуть проводитись групові заняття; в) яких результатів має досягти група і, що має відбутися з їх дитиною по закінченню роботи; г) про дотримання конфіденційності у роботі групи; д) про добровільність участі у роботі;
- батьки мають засвідчити свою добровільну згоду на участь дитини в роботі групи;
- психолог має забезпечити конфіденційність роботи групи навіть у випадку, коли він працює з підлітками;
- закінчуючи роботу з групою психолог має переконатися у тому, що кожен з її учасників (буквально - кожен) є емоційно стабільним, соціально адаптованим і у нього не залишилось негативних настанов щодо себе і проведеної роботи;
- якщо з'ясується, що такі є, то з ними проводиться індивідуальна терапія.

Необхідними моральними умовами здійснення професійних функцій практичним психологом є прийняття індивідуальності клієнта в усьому її розмаїтті та своєрідності. Тільки за такої умови стає можливою ефективна організація продуктивної взаємодії з ним. Обов'язковим тут вважається встановлення довіри та порозуміння [5].

Важливим етичним принципом у роботі практичного психолога є той, що забороняє йому застосовувати методи і методики надання допомоги, якщо психолог не може передбачити позитивний ефект від втручання. Якщо випадок видається надто складним або незрозумілим, необхідно перенаправити дитину до іншого спеціаліста попередньо узгодивши це з батьками. Такими спеціалістами можуть бути лікарі (дитячі психіатри), працівники соціальних служб, кваліфіковані психотерапевти. При цьому необхідно відстежувати як

просувається робота з дитиною і, за необхідності, проводити спільні наради, консультації, інтерв'ї. Наголосимо – уся система перенаправлення передбачає періодичний обмін досвідом і інформацією між усіма спеціалістами, що працюють з дитиною, а також інформування батьків або осіб, щ їх замінюють.

Використана література

1. Александрова О. Н., Боголюбова О. Н., Васильева Н. Л. и др. Психология социальной работы : учеб. для ВУЗов / под ред. Марины Анатольевны Гулиной. СПб. : Питер, 2002. 350 с
2. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : Навч. посібник для ВУЗів. Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
3. Дубініна Я.П. Оволодіння технологіями психосоціальної допомоги як складова професійної підготовки фахівця з соціальної роботи [Електронний ресурс] . URL: <http://dspace.onu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/10251/1/131-132.pdf>
4. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навч.-метод. посіб. / за ред.: Богданов С. О., Панок В. Г. К. : НаУКМА, ГЛФ Медія, 2017 р. 208 с.
5. Панок В. Г. Психологічна служба : Навч.-метод. посіб. для студентів і викладачів. Кам'янець-Подільський : ТОВ Друкарня Рута, 2012. 488 с.
6. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навч. посіб. / наук. ред. та керівник проблем. групи Вольнова Л. М. К., 2012. 275 с.
7. Розвиток професійних компетенцій для надання психосоціальної підтримки внутрішньо переміщеним особам та приймаючим громадам : Матеріали тренінгу для державних службовців, фахівців соціальної роботи, психологів / Society for Psychological Assistance, Initiatives of the Infrastructure Programme for Ukraine, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). Харків, 2016. 45 с.
8. Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Изд.

центр «Академия», 2006. 224 с.

9. Goodman R., Meltzer H., Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1998. № 7. pp. 125-130.

10. Horowitz et all. Children's Revised Impact of Event Scale. URL : Available: <http://www.childrenandwar.org/measures/children%E2%80%99s-revised-impact-of-event-scale-8-%E2%80%93-cries-8/>.

2. Процедури і техніки консультування в процесі соціально-психологічного супроводу дітей і сімей, які отримали травматичний досвід

Психологічне консультування як вид діяльності з'явилося у відповідь на потреби людей у яких виникають певні труднощі вирішення особистісних проблем, розвитку дитини, сімейних конфліктів і т.ін. Психологічне консультування ґрунтується на засадах ідеї про те, що будь-яка людина може самостійно справитись з більшістю власних психологічних проблем. Проте за різних умов людина не завжди здатна усвідомлювати істинні причини проблеми, способи її розв'язання, і саме у цьому потребує допомоги професіонала. Психологи під час спеціально організованого процесу спілкування з людиною, яка звернулася за допомогою, актуалізують додаткові психологічні ресурси, які сприяють пошуку нових можливостей виходу із складних життєвих обставин.

Процес психологічного консультування за Корабліною О.П. визначається як тісна співпраця та співтворчість психолога та клієнта, яка приводить до життєвого успіху, відчуття комфорту, гармонії, внутрішнього спокою, впевненості в собі особистості клієнта [8]. Тобто, можна сказати, що основною проблематикою психологічного консультування є внутрішньо-особистісний комфорт. У консультування, як правило приходять, коли прагнуть змін, покращення життя чи себе самих, тобто певних трансформацій, тому об'єктом і предметом діяльності у процесі психологічного консультування виступають екзистенційні цінності та їх відображення у життєвих ситуаціях. Метою роботи фахівця є допомога людині у встановленні її відношень із собою та навколишнім світом. І відношення є як метою так і засобом досягнення мети, а клієнт – суб'єктом та об'єктом змін відношень [13].

Під час консультативної бесіди людина розповідає про те, що сталося, про свої почуття та переживання. Проблемна ситуація прояснюється, коли за допомогою консультанта людина формує її нове бачення, краще осмислює та усвідомлює свої почуття та вчинки.

Завдання консультанта також полягає у тому, щоб створити умови для визначення клієнтом усвідомлених нешаблонних способів дій, які б дозволили йому жити у відповідності з можливостями культури. І тут предметом «роботи» консультанта є пізнання та рефлексія: поведінки, почуттів, переживань людини, особливостей її самоусвідомлення [3, с.22]. Основними феноменами, з якими доводиться працювати консультанту, є почуття та переживання людини. Саме їх аналіз дає матеріал для розуміння того, що відбувається в особистості. С.В. Васківська стверджує, що завдяки консультативному процесу людина повністю свідомо може: 1) пережити всі свої реакції, включаючи почуття й емоції, бо отримує ретроспективний і проспективний погляд на своє життя; 2) усвідомити себе як цілісність (єдність свідомої і не-свідомої сутності) і самоцінність; 3) навчитися відчувати свою суб'єктивність і повірити у власні можливості опанувати життєву ситуацію, розпоряджатися собою та своїм життям; 4) сприймати себе такою, якою вона є, а відтак поважати суб'єктивність іншої людини; 5) набути нового досвіду у розвитку і самовдосконаленні [3, с.23].

Використовуючи спеціальні наукові, професійні знання психолог-консультант створює умови для переживання людиною нових можливостей у вирішенні її психологічних задач. Тому позитивним результатом роботи можна вважати поглиблене розуміння особистістю самої себе, прояснення ситуації, зміна соціальної або екзистенційної позиції, розробка нових психосоціальних умінь [13].

Консультативна робота в освітньому закладі

Консультативна робота в освітньому закладі має власну специфіку, відрізняється своїми процедурами та особливостями. Як зазначає Н.В. Дубровіна, психолог закладу освіти знаходиться всередині того шкільного середовища, де розвиваються як позитивні, так і негативні сторони взаємовідносин учнів та вчителів, ті чи інші їх якості, успіхи та невдачі і т.п. Він сприймає кожну дитину чи дорослого в складній системі міжособистісної взаємодії та здійснює консультування у сукупності з іншими видами діяльності – психодіагностикою, корекцією та психологічною просвітою [5].

Серед видів консультування за кількістю клієнтів розрізняють *індивідуальне та групове. Індивідуальне консультування* найчастіше застосовують у розв'язанні проблем особистісного зростання, вну-

трішніх конфліктів, для подолання страхів, психологічних травм, проблем міжособистісних взаємин. Індивідуальне консультування має ряд переваг, оскільки передбачає діалогічне спілкування з учнем, батьками, вчителями, з урахуванням їх індивідуальних особливостей, життєвого досвіду та особливостей тих складних обставин, в яких вони опинились. *Групове консультування* представлено такими видами роботи як різноманітні тренінгові групи, Т-групи зустрічей, групи розвитку умінь та навичок спілкування та розв'язання конфліктів, гештальт-групи, групи психодрами і т.ін. У випадку роботи із дітьми і сім'ями, що отримали травматичний досвід, психолог закладу освіти, може включати дитину до груп після індивідуальної роботи з травматичними переживаннями.

Для різних вікових груп консультування буде мати ряд відмінностей. В шкільному середовищі психолог працює з молодшими школярами, підлітками та юнаками, а також дорослими (педагогами та батьками). В залежності від віку та рівня розвитку діти по-різному реагують на труднощі, стресові ситуації та складні життєві обставини. Наприклад, діти молодшого шкільного віку стають плаксивими, дратівливими або агресивно поведуться в школі чи вдома. Такі діти потребують більшої уваги до себе. Вони можуть страждати від нічних страхів і жахів, боятися темряви та залишатися одними без батьків. Такі діти можуть уникати спілкування з однолітками, відмовлятися відвідувати школу, втратити інтерес до навчання та здатність зосередитися під час занять [11, с.45].

Позиція дитини в консультативному процесі полягає в тому, що вона не є ініціатором звернення до спеціаліста, у неї ще немає сформульованого запиту на отримання психологічної допомоги та бажання вирішувати певні проблеми з психологом. Однак психологу слід пам'ятати, що саме картина внутрішнього світу дитини, її переживання, відносини з іншими власне і є предметом консультативної взаємодії [2]. Взаємодія дитини та психолога не передбачає «психологічних розмов» або обговорення питань, що хвилюють дитину. Все, що відбувається навколо них, діти молодшого шкільного віку відображають у грі. Для дітей гра – це можливість виразити і відреагувати свої почуття. І тому психологу потрібно допомагати дитині грати. Слід зазначити, що одним із основних чинників розвитку особистості

молодшого школяра є ставлення дорослих до шкільної успішності, дисципліни, старанності дитини, дитячих звичок. Думка вчителя для молодшого школяра є найбільш істотною та безапеляційною. Діти можуть звертатися до вчителя із різних проблем – від повсякденних та ситуативних до болючих і особистісних (проблеми в сім'ї, або розлучення батьків). В цьому випадку важливо, щоб педагог проявляв власну чутливість та емпатію і в разі необхідності звертався до психолога.

У підлітків і юнаків можуть проявлятися різні психосоматичні симптоми, розлади сну і апетиту, іпохондрія, збудження або зниження рівня енергії, апатія, безвідповідальна або делінквентна поведінка, зниження рівня шкільної успішності. Практика роботи свідчить, що з підлітками варто використовувати техніку діалогу.

Психологічна допомога дітям передбачає також спілкування спеціаліста з батьками. В деяких випадках проблеми дітей можуть бути обумовлені проблемами в сім'ї. В цьому випадку ефективною є психотерапія дитини, а також сімейна терапія (індивідуальна психотерапія для батьків). Та через цілу низку суб'єктивних та об'єктивних причин, батьки часто відмовляються від психотерапії або це взагалі неможливо.

Отже, в багатьох випадках доцільно буде обмежитися консультативною роботою з батьками. Консультування не потребує частих зустрічей, а також заглиблення в особисту проблематику батьків, однак дозволяє підтримувати позитивні зміни в дитині. По-перше, розуміння дитини, її почуттів та вчинків. По-друге розуміння себе, як батьків. По-третє, можливість контролювати власні почуття, коли дитина «виводить з себе». В четверте, розуміння змін, які відбуваються з дитиною [7].

Етичні аспекти консультування.

Етичні аспекти психологічного консультування ґрунтуються на засадах загальнолюдських та духовних цінностях, а також на принципах Етичного Кодексу психолога. Головною метою психологічного консультування є допомога (сприяння) людині у дослідженні і проясненні своєї життєвої ситуації, актуалізація додаткових сил і здібностей, щоб знайти вихід із складних для неї обставин [3, с.6]. Не слід забувати, що крім травматичного досвіду дітей і сімей, в полі зору

психолога має бути специфіка конфронтації в суспільстві, розподіл між людьми за різними поглядами та точками зору (на «своїх та чужих»), гострі емоційні реакції, особливості та прояви поведінки травмованих людей. І тому, на наш погляд, одним з головних є принцип рівноцінності всіх людей, повага до унікальності, честі та гідності особистості. Визнання расових відмінностей, походження, етнічних груп, вад, віку, релігії, мови, соціального та економічного статусу та шляху пошуку духовності. Однак кодекс служить не тільки для захисту клієнтів (дітей та їх батьків), але й для захисту психолога, впроваджуючи стандарти поведінки, які прояснюють рамки практики та звітність під час роботи. Зрозуміло, що психолог береться тільки за ті завдання, в можливості розв'язання та завершення на користь клієнта яких він впевнений. Тобто, якщо консультант досягнув межі власної компетентності, він має передати клієнта іншому професіоналу. Психологу-консультанту слід вчасно звертатися до професійної підтримки в рамках інтервізії та супервізії. Особливо у випадках роботи із травмованими дітьми та їх батьками, психолог має підтримувати стосунки із спеціалістами з інших професій та закладів для покращення безпеки діагностичного та консультативного процесів, а також для отримання допомоги у разі досягнення межі власної компетентності або методу. Методологічний та технічний підхід до процесу роботи з дітьми та батьками повинен відповідати консультативним цілям та завданням, узгодженими на початку роботи з ними. Будь-яке реакція, особливо експресивна та катартична, потребує дедрамактизації шляхом детальної проробки [6].

Між психологом та травмованою дитиною чи її батьками існують так звані **клієнт-терапевтичні відносини** (професійні відносини), які мають чіткі правила та межі. Психолог має усвідомлювати власну силу та вплив на людину. Задля встановлення довірливих відносин з людиною та створення відчуття безпеки психолог має дотримуватись конфіденційності і може та має право її порушити тільки у надзвичайних обставинах, що позначені у Етичному Кодексі (наприклад, суїцидальність дитини, чи маніакальні ознаки) [6]. Психолог-консультант працює із здоровими людьми, на відміну від психотерапевта чи психіатра, а отже має поважати право клієнта (дитини та її батьків) самостійно розпорядитись отриманою психологічною інформацією і не

несе відповідальності за його подальшу поведінку. На думку С.В. Васківської, саме уміння спонукати клієнта брати на себе відповідальність за прийняті рішення є показником майстерності психолога. До того ж батьки та дитина мають бути в курсі як просувається робота, орієнтуватися в її тривалості, впливати на оцінку результатів психологічної допомоги під час її надання, у будь-який момент прийняти рішення про відмову від послуг психолога, попередивши його заздалегідь [3, с.19-20].

Процедури і техніки консультування під час супроводу дітей і сімей, які отримали травматичний досвід.

Згідно мультифакторної моделі А. Меркера у людей відрізняються реакції на травматичні події. Він виділяє три види факторів: 1) фактори, які пов'язані з травматичною подією – важкість травми, її несподіваність та неконтрольованість; 2) захисні – здатність до осмислення того, що відбулося, наявність соціальної підтримки, механізмів опанування; 3) фактори ризику – вік на момент травматизації, негативний попередній досвід, наявність психічних розладів в анамнезі, низький інтелект та низький соціоекономічний рівень [10, с. 50].

На нашу думку, більш важкі наслідки травмування відчувають ті діти (чи батьки), які попередньо мали певні нерозв'язані психологічні проблеми або труднощі у взаємодії з оточуючими (проблеми у взаємовідносинах між батьками і дітьми, низька самооцінка, невпевненість в собі, страхи чи тривога, невміння долати труднощі, неконтрольована агресія тощо). А також діти чи дорослі, які мають певні особистісні риси або типологічні особливості, що зумовлюють більшу чутливість до стресових подій та, зрештою, травмованість людини.

Практика роботи свідчить, що рідко, коли дитина чи доросла людина звертається до психолога із скаргою, що у неї психологічна травма. Справжня травма зазвичай виявляється в процесі роботи над зовсім іншим запитом. Людину можуть турбувати труднощі у концентрації уваги, погіршення пам'яті, неухважність, страхи, почуття невпевненості в собі, відчуття втрати сенсу у житті або апатія, надмірно критичне ставлення до себе чи зниження самооцінки.

У структурі консультативного процесу частіше за все зустріч розпочинається зі *скарги*. Психологи в своїй роботі часто користуються п'ятикроковою моделлю інтерв'ю А. Айві. 1) взаєморозумін-

ня/структурування; 2) збір інформації; 3) бажаний результат (те, до чого хоче прийти клієнт); 4) вироблення альтернативних рішень; 5) узагальнення, перехід від навчання до дії [1, с. 44].

Встановлення консультативного контакту.

Звичайно, без встановлення та підтримання консультативного контакту психологу складно буде надати допомогу, адже цей етап забезпечує довіру та відвертість людини, яка зазнала певних травматичних подій. У випадку, коли людина не іде на контакт чи не просить про допомогу, психологу необхідно самому запитувати людину чим він може допомогти. Іноді корисною може бути просто мовчазна присутність психолога поруч, інформування про те, як буває. Це і спосіб встановлення контакту і вже початок надання допомоги. Оскільки у консультуванні психолог посилає людині невербальні сигнали, а також «зчитує» її невербальні реакції, вкрай важливо, щоб консультант відмічав невербальні послання людини, реагував на них та одночасно усвідомлював вплив своєї невербальної поведінки на клієнта. Далі психолог здійснює збір інформації, проводить, за потребою, психодіагностику і разом з клієнтом визначає тему (*запит*) роботи. Слід пам'ятати, що не завжди скарга і запит збігаються. Вони можуть суттєво відрізнятись. Це обумовлюється рівнем усвідомлення існуючих проблем, здатністю об'ємно бачити загальну картину ситуації, ступенем проникнення консультанта в психологію переживань клієнта. С.В. Васківська підкреслює, що запит як чітко сформульований результат консультативної роботи виступає системотвірним чинником, який організовує та направляє комунікацію. Він повинен містити позитивне формулювання, залежати від власних можливостей людини, описувати те, що станеться після досягнення бажаного, які наслідки будуть для клієнта та оточуючих його людей, знає як втілити в життя отриманий результат і відповідно активно діє. Також, слід звернути увагу на кілька перших фраз клієнта і те як вони були сказані, і це може стати ключем до конкретного «життєвого ребусу» [3, с.41].

На початку консультативної взаємодії психологу часто доводиться стикатися із *бар'єрами* та певними комплексами людини, яка звертається, що заважає нормальному спілкуванню з оточуючими, включаючи самого консультанта. Особливо ці бар'єри можуть виникати в ситуації спілкування з травмованими дітьми чи їх батьками. На дум-

ку Немова Р.С., для обговорення серйозних проблем чи труднощів, а тим паче емоційно хвилюючих обставин, важких, гнітючих почуттів психолог може застосувати «*процедуру зняття психологічних бар'єрів*» [12]. Наприклад, під час роботи з дитиною можна залишити її на декілька хвилин під приводом якоїсь справи, і дати іграшку чи книгу. Можна розділити тривогу дитини, зізнавшись, що психолог теж хвилюється чи розповісти про те, що і раніше траплялося, що діти на консультації відчували хвилювання, а потім все добре закінчилося. Ці процедури у консультуванні більше за все забезпечуються такими мікронавиками психолога, як загальний прояв уваги і вміння спостерігати за клієнтом.

На *етапі збору інформації* виділяють такі основні процедури як діагностика особистості клієнта, прояснення суті проблеми, визначення ресурсів клієнта та активізація пам'яті клієнта [13, с.147-168]. Для здійснення процедури діагностики особистості клієнта, в залежності від ситуації, психолог може використовувати діагностичну бесіду чи інтерв'ю, спостереження та психологічні тести.

Наступним кроком можна вважати процедуру з'ясування суті проблеми та визначення ресурсів клієнта. Під час її здійснення психолог частіше використовує такі техніки як *діалог та слухання* і вони застосовуються ним на всіх етапах консультативної взаємодії. Ці техніки включають чи не найбільший пласт різноманітних прийомів, що є основою комунікативної майстерності і показником професійності психолога-консультанта. *Техніка діалог* не обмежується лише традиційною методикою «Сократівський діалог», де завдяки логічно складених запитань та аргументації консультант підводить клієнта до прийняття судження, яке перед цим ним не приймалося чи не розумілося.

Суть Діалогу в розумінні гештальт-терапевтів полягає у *процесі взаємодії* психолога і клієнта «тут і тепер», тобто головну роль відіграють *взаємовідносини* психолога і клієнта. В цих взаємовідносинах психолог цінує людину за те, ким і якою вона є. На думку Дж. Левіна, зміни особистості відбуваються тоді, коли вона припиняє намагатися (прагнути) бути кимось іншим, не такою якою вона є. Коли психолог працює в діалозі, йому не потрібно рухатись в минуле. Процес, який виникає під час діалогу, показує себе дуже ясно і чітко «тут і тепер». То-

бто консультанту не потрібно про щось здогадуватись, він просто все може побачити. Важливим є те, що психолог може поділитися почуттями з клієнтом в таких випадках, коли те, що він відчуває під час сесії з клієнтом заважає його здатності залишатися в контакті з клієнтом. І це вже буде частиною їх взаємовідносин. Або психолог може поділитися своїми почуттями, коли він бачить (вірить), що поділившись своїм досвідом в цей момент надасть певну підтримку клієнтові [4].

На необхідності використання діалогу в роботі з людиною акцентує свою увагу і Т.А. Флоренська, представник православних психологів. Нею були розроблені принципи духовно-орієнтованого діалогу в психологічному консультуванні. Дослідниця визначає сутність *діалогічного консультування* як спільне усвідомлення прихованого духовного потенційного знання у співрозмовнику (того, кого консультують). Вершиною діалогу у процесі консультування автор називає «зустріч», яка відбувається на трьох рівнях: емоційному, свідомому і духовному. Останній рівень включає в себе обидва попередніх і являє собою вершину діалогу-«зустрічі» [14, с.188].

Техніка активного слухання частіше презентується популярними прийомами слухання такими як кивання головою і словами «Ага», «Угу», «Так»; питання-відлуння; дослівне повторення основних положень, висловлених клієнтом; прийом уточнення; перефразування; прояснення; відображення емоцій; відображення власних почуттів; постановка питань, що включає закриті, відкриті, прямі, опосередковані, проєктивні, сугестивні, короткі або «штикові» запитання, а також паузи мовчання.

Під час процедури *активізації пам'яті клієнта* частіше за все використовують такі техніки як допомога у визначенні істинних почуттів і формуванні висловлювань, психологічна підтримка клієнтів, насичення пауз, провокування клієнтів та конфронтація [13, с.160]. При визначенні у клієнта істинних почуттів і їх вербалізації добре працюють прийоми активного слухання та прояснення, які вже згадувалось. Також, розумінню почуттів людини допоможе визначення основних цінностей й критеріїв, які керують вчинками клієнта.

Слід підкреслити, що техніка психологічної підтримки клієнта використовується протягом всієї консультативної взаємодії і полягає у вираженні емпатії на вербальному та невербальному рівнях. У про-

цесі консультування так чи інакше можливе виникнення пауз, які психолог може заповнити декількома способами: запитання, метафора, утримання паузи.

Техніка провокування застосовується, коли психолог піддає сумніву слова клієнта і при цьому може використовувати прийом «посилення ситуації». Наприклад, коли клієнт стверджує: «Мне ніхто не любить!» Психолог: «Вас ніхто-ніхто не любить?» або «У мене нічого не виходить!» «У вас зовсім нічого не виходить?». Цю техніку слід застосовувати дуже обережно і тільки в окремих випадках, щоб не травмувати клієнта.

Однією з відомих і складних технік у консультуванні є *техніка інтерпретації розповіді* і використовують її для встановлення причинно-наслідкових зв'язків між фактами та переживаннями клієнта. Зміст розповіді та переживань людини трансформується в контексті роз'яснювальної системи, що використовується консультантом. Це допомагає клієнту побачити себе та свої життєві ускладнення у новій перспективі. А правильне розуміння того, що відбувається, в свою чергу сприяє більш адекватному реагуванню. В залежності від теоретичної позиції консультанта інтерпретаційні техніки або більше і частіше застосовуються під час роботи, або психолог навпаки спонукає клієнта до інтерпретації своїх реакцій, тобто клієнт, а не психолог відповідальний за прояснення власного особистісного сенсу [13, с.163]. Існують різні види інтерпретації, завдяки яким психологи встановлюють зв'язки між розрізненими твердженнями, проблемами або подіями, або акцентують які-небудь особливості реакцій чи почуттів клієнта. Окрема тема (консультативної зустрічі) роботи – це інтерпретація засобів психологічного захисту, реакцій опору та переносу. Також, встановлення зв'язку між теперішніми подіями, думками і переживаннями з минулим. Інтерпретація надає людині іншого варіанту розуміння її почуттів, поведінки або проблем. Суть цієї техніки в тому, щоб незрозуміле зробити зрозумілим. Слід пам'ятати, що її ефективність обумовлюється глибиною і часом (своєчасністю) проведення, а також готовністю клієнта її прийняти.

Особливої майстерності та досвіду потребує використання такої сильної і дієвої техніки як конфронтація. Вона може використовуватись не тільки під час процедури активізації пам'яті клієнта, але і на

інших етапах консультування, коли, наприклад, необхідно звернути увагу клієнта на протиріччя в його поведінці, думках, почуттях, між думками і почуттями чи між намірами і поведінкою. Консультант може використовувати *конфронтацію* з метою звернути увагу клієнта на його ухилення від обговорення певних проблем. Але слід робити це з обережністю і за наявності високого рівня довіри між психологом і клієнтом, оскільки вона часто сприймається як звинувачення. Ефективне здійснення конфронтації допомагає клієнту стати більш інтегрованим і послідовним у поведінці та у стосунках з іншими людьми, вона містить потенціал як для росту й змін, так і для ослаблення опору клієнта [9].

Вироблення альтернативних рішень. Після етапу збору інформації психолог, як правило, переходить до визначення можливих (*альтернативних*) рішень та узгодження плану дій. Їх реалізації сприяє застосування таких технік як інформування клієнта, порада непрямої форми, переконання або роз'яснення, пошук різноманітних рішень, стимулюючі запитання, визначення алгоритму з вирішення проблеми та конкретизація очікуваного результату. План дій бажано фіксувати письмово із підписами психолога та клієнта, це буде додатковим стимулом до його реалізації і підстраховує від можливих непорозумінь. Техніка конкретизації очікуваного результату допомагає виділити окремі ознаки, за якими клієнт зможе визначити, що проблема вирішена, вони повинні бути конкретними і зрозумілими. Конкретизація результату може використовуватись на різних етапах консультування.

Завершальним етапом консультативної роботи буде здійснення процедури визначення способів контролю та реалізації наміченого плану. На практиці клієнт і консультант можуть домовитися про *постконсультативний супровід* і клієнт може інформувати консультанта про реалізацію кожного окремого пункту плану або про досягнення кінцевого результату. Це може бути окрема додаткова зустріч для відстеження процесу реалізації відпрацьованого ними алгоритму.

Кінцевий етап консультативної роботи – *реалізація плану клієнтом* здійснюється ним самостійно. Тобто, спираючись на результати попередньої роботи (всіх попередніх етапів), клієнт має оволодіти стратегією вирішення проблеми. Здійснивши попередньо певні послідовні кроки, він уже спроможний самостійно прийняти рішення.

Успішним результатом роботи є те, що клієнт не тільки здобув навички для вирішення актуальної проблеми, але також здатен ефективно справлятися з проблемами, що виникатимуть в майбутньому [9].

Слід зазначити, що на практиці у процесі консультування різні стадії, процедури та техніки можуть переплітатися з іншими і їх взаємозв'язок складніший, ніж він описаний у вище поданій моделі. Окремо слід зауважити, що використовуючи різні процедури і техніки в роботі з травмованими дітьми та їх батьками, психолог має тримати в фокусі уваги фактори, що впливають на перебіг травматичних переживань, час, що минув з моменту травматизації, особистісні риси та особливості дитини та сімейного оточення, стан здоров'я, умови життя і попередній досвід опанування складними обставинами життя, якщо вони мали місце.

Психолог освітнього закладу при роботі з зазначеною категорією дітей обов'язково повинен співпрацювати з іншими фахівцями та установами, які надають соціальну, медичну та психологічну допомогу і бути готовим, в разі необхідності, вчасно перенаправляти дитину та батьків до вузьких фахівців. Ця робота є тривалою в часі, оскільки наслідки травматизації можуть виникнути одразу, а можуть – через декілька років.

Використана література

1. Айви Е. А., Айви М. Б., Саймек-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники : практ. руководство. М.: 2000 487с.
2. Андрущенко Т. Ю. Возможности возрастного-психологического консультирования детей и подростков в структуре развивающего образования. PsyJournals.ru : Портал психологических изданий. URL: http://psyjournals.ru/education21/issue/54119_full.shtml
3. Васківська С. В. Основи психологічного консультування : Навч. посіб. К. : Четверта хвиля, 2004. 256 с.
4. Дідик О. Джей Левін «Діалог». URL: <https://gestaltclub.com/articles/gestalt-terapia/7754-dzej-levin-dialog>
5. Дубровина И. В. Школьная психологическая служба. М. : Педагогика, 1991. 232с.

6. Етичний кодекс психолога. Етичні основи компетентної практики консультування та психотерапії. Кодекс основних етичних положень консультування та психотерапії. URL: <http://association.com.ua/association/association-normative-base/association-ethic-code-of-psychologist>

7. Зубарев А. С. Психологическая консультация родителей. URL: <http://www.kushetka.com/articles/semeynaya-i-detskaya-psihologiya/psihologicheskaya-konsultatsiya-roditeley/>

8. Кораблина Е. П. Психологическая помощь как профессиональная деятельность практического психолога: психологические проблемы самореализации личности / под ред. Г.С.Никифорова, Л.А.Коростылёвой. СПб. : Изд-во С.-Петербур. 432с.

9. Кочюнас Р. Б. Основы психологического консультирования. М. : Академический проект, 1999. 239с.

10. Лалаян М. Дети войны во взрослых отношениях. Юнгианский анализ. 2015. №1 (20). С.48-71.

11. Мельник Л. А. та ін. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери. К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

12. Немов Р. С. Основы психологического консультирования : учеб.для студ.педвузов. М. : Гуманит.изд. центр ВЛАДОС, 1999. 394с.

13. Панок В. Г., Зварич І. М., Чаплак Я. В., Чернописький О. М. Основы психологического консультирования: навч.-методичний посібник. Вид. 2-ге, стереотипне. Чернівці : Чернівецький національний ун-т, 2016. 272 с.

14. Флоренская Т. А. Диалог в практической психологии. М. : Владос, 2001.

3. Емоційно-вольові та поведінкові порушення дітей підліткового віку, що пережили травмуючі події

За п'ять років військових дій фахівці психологічної служби безперервно працюють з учасниками освітнього процесу, що зазнали психотравмуючого впливу внаслідок військових дій – дітьми, членами сімей військовослужбовців, вимушеними переселенцями тощо. Вітчизняними науковцями та практиками накопичений величезний досвід, узагальнено результати наукових досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних спеціалістів щодо сутності стресу, психологічної травми, перебігу протікання психотравми, чинниках виникнення, вікових особливостей посттравматичних станів, принципах надання першої психологічної допомоги, методах здійснення психореабілітації та корекції при посттравматичних розладах тощо [7, 8, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37].

Останні світові дослідження травматичного досвіду свідчать, що одним з головних суб'єктивних чинників, що впливають на протікання посттравматичного стресу, є наявність травматичних подій раннього періоду розвитку, або невирішених дитячих психічних травм [1, 5, 6, 9, 11, 13, 26, 34, 40, 42, 46, 47]. Стресові переживання дитини можуть відбуватися в період активного розвитку головного мозку, коли завершується мієлінізація різних його відділів та встановлюються нейронні зв'язки як горизонтального (між відділами кори), так і вертикального характеру (між кірковими та підкірковими структурами) та негативно впливати на протікання цих процесів. Це може закласти фундамент для подальшого розвитку особистісних, афективних та інших порушень. Додатковим чинником, що полегшує чи ускладнює протікання посттравматичного стресу, є наявність психоемоційної підтримки дитини з боку близьких під час переживання фрустрацій, стресів, перших розчарувань тощо.

Узагальнюючи психологічну літературу, до чинників, що впливають на перебіг посттравматичного стресу, можна додати:

- роль фізіологічної асиметрії мозку (амбідекстри та шульги мають вищий рівень стресостійкості);
- рівень алертності – психофізичної готовності до виникнення дії стрес-чинників;
- тип центральної нервової системи (сильний чи слабкий), рівень психоемоційної пружності – здатність до відновлення після дії травматичного стресу;
- гендерні особливості: чоловіки легше переживають вплив стресу;
- приналежність до екстремальних чи потенційно стресогенних професій;
- тривалість та інтенсивність психотравмуючої події;
- ситуації, пов'язані з життям та здоров'ям близьких людей;
- наявність чи відсутність сформованих ефективних копінг-стратегій;
- уявлення людини про свої можливості впливати на екстремальний чинник та тип ставлення до себе під час протікання психотравмуючої події:
 - як до жертви, реалізуючи пасивну поведінку;
 - як до самоцінності, демонструючи гідну, адаптивну поведінку, що сприяє збереженню особистісних структур та проявам вольової активності;
 - як до одного з інших, що впливає на відчуття відповідальності під час дії стрес-чинника та зменшує «жертвність»; дає можливість протистояти руйнівним діям;
- своєчасне надання першої психологічної, медичної, соціальної допомоги, підтримка компетентними спеціально підготовленими фахівцями;
- подальше опрацювання травматичного матеріалу, трансформація емоційної пам'яті в автобіографічну;
- висвітлення засобами масової інформації, за самої надзвичайної ситуації, її наслідків та значення для особистості, що може призвести як до патологічного протікання посттравми, так і підтримати, допомогти знайти вирішення проблеми чи надати нового значення та сенсу життя потерпілим [5, 6, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 28].

Отже, процес психологічної травми після перебування в психотравмуючій ситуації може мати різні наслідки в результаті впливу сукупності різних чинників. Проте є етап «нормального» переживання травми, при якому додаткова допомога спеціаліста не потрібна: завдяки власним копінг-стратегіям психіка може самостійно відновитись.

В залежності від дії психотравмуючого чинника, що перевищує здатність людини упоратись з ситуацією звичним для неї способом, посттравматичні стани можуть мати ознаки:

- 1) гострої стресової реакції;
- 2) гострого стресового розладу;
- 3) посттравматичного стресового розладу;
- 4) посттравматичного розладу особистості.

Особливості посттравматичних розладів у дітей опосередковуються, перш за все, віком, тривалістю дії фактору та рівнем розвитку особистості дитини: чим менше дитина, тим більше її реакція залежить від поведінки батьків або дорослих [27, 29, 30, 35]. Якщо вони можуть адекватно реагувати та володіють ситуацією, то у більшості випадків у дитини не розвиваються симптоми травми. Проте при тривалій дії психотравмуючого фактору вірогідність виникнення симптомів збільшується.

Своєрідність соціальної ситуації розвитку підлітка полягає у включенні його в нову систему стосунків, спілкування з дорослими та ровесниками, в опануванні нових соціальних функцій. Провідною діяльністю цього періоду онтогенезу є міжособистісне спілкування з дорослими та ровесниками, суспільно корисна праця й навчання, що позитивно позначається на розвитку психіки та особистості загалом. Головними новоутвореннями є почуття дорослості та потреба у самоствердженні.

Характерні ознаки переживання травми: самоізоляція від оточуючих; нездатність встановлювати та підтримувати стосунки з іншими; надмірне копіювання інших, конформізм; агресивна поведінка, агресивність у стосунках, аутоагресія; надмірна збудливість, метушливість, неможливість зосередитись; зниження або відсутність реакції на навколишнє оточення; немотивовані коливання настрою; емоційна холодність, сплутаність почуттів; функціональні розлади

самопочуття (головний біль, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи та ін); розлади сну; втеча з дому.

Маркерами психологічного стану дітей, що пережили травмуючі події, є:

– почуття безпорадності й незахищеності: втрата базових ілюзій та розрив безперервностей відбивається на світосприйнятті дітей таким чином, що вони починають його сприймати як джерело небезпечних подій, яких не можна спрогнозувати та контролювати;

– тривога про майбутнє, очікування «поганого», страх змін;

– почуття провини, сорому та низька самооцінка;

– агресивність, гнів як декомпенсація фрустрованих базових потреб безпеки, захищеності й самоповаги;

– відчуженість та ізольованість від навколишньої фізичної та соціальної дійсності;

– невиплакане горе: почуття провини, сорому, безпорадності у поєднанні з неможливістю відреагувати емоції у вигляді плачу, інших реакцій горювання унеможлиблює нормальне протікання процесу горювання;

– травматичні ігри, що носять повторюваний характер та відображають характер і сюжет травми: діти одноманітно відіграють один і той самий епізод психотравмуючої події, не вносячи ніяких змін, ніякого розвитку. В таких іграх дитина частіше за все уособлює себе, після гри вона не відчуває полегшення. В подальшому, в дорослому віці, може трансформуватись в травматичну діяльність (екстремальні види діяльності, в прояви творчості тощо);

– деформація картини світу: світ сприймається як загроза особистій безпеці, наповнений тільки небезпечними подіями, в якому дитина відчуває себе жертвою; – порушення когнітивної сфери – пам'яті, уваги, мислення тощо, труднощі у навчанні у зв'язку з необхідністю підтримувати частину «Я», що виживає;

– травматичні спогади й порушення сну: сновидіння, що повторюються та продовжуються тривалий час;

– психосоматичні порушення – логоневроз, енурез, енкопрез, бронхіальна астма, нейродерміти, синдром подразненого кишечника тощо.

– розлади адаптації, реакції дезадаптації, що можуть виникнути

як наслідок короткочасного й сильного впливу зовнішнього середовища на дитину або під впливом менш інтенсивного, але тривалого стресу. Ці стани перешкоджають соціальному функціонуванню та виникають у період адаптації до значної зміни в житті, до стресу;

– поєднання депресивних, тривожних, соматовегетативних та змішаних симптомів: пригнічений настрій, смуток, тривога або занепокоєння; почуття нездатності впоратися з поставленими життєвими або професійними завданнями, планувати своє майбутнє; відчуття неможливості продовжувати повсякденну діяльність або навчання в поточній ситуації та пов'язані з цим розлади поведінки; відчуття побоювання чогось, відчуття загрози, напруги, підвищеної дратівливості, плаксивості. На тлі зниженого настрою – обмеження звичних інтересів, бажань, розумове та фізичне виснаження, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті;

– неврозоподібні та невротичні розлади, обсессивно-компульсивні неврози; порушення темпу мови, астеничні стани та ін. [30].

На інтенсивність переживання психологічного стресу дитиною можуть впливати наступні параметри:

1) ворожість травматичної ситуації (загроза життю, фізичній або психічній цілісності);

2) інтенсивність негативних впливів;

3) тривалість негативних впливів;

4) невизначеність ситуації (її непередбачуваність, багатозначність);

5) неможливість контролю над ситуацією (все, що відбувається, проходить поза волею людини);

6) дефіцит соціальної підтримки;

7) несумісність нового досвіду із звичною реальністю;

8) неможливість раціонального пояснення того, що сталося.

З 11 років у дітей та підлітків переважаючим рівнем нервово-психічного реагування стає емоційно-ідеаторний [19].

Переживання психотравмуючої ситуації в підлітковому віці породжує в них роздуми про сенс життя, смерть, власне призначення. Від життя очікуються лише небезпеки та загрози, що викликає відповідні негативні переживання. Спостерігається втрата перспективи, боязнь загрози життю та здоров'ю, повторення травми. Підліток уни-

кає всього, що може про неї нагадувати. В цьому віці можуть прослідковуватись класичні ознаки ПТСР: інтрузії, травматичні спогади, флешбеки, надзбудливість тощо, що може провокуватись зовнішніми чинниками. Підліток намагається долати їх самостійно, але безуспішно. На короткий час допомагають ритуали, які носять захисний символічний характер гетеро- чи аутоагресивної спрямованості, збільшується почуття провини. Сновидіння переповнені жахіттями, які віддзеркалюють елементи психотравмуючої ситуації. Болісні переживання разом з втратою перспектив можуть призводити до думок та намірів про суїцид. Спостерігається стигматизація травми, зумовлена зміною взаємин з однолітками, які після події можуть відчувати до потерпілого неусвідомлений страх, дискомфорт при спілкуванні з людиною, що вижила, навіть заздрість до зменшення вимог з боку дорослих у зв'язку з подією тощо.

Сильний стрес, одноразова травматична подія (гостра або шоква травма) за умови своєчасної, кваліфікованої психокорекційної та психотерапевтичної допомоги може не призвести до посттравматичного стресового розладу: психіка дитини упорається з шкідливим впливом травматичної події, та через певний проміжок часу дитини повернеться до нормального функціонування.

Аналіз сучасної зарубіжної та вітчизняної наукової літератури з впливу психотравми на психіку людини та власний практичний досвід свідчить, що якщо дитина знаходилась в надзвичайно важкій ситуації чи ситуаціях, і поряд з нею були відсутніми дорослі, які своєчасно могли дезактуалізувати психотравмуючий вплив на психіку, що в дитячому та підлітковому віці характеризується недостатньою зрілістю та готовністю витримати величезні для неї навантаження (військові та тривалі військові дії, загибель близьких на очах дитини, катування, тяжке й тривале сексуальне насильство, секвенційна травма тощо), це могло призводити до тяжких психічних захворювань – шизофренії, маніакально-депресивного, дисоціативного, біполярного, великого депресивного, генералізованого тривожного, панічного, дизморфобічного, опозиційно-викличного, посттравматично-стресового, розладу поведінки та харчової поведінки [1, 2, 3, 6, 7, 15, 16, 19, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 39].

Діагностування психічних розладів не є компетенцією практич-

них психологів, проте диференціальні ознаки необхідно знати та вміти визначити при спостереженні, оскільки своєчасне виявлення дебюту психічного захворювання, тактовна й кваліфікована консультація батьків з приводу змін у поведінці та емоційно-вольовій сфері та перенаправлення до лікаря-психіатра може полегшити протікання початкових проявів психічних захворювань та зумовити швидке одужання.

Невроз, як психогенне захворювання, спричинюється психічною травмою, яка відбивається в клінічній картині страждання, та виникає, як правило, вслід за психічною травмою. Підліток, що страждає на невроз, може усвідомлювати свій стан та прагнути позбавитися від симптомів, що призвели до виникнення складних життєвих обставин. За умови зменшення, усунення чи дезактуалізацію психотравмуючих ситуацій, якщо ресурсів психіки вистачило на протидію шкідливого впливу психотравми, невротичні прояви зменшуються або повністю зникають.

За формою прояву невроз може бути невротичною реакцією (що триває недовго та швидко зникає), невротичним станом (більш тривалий та менш оборотний розлад) та невротичним формуванням особистості (наявні характерологічні зміни в структурі особистості) [15, 16, 39].

За твердженням Н.Ю. Максимової, К.Л. Мілютиної, В.М. Піскун, у підлітковому віці, на відміну від молодшого дитячого, неврози частіше проявляються у вигляді порушення поведінки. Проте, неврози спостерігаються в 12 % підлітків масових шкіл [16, с. 195].

У підлітків, що опинилися в складних життєвих обставинах внаслідок військових дій, наявні такі ж самі форми невротичних розладів, як наслідок перебування в психотравмуючих ситуаціях, як і в дорослих: неврастенія, істеричний та обсесивно-фобічний невроз.

При **неврастенії** спостерігаються розлади сну, головні болі, зниження настрою, підвищена втомлюваність та роздратованість, астенія, психосоматичні порушення, тривога, страхи (дифузна боязкість), гіпобулія зниження вольової активності), зниження апетиту, нерішучість та недовірливість, нераціональність поведінки, гнівливість як наслідок роздратованості, плаксивість, песимізм. Підлітки з неврастенією можуть не розуміти жартів, бути ранимими та підозрілими [39].

Часто астено-невротичний синдром може супроводжуватись тиками, заїканням, енурезом, енкопрезом. Неврастенію часто називають «неврозом слабкості», всі клінічні прояви та способи реагування підлітків з неврастенією визначаються характеристикою центральної нервової системи «слабкість».

Істеричний невроз (істеричний розлад особистості, конверсійна істерія, тривожна істерія) характеризується надмірним збудженням, емоційною лабільністю, гіперактивністю, прагненням знаходитись весь час у центрі уваги, демонстративною поведінкою, підвищеною емоційністю, навіюваністю, фантазуванням, судомний плач або сміх у вигляді нападів. Дігностичними ознаками істеричного неврозу є прагнення хворіти та мати вигоду з своєї хвороби: симптом дає підлітку пільги, позбавляє його від неприємного (наприклад, залишається вдома, пропускає контрольну). Істеричні підлітки сконцентровані виключно на собі, психологічно інфантильні, залежні від інших, мають переважання емоційних реакцій над когнітивним аналізом ситуацій; слабкість нервової системи послаблюють контролюючі функції.

В якості специфічних істеричних симптомів можуть спостерігатися всі відомі симптоми та синдроми порушень людини, в тому числі такі невротичні прояви, як енурез, трихотиломанія (висмикування волосся), головні болі, порушення сну, тики, заїкання, синдром нічної істерії (сноговоріння, сноходіння, страхи, хитання уві сні), мутизм, сліпота, парез кінцівок тощо [39].

Симптоми істеричного неврозу розвиваються в умовах несприятливих соціальних факторів, невроз формується в дитинстві внаслідок відкидання дитини батьками та нехтуванням ними її потребами.

Для **неврозу нав'язливих станів** (обсесивний, обсесивно-компульсивний) характерні нав'язливі страхи та супутні їм захисні ритуали (системи захистів), нав'язливі рухи та дії, контрастні уявлення, бажання, потяги, думки. Зазначені симптоми, на відміну від симптомів обсесивно-компульсивного розладу, відносять до невротичного рівня, оскільки вони усвідомлюються як небажані, нав'язливі явища. Відчуття провини, нездатність раціонально пояснити та зрозуміти сутність хворобливих явищ також викликають страждання. Підлітки засмучуються не стільки страх їх здійснити, оскільки те, що ці бажання виникають знов, та по відношенню щодо близьких людей.

Нав'язливі захисні ритуали є найбільш характерною ознакою неврозу нав'язливих станів – вони надають відчуття полегшення, заспокоєння, забезпечуючи такий ступінь емоційного самопочуття, при якому підліток здатний віднайти прийнятний для себе рівень особистісної адаптації [39].

Підлітковий вік в цілому є «загрозливим» щодо початку **шизофренії**. Прояви шизофренії у підлітків досить різноманітні, загальними для них є емоційно-вольові розлади та порушення процесу мислення.

Посттравматичний стресовий розлад у підлітків та дітей (старше 6 років) відповідно до діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE характеризується такими проявами [33, с. 85 - 91].

А. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів: безпосереднє переживання травматичної події/подій; людина особисто була свідком події/подій, які відбувалися з іншими; травматична подія/події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом (у випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими); переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

Примітка: критерій A4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи.

В. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася: періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію/події. Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації / ситуацій; періодичні тривожні сні, зміст яких і/або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією/подіями (у дітей можуть бути моторні сні без розпізнаваного змісту); дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія/

події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент); інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій; виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події/подій.

С. Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах: уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію/події чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією по дією/подіями; уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію/події чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею/ними.

Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів: нездатність згадати важливий аспект травматичної події/подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти); постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована»); постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших; постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому); помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них; почуття відокремленості або відчуженості щодо інших; постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події/подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів: дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокуванням чи без), що, зазвичай, проявляється як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів; ризикована

або самоушкоджуюча поведінка; надмірна пильність; перебільшена реакція здригання; проблеми із зосередженістю; порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон).

F. Тривалість розладу (критерії B, C, D, E) – понад 1 місяць.

G. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

H. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

Психотравмуючі події, учасником або свідком яких були діти та підлітки, можуть мати різноманітні негативні наслідки, тому коморбідними з ПТСР можуть бути депресія (великий депресивний епізод), розлад соціальної тривоги (соціальна фобія), опозиційно-викличний розлад, розлади поведінки, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, розлад поведінки. В подальшому ПТСР також може призводити до виникнення розладів, пов'язаних із надмірним вживанням алкоголю та наркотичних речовин проявами [15].

Біполярний розлад (маніакально-депресивний психоз) характеризується зміною маніакальних та депресивних фаз. Він характеризується зміною маніакальних та депресивних фаз.

У маніакальній фазі підліток збуджений, багатослівний, помічається рухова та сексуальна розгальмованість, мати або веселий настрій, або роздратований. У цей період бувають немотивовані порушення поведінки: пропуски уроків, бійки, вживання алкогольних напоїв, тривати декілька тижнів. Проте перехід від маніакальної стадії до депресивної може відбуватись за 1-2 дні, навіть за кілька годин.

У депресивній фазі підліток майже не спілкується з оточуючими, часто відмовляється від їжі. Наявні думки про самогубство, відсутність сенсу у всьому, скарги на стан свого соматичного здоров'я, на тяжкі, смертельні захворювання.

Підліткова депресія (великий депресивний епізод), за діагностичними критеріями DSM-V та протоколами NICE, зазвичай виникає як реакцію на втрату, та характеризується такими проявами]: пригнічений настрій протягом більшої частини дня, майже кожного дня, як зазначає або сама особа (наприклад, відчуття суму, порожнечі, безнадії), або за спостереженнями інших (наприклад, особа виглядає так, ніби готова розплакатися); помітне зниження інтересу або

задоволення загалом чи майже загалом, активності протягом дня, майже кожного дня (як зазначає сама особа чи за спостереженнями інших); значна втрата ваги тіла без дотримання дієти чи набирання ваги (наприклад, зміна ваги більш, ніж на 5 % протягом місяця) або зростання чи зниження апетиту майже кожного дня; безсоння чи надмірна сонливість майже кожного дня; психомоторне збудження чи загальмованість майже кожного дня (помітні іншим, а не лише за суб'єктивними відчуттями неспокою чи сповільненості); втомлюваність чи втрата енергії майже кожного дня; почуття нікчемності або надмірне чи невідповідне почуття вини (яке може бути маячним) майже кожного дня, (а не лише самозвинувачення чи почуття вини через хворобу); зниження здатності думати чи концентруватися або нерішучість майже кожного дня (за словами самої особи чи зі спостережень інших); повторювані думки про смерть (не просто страх смерті), самогубство без конкретного плану, або спроби самогубства, або конкретний план суїциду [33, с. 54-60].

Реакції на значні втрати (наприклад, втрата близької людини, фінансовий крах, втрати внаслідок стихійного лиха, серйозне захворювання чи неповноправність) можуть передбачати великий сум, роздуми про втрату, безсоння, знижений апетит і втрату ваги.

Ступені важкості визначається за кількістю симптомів критерію, інтенсивністю цих симптомів та ступенем функціональної неповноправності.

Легкий ступінь: незначна кількість симптомів, інтенсивність яких спричиняє страждання, але дозволяє справитися з ними і викликає незначні порушення у соціальній чи професійній сфері.

Помірний ступінь: помірна кількість симптомів, інтенсивність яких і/або функціональне порушення знаходиться в діапазоні між «легким» та «важким» ступенями.

Важкий ступінь: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу; інтенсивність симптомів викликає значне страждання і не дозволяє справитися з ними; симптоми значно ускладнюють функціонування у соціальній та професійній сферах.

Важливо враховувати те, що поведінка підлітків під час переживання депресії може відрізнятися від поведінки дорослих з депресією: у підлітків частіше зустрічаються страхи розділення, небажання зустрі-

чатися з людьми, соматичні симптоми (загальні болі, болі в животі, головні болі).

Першими симптомами депресії можуть бути дистимії в дитячому віці і тривати декілька років; інколи діти настільки довго знаходяться в депресії, що вини тлумачать свій стан як норму, й тому не скаржаться на зміни свого настрою.

Важливо відокремити депресію від біполярного розладу, оскільки часто першим проявом біполярного розладу є депресивний епізод. Перші симптоми маніакального епізоду можуть виникнути набагато пізніше.

У підлітків з алкоголізацією, наркотизацією та поведінковими розладами, симптоми депресії не виражені або приховані симптомами коморбідних розладів.

Підлітки, що знаходяться в депресивному стані, відносяться до групи підвищеного ризику скоєння суїциду; до прихованої форми самогубства відноситься ризикована поведінка (паркур, небезпечні ігри тощо). Діти, яким важко говорити про свої почуття, можуть демонструвати свої переживання, внутрішню напругу, фізичний дискомфорт у формі аутопошкоджень; постійної «випадкової» фізичної травмизації.

Перебування в зоні військових дій на тлі переживань, причинами яких можуть бути, на перший погляд, «звичайні» життєві події – розлука з найкращим другом, період фінансових труднощів внаслідок безробіття батьків, постійна зміна житла при переїзді сім'ї на інше місце, розлучення батьків та розділення сім'ї тощо можуть призводити до виникнення тривожних розладів. Тривога зумовлена переживанням загрози. За теорією прив'язаності Дж. Боулбі, тривога як ведуча емоція часто виникає в результаті загрози або реальної розлуки з близькими дорослими.

Тривожні розлади пов'язані з дисфункцією в частинах лімбічної системи і гіпокампа, які регулюють емоції та страх як відповідь на ситуацію, що її викликає.

Основною диференційною ознакою тривожних розладів є надмірне уникнення – ситуацій, місць або подразників, наприклад, відмова підлітком відвідувати школу. Проте інколи цей симптом може відбиватись у нерішучості, невпевненості, замкненості, сором'язли-

вості або ритуальних дій.

До тривожних розладів у дітей та підлітків відносять: тривожні розлади, що викликані розлукою; генералізований тривожний розлад; розлад соціальної тривоги (соціальна фобія); специфічні фобії; панічний розлад; агорафобія.

При всіх тривожних розладах спостерігається передчуття загрози, що проявляється у занепокоєнні, нав'язливих роздумах (інтрузій), тривожного уникнення або негативних думок, такі фізичні симптоми, як: головні болі, болі в області шлунку, нудота, блювання, діарея, м'язове напруження, асомнії (проблеми із сном). Відмінності між окремими видами тривожних розладів полягають у змісті ключових переконань, тригерів тривожності та ситуацій, що уникаються [52].

Основною ознакою **тривожного розладу, що викликано розлукою**, є страх або непокоєння дитини з приводу того, що відбудеться щось погане з нею або з людиною, до якої він відчуває прив'язаність (частіше за все з кимось з батьків) при розставанні з ним. В результаті такого переконання дитина уникає розставання з суб'єктом прив'язаності. Наявні прояви: сни або кошмари про розлуку; відмова зіткнутися віч-на-віч з ситуаціями, які вимагають розлуки, включаючи ночівлю поза домом, відвідування школи, візити до друзів або родичів, необхідність залишитися вдома самому або з вихователем; занепокоєння з приводу наслідків розлуки, включаючи страхи дитини про те, що її можуть викрасти або травмувати, або що його суб'єкт прихильності може бути травмований (убитий), поки вони не разом. Фізичні симптоми в моменти, коли очікується розлука – блювота, діарея та болі в животі.

Переконанням при **генералізованому тривожному розладі** є занепокоєння через широкого діапазону негативних ймовірностей, що станеться щось погане. Основні прояви: періодичне тотальне занепокоєння, що стосується сімейного бюджету, дружби, шкільної успішності, досягнень у спорті, здоров'я власного та інших членів сім'ї, дрібні щоденні проблеми тощо. Такі діти схильні постійно домагатися від батьків та інших людей заспокоєння власних страхів. Вони уникають новизни, негативних новин, невизначених ситуацій і здійснення помилок. Фізичні симптоми: неспокій, відчуття роздратованості або нервового збудження, швидка втомлюваність, труднощі з концентра-

цією уваги або відчуття «пустоти в голові», дратівливість, м'язове напруження, порушення сну (труднощі із засинанням або неглибокий, неспокійний і недостатній сон) [33, с. 65-66].

Діти та підлітки з **соціальною фобією** відчувають страх та уникають соціальної взаємодії, соціально орієнтованих проєктів через переконання, що інші люди оцінять їх негативно. Через це намагаються уникати цілого ряду соціальних занять або ситуацій: виступ перед іншими людьми, будь-яких можливостей потрапити в центр уваги, зустрічей з незнайомими людьми, розмов з авторитетними особами (такими, як вчителі, директор та ін.),

Виконання якихось дій в присутності інших (наприклад, споживання їжі). Старші підлітки випробовують страх перед побудовою близьких особистих стосунків, занепокоєння з приводу негативної оцінки іншими людьми, що стосується зовнішньої привабливості, розуму, певних особистісних характеристик, що призведе до ігнорування іншими, скоєння шкоди ними та викличуть приниження й сум'яття.

У дітей страх чи тривога можуть виражатися плачем, вибухами гніву, завмиранням, «прилипанням» до когось, зіщулюванням чи нездатністю розмовляти у соціальних ситуаціях. Можуть спостерігатися уникання або переживання соціальних ситуацій з інтенсивним страхом чи тривогою. Страх чи тривога є непропорційними до наявної загрози, яку несе соціальна ситуація чи соціокультурний контекст) [33, с. 61-64].

Ключовими ознаками **специфічних фобій** є страх та запобігання у відповідь на цілу низку специфічних сигналів, ситуацій чи об'єктів. Часто наявне переконання, що об'єкт чи ситуація призведе до скоєння персональної шкоди. Такими специфічними фобіями у дітей та підлітків можуть бути: страхи деяких тварин (наприклад, собак, птахів), комах, павуків, темряви, гучних звуків, грози, клоунів або людей з незвичною зовнішністю, в масках, крові, хвороб, інфекцій тощо [52].

При **панічному розладі** наявні постійні переживання й страх неочікуваних панічних атак з певними соматичними симптомами та/або страхом втрати контролю, зійти з розуму або померти.

Панічна атака – це несподіваний сплеск інтенсивного страху або дискомфорту, який досягає піку протягом декількох хвилин, і за цей час проявляються чотири (або більше) симптоми: прискорене серце-

биття, пітливість, тремтіння, відчуття нестачі повітря, відчуття задишки, біль в грудях або дискомфорт, нудота або неприємні відчуття в ділянці живота, запаморочення, слабкість, запаморочення, непритомність, відчуття лихоманки або гарячки, парестезія (відчуття оніміння або поколювання), дереалізація (відчуття нереальності) або деперсоналізація (стан відчуження від самого себе) [33, с. 67-68].

Напади паніки можуть відбуватися принаймні один раз на тиждень, суттєво перешкоджати життєдіяльності підлітка, заподіювати великих страждань. Панічні напади можуть виникати при будь-якому тривожному розладі, як правило, у відповідь на основний подразник цього розладу (наприклад, у підлітків з соціофобією напад паніки може відбутися перед необхідністю відповідати перед класом). Також панічні напади можуть бути викликані такими фізичними порушеннями, як астма, причому панічний напад може спровокувати напад астми.

При панічному розладі напади паніки, як правило, відбуваються самі по собі, без якихось провокуючих чинників. Проте з часом діти та підлітки починають уникати ситуацій, які пов'язують з нападами, в результаті чого може виникнути **агорафобія** – додатковий страх та уникнення певних «агорафобічних» ситуацій. Часто до таких ситуацій відносяться місця, які неможливо швидко покинути – громадський транспорт, зачинені приміщення, кінотеатри, перукарні, транспортні пробки та ін. Також зниження рівня тривоги при агорафобії може залежати від суб'єкта прив'язаності як гаранта безпеки.

Перебування під дією важких травматичних подій може в подальшому викликати обсесивно-компульсивний розлад, що розвивається за тригерним механізмом: розвитку симптомів передують психотравмуючі події [43]. Зміст ОКР може бути не пов'язаний чи опосередковано пов'язаний із змістом психотравмуючої події, та не завжди співпадає з симптомами ОКР, що є у батьків [51].

Обсесивно-компульсивний розлад характеризується нав'язливістю, потягом, якому важко протистояти, або обома проявами. Нав'язливі ідеї є непереборними, це постійні ідеї, образи чи імпульси щось зробити.

Компульсії є патологічними закликами до дії в результаті імпульсу, який при опорі призводить до надмірного неспокою та страждань

(при збереженні критичного ставлення до хворобливих проявів).

Отже, диференційними ознаками обсесій, за «Синописом діагностичних критеріїв DSM-V та протоколами NICE, є: повторні та нав'язливі думки, бажання чи образи, що появляються у стані тривоги, та які підлітки описують як інтрузивні й небажані, що викликають страх і страждання; індивідуальні спроби ігнорувати або пригнічувати такі думки, бажання, образи або ж нейтралізувати їх за допомогою інших думок чи дій (наприклад, виконуючи компульсивні дії). Компульсії характеризуються: повторними діями у відповідь на обсесію (наприклад, миття рук, складання, перевіряння), розумовими актами (наприклад, молитва, підрахунок, тихе повторювання слів чи фраз) або ж чітким дотриманням встановлених правил; повторними діями чи розумовими актами, націленими на уникнення чи зменшення відчуття тривоги та дистресу або ж на запобігання загрозливій події чи ситуації. Обсесії чи компульсії є тривалі в часі (наприклад, тривають більше, ніж годину в день), можуть викликають клінічний дистрес чи значне порушення у соціальній, професійній та інших важливих сферах життя підлітка. Такі симптоми не можна пояснити іншими психічними розладами (наприклад, надмірною тривогою при генералізованому тривожному розладі; надмірною стурбованістю зовнішнім виглядом, як при дизморфобії; труднощами із спроможністю поділитись чи відмовитись від особистих речей, як при синдромі патологічного накопичення; вириванням волосся, як при трихотілomanії; роздряпуванням шкіри, як при дерматіломанії; стереотипіями, як при стереотипному руховому розладі; ритуальною харчовою поведінкою, як при розладах харчової поведінки; узалежненні від речовин чи азартних ігор, як у випадку узалежнень різних видів; надмірною стурбованістю через хворобу, як при іпохондрії; сексуальним потягом чи фантазією, як при парафілії; імпульсивністю, як при розладах імпульс-контролю та поведінки; почуттям вини, як при депресивних розладах; інтрузивними думками або маячінням, як при розладах шизофренічного спектру та інших психотичних розладах; повторюваними моделями поведінки, як при розладах аутичного спектру) [33, с. 76-77].

Тривожні розлади відносяться до групи порушень з раннім початком, виникають в період від середнього дитячого до середнього

підліткового віку [52]. Для різних видів розладів середній вік складає: специфічні фобії (страх тварин) – близько 6-7 років; тривожний розлад, викликаний розставанням – близько 7-8 років; генералізований тривожний розлад – близько 10-12 років; соціальний тривожний розлад – ранній підлітковий вік, близько 11-13 років; обсессивно-компульсивний розлад – середній підлітковий вік, близько 13-15 років, панічний розлад – після 14 років, дебют може відбуватись і в 22-24 роки та пізніше. Тривожні розлади відносяться до найбільш стабільних форм психопатології [52].

Тривожні діти піддаються також ризику виникнення різноманітних розладів у підлітковому та зрілому віці: тривожних розладів, розладів поведінки, депресії, суїцидів, психічних розладів, викликаних зловживанням алкогольними та наркотичними речовинами тощо.

Таким чином, період пубертату в психофізичному розвитку дітей є сенситивним щодо виникнення маніакально-депресивного, обсессивно-компульсивного та цілого спектру тривожних розладів. Діти та підлітки, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок бойових дій, є найбільшою мішенню для виникнення цих та інших розладів, оскільки додатковими обтяжуючими чинниками у виникненні психічних порушень виступають ситуації психотравми.

Додатковим фактором, що обтяжує психотравмуючий вплив перебування дітей та підлітків в умовах військових дій, та підсилює психологічну травматизацію, невротизацію, порушення ціннісно-мотиваційної, емоційної сфер особистості, соціально-дезадаптивної, девіантної, делінквентної поведінки, виникнення початкових проявів психічних захворювань, маніакально-депресивних станів тощо є травми розвитку та жорстоке поводження з дитиною.

Відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» жорстоке поводження батьків або інших членів сім'ї з дитиною відноситься до домашнього насильства [10].

Жорстоким поводженням з дитиною, відповідно до наказу міністерства соціальної політики України «Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення» (від 19.08.2014 р., №№ 564/836/945/577) вважаються «будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства над дитиною в

сім'ї або поза нею, у тому числі: втягнення дитини в заняття проституцією або примушування її до зайняття проституцією з використанням обману, шантажу чи уразливого стану дитини або із застосуванням чи погрозою застосування насильства; примушування дітей до участі у створенні творів, зображень, кіно- та відеопродукції, комп'ютерних програм або інших предметів порнографічного характеру; ситуації, за яких дитина стала свідком кримінального правопорушення, внаслідок чого існує загроза її життю або здоров'ю; статеві зносини та розпусні дії з дитиною з використанням: примусу, сили, погрози, довіри, авторитету чи впливу на дитину, особливо вразливої для дитини ситуації, зокрема з причини розумової чи фізичної неспроможності або залежного середовища, у тому числі в сім'ї; будь-які незаконні угоди щодо дитини, зокрема: вербування, переміщення, переховування, передача або одержання дитини, вчинені з метою експлуатації, з використанням обману, шантажу чи уразливого стану дитини».

Основними формами жорстокого поводження з дітьми є:

- психологічне (емоційне) насильство – це періодичний, тривалій чи постійний вплив на дитину: грубе поводження з дитиною, відкидання, демонстрація нелюбові, неохочності до неї, приниження, залякування, ображення дитини, брутальне поводження з нею, створення стресових ситуацій, постійне незадоволення дитиною та насмішки над нею, відсутність емоційного контакту батьків з дитиною, не прояв своєї любові до неї, нехтування її емоційним станом, відкрите неприйняття і постійна критика дитини, погрози на її адресу в словесній формі, зауваження в образливій формі, що принижують гідність дитини, навмисна фізична або соціальна ізоляція дитини, брехня та невиконання дорослим своїх обіцянок;
- сексуальне насильство або розбещення – залучення дитини з її згоди або без такої до сексуальних дій з дорослим (або з людиною, старшою за неї на три й більше років) з метою отримання останнім сексуального задоволення або вигоди;
- фізичне насильство – це навмисне нанесення фізичних ушкоджень (травм) дитині батьками (іншими особами), що спричиняють порушення фізичного чи психічного здоров'я дитини і потребують медичного втручання, або позбавляють життя;

- нехтування інтересами та потребами дитини – це відсутність належного забезпечення основних потреб дитини в їжі, одязі, житлі, вихованні, освіті, медичній допомозі з боку батьків або осіб, які їх замінюють, в силу об'єктивних причин (бідність, психічні хвороби, недосвідченість) і без таких, відсутність належної уваги і турботи, в результаті чого дитина може стати жертвою нещасного випадку [10].

Найбільш важкими наслідками на психіку дитини, у поєднанні з психотравмуючими подіями, викликами військовими діями, є фізичне та сексуальне насильство. Діти втрачають контроль над власною імпульсивністю, знижується здатність до самовираження, спостерігається відсутність довіри до людей, депресії, делінквентна поведінка, садистські нахили, саморуйнівна поведінка та аутодеструкції (самопорізи, припікання тіла сигаретами, суїцидальні спроби), нав'язливе прагнення до отримання нових психотравм шляхом нанесення образ близьким, порушення харчової поведінки (анорексія, булімія), формування віктимної поведінки, алкоголізація та вживання наркотиків. У дітей та підлітків, що стали жертвами сексуального насильства, спостерігається порушення концентрації уваги через фіксованості дітей на травматичному досвіді. Вони перестають довіряти людям, через що звужується коло їх спілкування, стають замкнутими та недовірливими, відчувають небезпеку ззовні, у них змінюється ставлення до себе, знижується самооцінка. Пізніше наслідки перенесеної сексуальної травми, фізичного та психологічного насильства проявляються у вигляді психосоматичних захворювань, зловживання наркотичними речовинами та алкоголем, порушеннями в сексуальних відносинах.

Несприятливі наслідки психічної травматизації внаслідок військових дій, що обтяжується фізичним, сексуальним, психологічним насильством, нехтуванням інтересами та потребами дитини можуть бути настільки сильними, що призводять до порушень емоційно-вольової, поведінкової, ціннісно-сислової, мотиваційної сфер особистості, набувати клінічного значення та потребувати уваги лікарів-психіатрів.

До таких порушень відносяться: розлади поведінки, опозиційно-викличний розлад, розлади харчової поведінки, дизморфобічний розлад, невротичні порушення, такі форми девіантної та

делінквентної поведінки, як дромоманія, сексуальні перверзії, алкоголізм, наркотизація, раннє статеве життя, гомосексуалізм, вандалізм, суїцидальна, віктимна поведінка, та інші межові розлади та форми девіантної та делінквентної поведінки.

Розлади поведінки є постійною або систематичною поведінкою, яка порушує права інших осіб і/або основні властиві цьому віку соціальні норми та правила. Виникають, зазвичай, наприкінці дитинства чи на початку юнацького віку, властиві більше юнакам, ніж дівчатам. Часто такі розлади виникають в сім'ях, де батьки мають шкідливі звички, антисоціальну поведінку, СДУГ (синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю), розлади настою, шизофренія, антисоціальні розлади особистості. Проте розлади поведінки можуть розвиватися у дітей та підлітків із здорових, високофункціональних сімей.

Діагностичними критеріями розладу поведінки є: агресія до людей і тварин, знущення з інших та погрози в їх адресу; бійки та їх спричинення; використання зброї чи предметів, які можуть завдати серйозної фізичної шкоди іншим (наприклад, палицю, цеглу, розбиту пляшку, ніж, пістолет); фізична жорстокість до людей та тварин; крадіжки, протистояння з жертвою (вуличне пограбування, видирання гаманця, вимагання, збройне пограбування); примуси до сексуальних стосунків; пошкодження майна; влаштування підпалів з наміром заподіяння серйозної шкоду; навмисне псування власності інших (крім влаштування підпалу); брехливість або злодійство; пошкодження автівки, проникнення в будинок, будівлі; брехня задля отримання товарів чи послуг, або для уникання зобов'язань (шахрайство); крадіжки у магазинах, але без зламу чи проникнення; підроблення; серйозні порушення правил. Такі діти, починаючи приблизно з 13 років, часто не ночують вдома, незважаючи на заборону батьків, часто прогулюють школу. В прийомних сім'ях або в дитячих будинках сімейного типу такі діти та підлітки, втікають на ніч з дому щонайменше двічі, або один раз, не повертаючись тривалий час.

Розлад поведінки викликає значне порушення функціонування у соціальній, навчальній та професійній сферах [33, с. 103-104].

Серед розладів поведінки виокремлюють несоціалізовані та соціалізовані розлади. При соціалізованих розладах спостерігається стійка агресивна поведінка у підлітків, достатньо інтегрованих у

групах ровесників (переважно делінквентного характеру), але не можуть перебувати в адекватних контактах з дорослими та іншими групами ровесників. Несоціалізовані розлади поведінки характеризуються стійкою асоціальною та агресивною поведінкою, що погано поєднується з груповою приналежністю.

Опозиційно-викличний розлад особистості – постійна чи така, що часто повторюється, модель негативної, викличної або ворожої поведінки з боку підлітка до дорослого. Зустрічається частіше серед юнаків, ніж серед дівчат.

Від розладів поведінки відрізняється засобами міжособистісної взаємодії та спілкування з характерними ознаками роздратування та непокою.

Діагностичними критеріями опозиційно-викличного розладу є часті поведінкові та емоційні прояви: злий, дратівливий настрій; конфліктна, виклична поведінка або мстивість, що тривають принаймні 6 місяців та проявляються у процесі взаємодії хоча б з однією людиною, яка не є сиблінгом; втрачання самовладання; вразливість або дратівливість; гнівливість, образливість; сперечання з авторитетними особами або з дорослими; виклики чи відмова виконувати правила або прохання авторитетних осіб; навмисне дратування інших; звинувачення інших у своїх помилках або поганій поведінці.

Для правильної ідентифікації описаного розладу та відмежування від можливої нормативної вікової необхідно враховувати тривалість й частоту проявів такої поведінки, а також частоту та інтенсивність поведінки, яка виходить за межі нормативного діапазону для особи (за статтю, рівнем культури та загального розвитку) [33, с. 105-106].

При дисгармонійному протіканні пубертату, патології й темпу статевого дозрівання (прискорення чи його затримка), а також на тлі нестабільності емоційно-вольової сфери підлітків, що знаходяться у складних життєвих умовах внаслідок бойових дій, образливе зауваження, будь-яке прізвисько щодо зовнішності, особливо в присутності осіб протилежної статі, можуть посилити тривожний стан та запустити механізм розвитку дизморфофобії – надмірна стурбованість одним чи декількома відчутними дефектами або недоліками зовнішнього вигляду, які є непомітними чи неістотними для оточення особи.

Дизморфофобічний розлад характеризується переконаннями (дизморфоманія) чи підозрами і страхами (дизморфофобія) наявності якої-небудь потворності, вигаданої або реальної, але надмірно збільшеної, ідей ставлення, що присутні в мисленні, та наявності депресивного афекту. У підлітка з дизморфофобією спостерігаються певні повторювані ритуали, які він виробив на певному етапі розвитку розладу (наприклад, споглядання у дзеркало, надмірне вмивання, дряпання шкіри, пошук підтвердження своїх переконань), або розумові дії (порівнювання своєї зовнішності із зовнішністю інших) у відповідь на свої проблеми із зовнішнім виглядом; надмірна стурбованість, яка викликає клінічно вагомий страждання або ж порушення функціонування людини в соціальній чи інших важливих сферах життєдіяльності. Загрозливим для життя фактором є депресія, яка в тій чи іншій мірі завжди присутня при дизморфофобії: від її глибини залежить ризик виникнення суїцидальних думок, намірів та дій. Ідеї ставлення проявляються у перебільшеному значенні поглядів, думок про зовнішність підлітка та ставлення в цілому інших людей до нього. В окремих випадках маячні ідеї ставлення можуть відноситись до шизофренії, і тому диференціювати ці захворювання може тільки лікар-психіатр [15].

Одними з причин, що призводять до виникнення розладів харчової поведінки у підлітків, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок бойових дій, – це спроба упоратися з негативними емоціями, замаскованими під раціональний контроль над життям через харчування. Тобто – потреба відновити контроль над хаосом світу. Терміновий переїзд внаслідок початку війни в рідному місті, втрата друзів, батьками роботи, впевненості у завтрашньому дні, руйнування всього того, що для тебе важливо, – все це доводить, що у світі постійними є тільки неочікувані зміни. В деяких випадках порушення харчової поведінки – це засіб запобігти глибоких страхів, негативних емоцій сумнівів, песимізму (harm avoidance), що пов'язано паралізуючим страхом про майбутнє. Це може також супроводжуватись перфекціонізмом – відчуттям того, що ти є «недостатньо хорошим», «негідним» любові з боку інших людей та самого себе. І тільки досягнення поставлених цілей дозволяє підліткам вважати себе гідними любові та прийняття.

У 2016 році кафедрою психологічних досліджень, кафедрою біостатистики та секцією когнітивною нейропсихіатрією King's College London Лондонського Інституту психіатрії, психології та нейронауки, Медичною школою Стамбульського КОС University та кафедрою психології Brunel University (Великобританія) було вивчено поведінку декількох тисяч людей з розладами харчової поведінки та було встановлено, що 27 % учасників мають досвід аутодеструкцій. Серед учасників з self harm (навмисне самостійне нанесення ушкоджень) – 33 % людей з булімією. Було доведено, що і self harm, і розлади харчової поведінки – форма регулювання емоційного стану [41].

До **розладів харчової поведінки** відносяться компульсивне переїдання, неуточнений розлад харчової поведінки та найбільш розповсюджені серед підлітків – нервова анорексія та нервова булімія.

Діагностичними критеріями **нервової анорексії**, за Синописом діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE, є: обмеження у споживанні їжі (енергії) порівняно з вимогами, що призводить до дуже низької ваги тіла в контексті віку, статі, передбачуваного розвитку і фізичного здоров'я (вага є меншою за мінімальну норму, або ж для дітей та підлітків є меншою за мінімально очікувану); сильний страх набрати вагу чи стати товстим, або постійна поведінка, яка перешкоджає збільшенню ваги навіть при істотно малій масі тіла; порушення у сприйманні власної ваги або форми тіла, надмірний вплив маси чи форми тіла на самооцінку або постійне невизнання серйозності факту, що теперішня маса тіла є низька [33, с. 92-95].

Нервова булімія характеризується періодичними, в середньому щонайменше один раз на тиждень протягом трьох місяців, епізодами переїдання: споживанням протягом певного проміжку часу (наприклад, двох годин) кількості їжі, яка безперечно перевищує ту, що її більшість людей споживали б за аналогічний час за таких самих обставин, та відчуттям відсутності контролю над прийомом їжі під час епізоду (наприклад, відчуття неможливості припинити споживання їжі або контролювати, що і скільки їсти). Іншими проявами наявності нервової булімії є: періодична невідповідна компенсаторна поведінка, щоб запобігти збільшенню ваги (навмисна блювота, зловживання проносними, сечогінними чи іншими препаратами, утримання

від прийому їжі або надмірні фізичні навантаження), залежність самооцінки від маси та форми тіла [33, с. 92-95].

Практичний досвід роботи з психотравмованими дітьми та підлітками засвідчує, що більшість підлітків, що знаходяться в складних життєвих умовах внаслідок військових дій, фізичного, сексуального, домашнього насильства, втрати або тяжкої невиліковної хвороби близької людини, шкільного насильства та цькування, проблем, розлучення батьків тощо одночасно з високим рівнем тривожності, депресивного стану, мають аутодеструктивну поведінку. Причинами багаторазових самопошкоджень, наслідки яких можна побачити на тілі підлітка, можуть бути також такі стресові події за 6–12 місяців напередодні, як: конфлікти та відкидання дитини в сім'ї, ситуація жорстокої конкуренції в школі, переважання в молодіжній субкультурі стандартів краси, яких неможливо досягти, батьківське потурання або відкуп коштовними речами, популяризація аутодеструктивних засобів поведінки в референтних групах однолітків в соціальних мережах. Підлітки з самопорізами мають низьку самооцінку – вони вважають себе ні на що не здатними, дурними, потворними, нецікавими, або умови, за яких вони можуть бути задоволеними собою, є такими, яких неможливо досягти (завищені очікування з боку батьків, учителів, однолітків тощо).

Несуїцидальна аутоушкоджуюча поведінка у дітей та підлітків може включати в себе подряпини, різання або припікання шкіри, колючі поранення, удари і повторюване розтирання шкіри сіллю, наждачним папером та ін. У більшості підлітків така поведінка не є суїцидальною, несвідомо має на меті привернення до себе уваги з боку батьків чи інших значущих осіб, є діями самопокарання, на які вони заслуговують, висловлення ярості, гніву щодо себе, або дає можливість ідентифікувати себе з референтною групою однолітків. Проте підлітки, які застосовують декілька методів аутопошкоджень, можуть мати коморбідні психічні розлади та підвищений ризик суїциду [48].

Як реакція на зовнішню психотравмуючу подію виникають гострі афективно-шокові реакції, які можуть супроводжуватись порушенням стану свідомості, безцільною втечею з місця події, реактивним ступором (заціпеніння, відсутність мовного контакту тощо). Такі ста-

ни тривають недовго (до кількох годин). Після виходу з такого стану, згадка про пережите неповна. Проте, надалі може залишитися реактивна депресія, явища посттравматичного стресу [10, с. 216].

У підлітків наявна відносно висока готовність до здійснення самогубства, що пов'язано з низькою суб'єктивною цінністю життя в цей період, недостатністю розуміння незворотності смерті.

Суїцидальна поведінка підлітків залежить від багатьох чинників:

- психічні та фізичні розлади, що вражають головний мозок: біполярний, депресивний розлади, шизофренія, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, розлади поведінки, суїцидальні спроби в минулому, травматичні ушкодження голови, ПТСР;
- сімейний анамнез (суїцидальної поведінки);
- чинники зовнішнього середовища: легка доступність до смертоносних засобів, стигми, пов'язані з доступом до послуг в області здоров'я;
- психосоціальні чинники: жорсткі дисциплінарні заходи в школі та вдома, відділення від батьків, втрата друга чи подруги, труднощі, приниження в школі, соціальна ізоляція, насильство, жертви залякування, повідомлення в ЗМІ про самогубство.

Іншими причинами можуть бути: відсутність внутрішньої організації структури особистості, нестабільність (дифузність) меж особистості, що призводить до відчуття відсутності стабільності; інтенсивний батьківський тиск у досягненні успіхів, що призводить до відчуття перебільшення очікувань; спроби маніпулювати чи покарати інших («Ви будете шкодувати після того, як помру»).

Суїцидальна поведінка включає в себе: завершений суїцид, спробу суїциду (з намірами померти) та жести суїциду; суїцидальні настрої – суїцидальні думки та складання планів суїциду [38].

У переважній більшості випадків схильні до суїциду особи заздалегідь заявляють про свої суїцидальні наміри. Підлітки можуть робити це зовнішнім виглядом і манерами (наприклад, зміною ставлення до їжі), вербальними висловлюваннями («Я хочу до (померлої) бабусі/друга тощо», «Мені все це набридло», «Хоч би все це скоріше закінчилось, я не хочу більше жити»), прощавальними листами, опосередкованими символічними ознаками в малюнках.

У підлітків, схильних до суїциду, зазвичай значно вузьке сприй-

няття. Часто вони вже втратили надію на зміну складних умов свого життя. Ситуація сприймається як неконтрольована, загрозлива, незрозуміла, що вселяє страх, а сам підліток сприймає себе безпорадним. Думки весь час повертаються до одних і тих же образ, розчарувань, самодокорів. При цьому для схильних до суїцидальних дій підлітків характерний неадекватно завищений рівень домагань як по відношенню до себе, так і по відношенню до інших. Він не в змозі відповідати своїм же власним очікуванням і вимогам. У свою чергу, такий високий рівень домагань і ідеалів є наслідком неправильно формування «Над-Я» в умовах неадекватно завищених вимог і очікувань батьків.

Ознаки в поведінці підлітка, які можуть дати привід для занепокоєння:

- занадто порушена поведінка,
- незвичайне зниження активності, відсутність сили волі,
- незрозумілі або часті зникнення з дому, пропуски занять, прогули,
- погана поведінка в школі, порушення дисципліни,
- втрата інтересу до звичайної діяльності, до всього, що раніше приносило задоволення,
- раптове зниження успішності,
- збільшення вживання тютюну, алкоголю, наркотиків,
- інциденти, що призводять до контактів з правоохоронними органами, участь в бійках,
- втрата апетиту або переїдання,
- часті скарги на соматичні нездужання (на болі в животі, головні болі, постійну втому, часту сонливість),
- незвично зневажливе ставлення до свого зовнішнього вигляду,
- відчуття нудьги при проведенні часу в звичному оточенні або виконанні роботи, яка раніше приносила задоволення,
- відхід від контактів, ізоляція від друзів та сім'ї, часте перебування наодинці,
- порушення уваги із зниженням якості виконуваної роботи,
- заглибленість в роздуми про смерть,
- відсутність планів на майбутнє,
- порушення сну (кошмари), безсоння або підвищена сон-

ливість протягом, принаймні, останніх днів,

- постійна тривога, депресія, пригнічений вигляд, часто поганий настрій,
- уповільнення активності, виконання обов'язків, що раніше не викликало труднощів (відвідування секцій, прибирання вдома тощо),
- раптові напади гніву, які часто виникають через дрібниці.

Ознаками підготовки до скоєння суїциду можна вважати: приведення своїх справ в порядок (роздача цінних речей, пакування); прощання, подяка різним людям за допомогу в різні часи життя; надлишок енергії, задоволеності життям в рази прийняття рішення та складання плану щодо самогубства; письмові вказівки (в листах, записках, щоденнику); словесні вказівки або загрози; спалахи роздратування, гніву; безсоння.

При виявленні ознак суїцидальної поведінки у підлітків, що опинилися в складних життєвих умовах внаслідок військових дій, обов'язково необхідна консультація лікаря-психіатра та тривала психотерапевтична робота [38].

Наслідками психічних травм, які підлітки отримали протягом життя та які не вони змогли пережити та опрацювати, є соціально дезадаптована поведінка, проявами якої є порушення потягів – дромоманія (втечі та бродяжництво), потяги до підпалів, патологічний потяг до крадіжок, вандалізм, алкоголізм, наркотизм, сексуальні перверзії, раннє статеве життя. **Втечі** Н. Максимова та ін. поділяють на втечі як порушення потягів та ситуативно зумовлені втечі (демонстративні, емансипаційні та імпульсивні) [16].

За наявності психотравмуючого чинника дромоманія набуває форми імпульсивних втеч – як відповідь на стресову, загрозову ситуацію. Підліток може залишатись в межах міста, ночувати під мостом, в підвалах. В подальшому формується умовний рефлекс – втеча як вихід із загрозової ситуації – та повторюється при будь-яких труднощах. Діти, що знаходяться в складних життєвих умовах внаслідок насильства, проживання в інтернатах, в дитячий будинках сімейного типу, після військових дій та інших несприятливих для психічного розвитку ситуацій, як копінг-стратегію та механізм реагування при сильному стресі застосовують саме цей вид втечі.

Потяги до підпалів можуть мати різні причини – бути елемен-

том делінквентної поведінки (як намагання помститися, налякати, розважитися), здійснюватися у стані алкогольного сп'яніння, так і задовольняти потребу підлітків у розрядці психічної напруженості, отриманні задоволення [10, с. 209]. Задоволення досягається завдяки спогляданням (підпалюється сидіння у транспорті), передувати цим актам може наростання психічної напруженості, дратівливості.

Патологічний **потяг до крадіжок** рідко спостерігається як порушення потягів у підлітковому віці, частіше крадіжки є елементом делінквентної поведінки [10, с. 210].

Іншими формами девіантної та делінквентної поведінки, – поведінки, що суперечить соціальним, культурним та правовим нормам, – є вандалізм, підлітковий алкоголізм, наркотизм, раннє статеве життя, сексуальні перверзії.

Підлітковий **вандалізм** (навмисне псування майна, речей та ін.) як групова форма характеризується високим рівнем латентності, непердбачуваності, швидкістю дій, комплексністю та кримінальною спрямованістю мотивації. Особистісна схильність до вандалізму серед підлітків простежується в порушеннях емоційної сфери (емоції люті, ненависті, гніву), мотиваційної сфери (мотиви наслідування, зараження, самозахисту, самоствердження, лідерства, протесту) та вольовій сфері (нестійкість характеру, нездатність до саморегуляції). Такі підлітки мають підвищений рівень агресивності, роздратованості, соціальної дезадаптації, конфліктності, нестриманості, прямиїності, збудливості, запальності, спостерігається зневага до соціальних норм та цінностей. Пік вандалізму, за результатами багатьох досліджень, доводиться на 11-13 років. Та переважно серед підлітків чоловічої статі.

Мотивами вандалізму у підлітків, що знаходяться в кризовому стані та складних життєвих обставинах внаслідок травматичних подій, є помста, емоційне відреагування гніву, люті, безсилля: руйнування відбувається у відповідь на образу чи приниження людської гідності (у випадках психологічного, фізичного та/або сексуального насильства).

Причини початку раннього вживання алкоголю підлітками – економічні, соціальні, психофізіологічні тощо. Н. Максимова та ін. розглядає феномен **алкоголізації та наркотизації** підлітків як крайню

форму соціальної дезадаптації, з позиції типів важковихуваності та в залежності від провідного стилю сімейного виховання захищеності [16]. Проте основним мотивом початку вживання алкоголю та інших наркотичних речовин належить переживанню підлітків своєї життєвої ситуації та можливості упоратися з нею.

До причин виникнення алкогольної поведінки у людини традиційно відносять високий рівень стресу, дисфункція батьківської сім'ї, спадковість, відсутність сімейної згуртованості та близьких відносин в сім'ї тощо. Зарубіжні дослідники стверджують, що детермінантами формування залежності від алкоголю є переживання психотравмуючого характеру в дитинстві людини, а саме: втрата батьків, виховання дитини в закладі інтернатного типу, фізичне, сексуальне насильство, суїциди в родині, нездатність найближчого оточення забезпечити дитині атмосферу довіри, безпеки та захищеності [42]. До числа таких чинників також можна віднести й переживання, пов'язані з військовими діями.

При оцінці дитячого психотравмуючого досвіду на формування ранньої алкоголізації у підлітків, дослідники виокремлюють чинники:

- батьківська дисфункція: відкидання дитини, імпульсивність, алкоголізація батьків, агресія та насильство щодо дитини, відсутність прийняття дитини, відчуття занедбаності у дитини;
- раннє й травматичне відділення від батьків внаслідок їх смерті, тяжкого й тривалого розлучення, відмова від дитини та виховання його в дитячому будинку(хвороблива сепарація та депривація);
- насильство (фізичне, сексуальне, емоційне) [50].

Діти, що пройшли через важкий травматичний досвід, такий, як сексуальне насильство, втрата батьків на очах дитини, військові дії та ін., можуть вдаватися до більш діючих препаратів, щоб заглушити душевний біль – наркотичних речовин. За даними американських дослідників, 22 % підлітків, що переживали потенційно психотравмуючі події до 11-річного віку, вже пробували марихуану, 2% – кокаїн, 5% вживали сильнодіючі психотропні речовини без призначення лікаря, 3 % – інші наркотики, 6 % – декілька різних видів наркотичних речовин [40].

Процес виникнення психічної залежності від алкоголю та наркотиків у підлітків, як зауважує Н. Максимова, має таку послідовність:

1) нездатність підлітка до продуктивного виходу з ситуації утрудненості задоволення життєво важливих соціальних потреб, яка виникає внаслідок певного поєднання особистісних властивостей (особистісна схильність);

2) несформованість чи неефективність засобів психологічного захисту особистості, що перетворюють особистісну схильність у психологічну готовність до зловживання психотропними речовинами;

3) наявність фруструючої (психотравмуючої) ситуації, що актуалізує прояви («вмикання») цієї психологічної готовності;

4) поінформованість підлітка про властивості психотропних речовин, які дають можливість зняти психічну напруженість, досягти емоційного комфорту [16, с. 177].

Інцест, сексуальне насильство, секвенційна (пролонгована) травма, сексуальне приниження тощо – перебування в будь-якій ситуації, що порушує гідність дитини та її статеву ідентичність – руйнують внутрішній світ особистості, базову довіру до світу та унеможливають (за умови відсутності тривалого психокорекційного та психотерапевтичного втручання) формування емоційно близьких, довірливих стосунків з особами протилежної статі.

Наслідком перебування в таких психотравмуючих ситуаціях, крім депресії, аутодеструкцій, суїцидальних спроб, тривожних розладів, ПТСР та інших патологій в подальшому, можуть стати **ранній початок статевого життя**, формування сексуальних перверзій, порушення статевої ідентифікації у підлітків, в дорослому віці – сексуальні розлади.

Діти, що в анамнезі мають факти сексуального насильства до початку статевого дозрівання, в подальшому намагаються заслужити схвалення, підтримку, прихильність і любов з боку інших людей, бути емоційно прийнятими через сексуалізовану поведінку, включаючи ранній початок статевого життя. У таких дітей та підлітків формується переконання: «мене можна любити тільки через секс».

У дітей з фактами сексуального насильства до початку статевого дозрівання формується сексуалізована поведінка як спроба досягти прихильності, тепла, бути емоційно прийнятими.

Сексуальні перверзії – це стійкі зміни статевого потягу щодо об'єкта його направленості (діти, тварини, особи тієї ж статі) чи спо-

собу його задоволення. Діти та підлітки, що пережили сексуальне насильство в збоченій формі, з фізичними знущаннями, приниженням та іншими обтяженнями, в дорослому віці не відчують сексуального задоволення в традиційних статевих стосунках чи актах. Сексуальні перверзії та парафілії (садо-мазохізм та ін.), за виключенням органічних ушкоджень, шизофренії та інших важких психічних розладів, в подальшому можуть сприйматися як норма.

Таким чином, психічний розвиток дітей, що опинилися в складних життєвих обставинах внаслідок військових дій, та з наявністю інших видів психотравм, в умовах відсутності своєчасної, кваліфікованої та тривалої психотерапевтичної допомоги, в подальшому може розвиватися як викривлений. В умовах дефіциту умов розвитку особистості формується деформована особистість виникає ситуація девіантного патерну, особистість компенсує свою «ущербність» в різних формах девіантної поведінки та віктимності.

Найбільш обтяжливим для нормалізації психічного стану (оскільки має прогредієнтний характер) порушенням психіки є підліткова **шизофренія**. За DSM-V шизофренія відзначається такими проявами [33, с. 36-45]: маячіння; галюцинації; дезорганізованість мовлення (часті «зсісковзування» та незв'язаність мовлення); надмірно дезорганізована або кататонічна поведінка; негативні симптоми (зменшення прояву емоцій та відсутність мотивації).

Значну частину часу після виникнення порушення рівень функціонування в одній або більше основних сферах, таких як навчання, міжособистісні стосунки та догляд за собою, є помітно нижчим, ніж рівень, здобутий перед дебютом хвороби (у випадку початку в дитячому чи підлітковому віці, є неспроможність у досягненні очікуваного рівня в міжособистісній, навчальній чи професійній сферах).

Н. Максимова та ін. відзначають, що практичному психологу слід звертати увагу на раптові зміни характеру й поведінки підлітка: втрата інтересу до навчання та спілкування з ровесниками, емоційна холодність та агресивність у ставленні до близьких, маніакальні висловлювання [16, с. 202].

Неврозоподібна форма шизофренії характеризується нав'язливістю думок про самогубство, ідеями ставлення (впевненість у тому, що всі оточуючі звертають на підлітка увагу), дизморфоманічні скар-

ги, такими надцінними захопленнями, як складання карт, схем, читання філософської літератури, колекціонування, проте ці захоплення непродуктивні та нереалістичні.

При психопатоподібній формі шизофренії може фіксуватись синдром порушеної поведінки: втеча з дому на тривалий час, під час якої вони можуть безцільно блукати, приєднуватись до асоціальних компаній, здійснювати самотужки злочини (крадіжки, сексуальні дії). У підлітків з такою формою шизофренії можуть спостерігатись немотивована агресивна чи аутоагресивна поведінка, труднощі у встановленні контакту, при не порушеній працездатності – явища перенасиченості, недостатньої цілеспрямованості діяльності при обстеженні та у навчання.

У всіх випадках вірогідного дебюту шизофренії необхідна негайна консультація та обстеження у психіатра.

Отже, узагальнюючі прояви емоційно-вольових та поведінкових порушень у дітей та підлітків, що опинилися в складних життєвих умовах внаслідок військових дій, психологи виокремлюють такі:

– дисоціативні розлади, при яких травматичний досвід фрагментується та є недоступним для цілісного пригадування: в пам'яті залишаються або окремі епізоди, «картинки» без загального контексту та часової послідовності, або окремі почуття, звуки, запахи тощо, пов'язані з певним проміжком часу;

– надпильність, пов'язана з очікуванням повторної травми та розривом безперервностей;

– соматоформні розлади, при яких біль чи інші відчуття можуть дисоціативно реконструювати травматичний досвід;

– панічні реакції;

– страхи та фобії;

– реактивні розлади, що можуть проявлятися в алкоголізації, наркотизації, антисоціальній поведінці, реакціях негативізму, агресивній чи аутоагресивній поведінці, суїцидальних намірах тощо;

– депресії, почуття провини та ін.

Основними завданнями психокорекції та психологічної реабілітації таких дітей та підлітків є відновлення нормального соціального та

внутрішньосімейного функціонування індивіда. Психологічна допомога в даному випадку надається покровоко, має більш тривалий (не менше півроку), глибинний та пролонгований характер.

Використана література

1. Андерсен К., Рьокхольт Е. Г., Рісе М. Групи психологічної підтримки для дітей та підлітків, які втратили близьких людей : посібник для груп батьків та керівництво з роботи над підтримкою з боку найближчого оточення. Акерсгус, Норвегія : Університетська клініка округу Акерсгус, 2017. 223 с.
2. Богданов С. Психосоціальна підтримка в кризисній ситуації: метод. пособ. для педагогов. К.: Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Всеукраїнський союз молодіжних громадських організацій, «Християнська асоціація молодих людей України» (УМСА України), 2015. 76 с.
3. Бочкор Н. П. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.
4. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: Практичний посібник. К. : Золоті ворота, 2015. 148 с.
5. Внук М., Долыняк У. Педагогіка травми. *Практическое пособие для педагогов, воспитателей и приемных родителей*. Swiss Institute of Empowerment and Social Entrepreneurship, 2015. 166 с.
6. Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Львів: Видавництво «Скриня», 2015. 68 с.
7. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту : практ. посіб. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
8. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям. *Психологічна допомога постраждалим в наслідок кризових травматичних подій*: методичний посібник. К.:ТОВ Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

10. Закон України № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Відомості Верховної Ради (ВВР). 2018, № 5, С. 35
11. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. М. : Академический Проект, 2007. 271 с.
12. Католик Г. В., Корнієнко І. О. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. *Науково-методичні матеріали для роботи з очевидцями та постраждалими від техногенних катастроф, а також членами їх сімей* : Науково-методичний збірник. Львів: Червона калина, 2003. 144 с.
13. Коен Д., Маннаріно Е., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів, Свічадо, 2016. 264 с.
14. Кучманіч І. М., Мороз Р. А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології* : Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2017. Вип. 36. С. 146–160.
15. Макаров І. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб : Наука и Техника, 2013. 416 с.
16. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології : Навч. посібник. К. : Перун, 1996. 464 с.
17. Мороз Р. А., Кучманіч І. М. Психологічні особливості переживання травмуючих подій дітьми. *Науковий вісник Херсонського державного університету : Психологічні науки*. 2016. Вип. 6(2). С. 71-76. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr_2016_6%282%29__14
18. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій : навчально-методичний посібник. Миколаїв, «Іліон», 2018 с. 298 с.
19. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях : Учебное пособие. URL: <http://www.medpsy.ru/library/library174.php>. (дата звернення: 29.09.2019).
20. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник : в 3-х тт. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
21. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник : в 3-х тт. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник : в 3-х тт. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

23. Панок В. Г. Життєвий шлях особистості як категорія прикладної психології. URL: http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/files/29_14.pdf. (дата звернення: 29.09.2019).

24. Панок В. Г., Мельник А. А. та ін. Діяльність психологічної служби системи освіти у наданні допомоги постраждалим від збройного конфлікту на Сході України : Інформаційний бюлетень. К. : УНМЦ практичною психологією та соціальною роботою, 2017. URL:<http://lib.iitta.gov.ua/716565/1/%D0%94%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>. (дата звернення: 29.09.2019).

25. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості/стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах : навч.-метод. посіб. Київ: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 208 с.

26. Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. К. : ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 496 с.

27. Правила безпеки та можливості отримання допомоги у період конфлікту в Україні : метод. рек. К.: Агенство «Україна». 2014. 48 с.

28. Простун Н. Как понять ребенка, видевшего войну, и как помочь ему: краткое руководство для родителей, педагогов, волонтеров, психологов и социальных работников. Коростень – Ирпень – Киев : МЧП «Триада С», 2016. 136 с.

29. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб. / [упоряд. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук]. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

30. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: Метод і техніки : Методичний посібник. Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2016. 234 с.

31. Правила безпеки та можливості отримання допомоги у період конфлікту в Україні : метод. рек. / авт.кол. за ред.: Панок В.Г., Левченко К.Б. Київ : Агенство «Україна». 2014. 48 с.

32. Сборник материалов по профилактике и психотерапии посттравматического стрессового расстройства у детей: ПАДАП, 2014. 122 с.

33. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE

для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Львів: Український католицький університет, 2014. 112 с.

34. Сміт П., Дирегров Е., Юле У. та ін. Діти та війна: навчання технік зцілення. Інститут психічного здоров'я УКУ. Львів: Інститут психічного здоров'я УКУ, 2014. 70 с.

35. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навч.-метод. посіб. К.: Агентство «Україна». 2015. 176 с.

36. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

37. Уварова С. Г., Бойченко Н. Г., Гришкан С. О., Улько Н. М. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. К.: ПВНЗ МІГП, 2016. 248 с.

38. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с.

39. Фесенко Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. СПб. : Наука и Техника, 2010. 320 с.

40. Carliner H. et al. Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement Study, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2016. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27453084>. (дата звернення: 29.09.2019).

41. Cucchi A, Ryan D, Konstantakopoulos G, Stroumpa S, Kaçar AŞ, Renshaw S, Landau S, Kravariti E. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26954514>. (дата звернення: 29.09.2019).

42. Draijer N., Langeland W. Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients // Fm J. Psychiatry. 2002. Vol. 43. №3 P. 195–203. URL: <https://www.dissertat.com/content/kratkovremennye-affektogennye-reaktsii-sudebno-psihiatricheskii-aspekt>. (дата звернення: 29.09.2019).

43. De Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. European Psychiatry. 2008. 23:187-94. URL: https://www.academia.edu/12619360/Obsessive_compulsive_disorder_Influence_of_age_at_

onset_on_comorbidity_patterns. (дата звернення: 29.09.2019).

44. Ginsburg K. R. Building Resilience in Children and Teens: Giving Kids Roots and Wings. – MD, MS Ed, FAAP. With M. M. Jablow. – American Academy of Pediatrics, 2011. 398 p. URL: http://envisionnm.unm.edu/xpdf/Best_Practices_Expectant_Parent_Teen_Fam.pdf. (дата звернення: 29.09.2019).

45. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1988. 27:764–771. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709636285>. (дата звернення: 29.09.2019).

46. Geller DA, March J. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012;51:98–113. URL: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(11\)00882-3/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(11)00882-3/abstract). (дата звернення: 29.09.2019).

47. Gershuny B.S., Thayer J.F. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and traumarelated distress: a review and integration // Clin. Psychol. Rev. 1999. Vol. 19. P. 631 – 657. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10467494>. (дата звернення: 29.09.2019).

48. Greydanus DE, Apple RW: The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: Current concepts. J Multidiscip Healthc 4:183–189, 2011. doi: 10.2147/JMDH.S11569. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141836/>. (дата звернення: 29.09.2019).

49. Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Humanitarian Crises. – New York: United Nations Children's Fund. UNICEF, 2011. URL: <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/5334.pdf>.

50. Langeland W., Draijer N. van den Brink W. Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings // Compr. Psychiatry. 2002. Vol. 43, №3. P. 195 – 203. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11994837>. (дата звернення: 29.09.2019).

51. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review

of the evidence. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2008;148C:133–9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18412099>. (дата звернення: 29.09.2019).

52. Raree M Ronald. Тривожні розлади у дітей та підлітків: природа, розвиток, лікування та профілактика URL: <https://iasarar.org/content/uploads/F.1-Anxiety-Russian-UKR.pdf> (дата звернення: 29.09.2019).

4. Корекція емоційних розладів дітей, які зазнали травматичного досвіду та членів їхніх сімей в процесі консультиування

Емоції відіграють важливу роль в житті дитини: вони допомагають їй сприймати дійсність і реагувати на неї. Емоції виявляються в поведінці дитини вже з перших годин її життя, доносячи до дорослого інформацію про те, що дитині подобається або засмучує її [1].

Поступово від примітивних емоцій (страху, задоволення, радості) дитина переходить до більш складних почуттів: радість, захоплення, здивування, гнів, смуток. У дошкільному віці дитина вже може за допомогою посмішки, пози, жести, інтонації голосу передати більш тонкі відтінки переживань.

Емоції тісно пов'язані з потребами, ситуацією, мисленням, мовою тощо. Фізіологічно емоції проявляються в ритмі серцевих скорочень, дихання, моториці шлунку, сечостатевої системи, тонусі м'язів, потовиділенні тощо. Не існує специфічного центру мозку, який відповідає за емоції. Вони є результатом активності доволі складної системи – «коло Папеца». Структури, які об'єднані у «коло Папеца» складають більшу частину лімбічної системи [5].

В регуляції прояву емоцій приймають участь вегетативна нервова система (симпатичний та парасимпатичний відділи) та ендокринна система.

У дитини формується здатність приховувати і стримувати свої почуття, контролювати їх. Навчання контролю емоцій відбувається поступово, з розвитком особистості дитини і в нормі, до шкільного віку, дитина вже має вміння підпорядковувати свої примітивні емоції (гнів, страх, незадоволення). Однак, останнім часом зростає кількість дітей і підлітків, які опинились у складних життєвих обставинах, що призводить до виникнення порушень в емоційній сфері [34].

Емоційні порушення слід розглядати як стійкі емоційні стани, як окремі, так і комплексні, що супроводжуються поведінковими реакціями, які перешкоджають вільній взаємодії з навколишнім світом:

тривога, страхи, дратівливість, настрої, який легко і часто змінюється та ін. [25]. Під емоційними порушеннями розуміються афективні порушення, що створюють труднощі в формуванні у дитини адекватного образу світу, активної позиції, стійкості і динаміки у взаємодії з ним. Емоційні порушення згодом призводять до дезадаптації особистості [17]. Як зазначав А. Петровський, певне значення в розвитку емоційних розладів має комбінація причинних факторів з індивідуальними особливостями дитини [32].

З емоційних порушень у неповнолітніх, де переважають певні види емоцій з характерними поведінковими реакціями, виділяють тривожно-фобічні та агресивні порушення, що супроводжуються соціальною тривогою та депресивною симптоматикою, дезадаптацією. Вони потребують втручання психолога з метою сприяння осмисленню дитиною власної картини світу [21].

Вивчення страху, тривоги і агресії представлені у великій кількості експериментальних і теоретичних концепцій, досліджуються в школах класичних теорій емоцій, психоаналізі і теорії навчання.

Розвиток системи емоційної регуляції. Психологічні вікові вітчизняні та зарубіжні дослідження відзначають, що в психокорекції дітей необхідно враховувати закони онтогенетичного розвитку. Виділяють різні концептуальні підстави для визначення основних етапів в становленні особистості, пов'язуючи з ознаками її фізіологічної, психологічної, соціальної зрілості.

Л. Виготський і його послідовники відзначали, що розуміння закономірностей психічного розвитку дитини розглядається через активний діяльнісний процес, який реалізується в співпраці з дорослим у формі засвоєння суспільно-історичного досвіду шляхом інтеріоризації. Результатом цього процесу є система новоутворень, специфічних для кожної вікової стадії. Постановка цілей корекційної роботи здійснюється в контексті уявлень про структуру і динаміку віку. Визначаючи цілі корекційної роботи Л. Виготський підкреслював першочергове значення профілактичних завдань для попередження розвитку вторинних дефектів (що виникають в ході подальшого аномального розвитку), в порівнянні з завданнями виправлення вже утворених первинних дефектів (викликаних біологічним фактором), за рахунок соціальної компенсації первинного

дефекту і розвитку вищих психічних функцій [8, 10, 27].

В дослідженнях В. Лебединського, Є. Баенської, М. Ліблінг йдеться про необхідність існування балансу тонізації зовнішнім середовищем і аутостимуляції, виділяють чотири рівні базальної системи емоційної регуляції:

- Рівень польової реактивності, де афективні переживання ще не містить явної позитивної або негативної оцінки отриманого враження. Воно пов'язане із загальним відчуттям комфорту або дискомфорту в психічному полі. Реагує тільки на інтенсивність, не оцінює якості впливу і організовує найбільш пасивні форми поведінки. Дискомфорт миттєво несвідомо викликає у суб'єкта рухову реакцію, віддаляючи від неприємних стимулів. Цей рівень відповідає за зняття надсильної напруги як позитивного так і негативного характеру, підтримуючи стан афективного комфорту. Естетична, культурна, релігійна організація побуту, одягу, свят гармонізує внутрішнє емоційне життя людини. Створення комфорту, досягнення спокою в зосередженні на природному або естетичному об'єкті активно використовується в різних системах психокорекції емоційних порушень.

- Рівень стереотипів більш активний, грає важливу роль в пристосуванні дитини до зовнішнього світу, створює індивідуальний стереотип сенсорного контакту з середовищем, арсенал звичок. Основне його завдання - регуляція процесу задоволення соматичних потреб. Він афективно пов'язує внутрішні відчуття організму з зовнішніми стимулами, має яскраву і стійку емоційну пам'ять. У важких випадках раннього порушення афективного розвитку, коли провідним в пристосуванні до навколишнього середовища тривалий час залишається другий рівень, дитина зі страхом сприймає зміни, порушення звичного режиму, оцінює затримку виконання бажання як катастрофу. Зіткнувшись з перешкодою суб'єкт переживає безпорадність, тривогу і страх, посилюються астеничні стани, використовуються різні форми аутостимуляції (ритмічні рухи, пошук позитивних тактильних відчуттів).

- Рівень експансії може спостерігатися у дитини в другому півріччі життя, і він проявляється в забезпеченні досягнення афективно значимої мети в подоланні несподіваних перешкод на шляху до неї, в оволодінні невідомою, небезпечною ситуацією. Перешко-

да може стати приємною і активізує індивіда у взаємодії з навколишнім, створює необхідність в оцінці своїх сил, народжує потребу в зіткненні з бар'єром. Нестабільність ситуації породжує цікавість, мобілізує суб'єкта на подолання небезпеки. Він може відчувати гнів, азарт, які бадьорять в передчутті перемоги. Народжується і накопичується афективне самовідчуття «можу» і «не можу». Відрив від сенсорного середовища переносить афективні переживання в систему уяви. Мета може бути досягнута символічно (в грі, малюнку).

- Аутостимуляція за механізмом «гойдалки» змушує суб'єкта шукати відчуття небезпеки при позитивній оцінці своїх можливостей. Це рівень аутокорекції своїх страхів. Малювання страхів, маніпуляції з малюнковими образами («покарати страхи»: заштрихувати, порвати, домалювати щось, змінити, зробити слабкими, смішними, домотивитися і т.п.); програвання страхів - все це дає можливість реалізувати даний рівень [36].

Особливості дітей і підлітків з емоційними і поведінковими розладами. В психокорекційній роботі з дітьми і підлітками необхідно враховувати й вікову норму розвитку. Виділяють кілька підходів розвитку емоцій і особистості разом з віковими нормативами. До них відносяться [9, 10, 42, 43]:

- емоційний розвиток;
- психологічний розвиток;
- моральний розвиток;
- розвиток самості;
- психосексуальний розвиток.

Однак слід уникати ізольованого аналізу цих вікових норм, і необхідно завжди розглядати їх в діалектичній єдності з досвідом дитини.

Емоційні процеси у дітей відіграють провідну і домінуючу роль в загальній структурі психічної діяльності. Емоційні процеси необхідно розглядати у розвитку, що пов'язано, з одного боку з якісними трансформаціями особистісних утворень (розвитком мотиваційної, змістової сфери) і, з іншого боку, з динамікою інтелектуальних функцій, з переходом від безпосередніх до складних опосередкованих словом емоційних переживань. В процесі розвитку емоційної сфери у дітей на зміну афективної імпульсивності, мимовільності, нестійкості приходять стабільні емоційні стосунки-почуття, які визначають

систему моральних, етичних та інших цінностей дитини, які детермінуються її досвідом, засвоєнням соціальних норм і правил в ході чуттєво-предметної діяльності.

Розвиток емоцій відбувається у напрямку від реактивності до вибірковості зовнішніх стимулів, стереотипізації до індивідуалізації, виділення бажань, свого «Я» до соціалізації, виділення емоцій людей, що регулюють поведінку і впливають на афективну сферу дитини [4].

У молодших школярів починають інтенсивно розвиватися інтелектуальні почуття. Активне пізнання в процесі навчальної діяльності пов'язано з подоланням труднощів, успіхами і невдачами, тому виникає ціла гама почуттів: здивування, сумнів, радість пізнання і в зв'язку з ними інтелектуальні почуття, що ведуть до успіху в навчальній діяльності, такі як допитливість, почуття нового. Виникнення інтелектуальних почуттів пов'язано з потребою в пізнанні нового відповідно до пізнавальних інтересів. У I класі інтерес викликають чинники і події, що значимо для розвитку інтелектуальних почуттів. Сприяє підвищенню рівня розвитку інтелектуальних почуттів робота за експериментальними програмами для початкових класів. Як показує досвід школи, інтелектуальні почуття учнів при правильній організації навчання стають для них потребою. Естетичні почуття молодшого школяра, як і у дошкільника, розвиваються в процесі сприйняття літературних творів.

Довільність дій, формуючись в процесі навчання, стає новоутворенням молодшого шкільного віку. Формування довільності процес тривалий і складний.

Суттєвою рисою характеру стає самостійність. Чим молодші школярі, тим гірше вони вміють діяти самостійно. Пізніше у молодшого школяра виникає вміння стримуватися, дотримуватись режиму шкільного життя і розпорядку після школи, самостійно виконувати домашні завдання. Також проявляється і протилежна стриманості негативна риса характеру – імпульсивність. Імпульсивність як результат підвищеної емоційності в цьому віці проявляється в швидкому відволіканні уваги на яскраві подразники, на все те, що є новим для дитини. Як правило, до III класу дитина навчається справлятися з нею. Разом з тим в деяких випадках імпульсивність стає індивідуальною особливістю дитини.

Емоційні порушення молодшого школяра пов'язані з дезадаптацією до нової соціальної ситуації, до статусу учня, де можуть виникати конфлікти внутрішньоособистісні, самооціночного типу і міжособистісні. Тривога, страхи, порушення поведінки можуть бути проявами невротичного розладу.

Агресія виникає як захисна форма поведінки, або як психопатична риса характеру.

Корекція емоційно-поведінкових розладів в молодшому шкільному віці повинна бути спрямована на зміцнення самооцінки, на вміння адекватно реагувати на позначки (оцінки), на зниження шкільної тривоги, закріплення позитивних моделей поведінки [13, 16, 25, 40].

Підлітковий вік є періодом, коли емоції найбільше впливають на духовний розвиток. Переживання стають глибшими, з'являються більш стійкі почуття, емоційне ставлення до ряду явищ життя стає тривалішим і стійкішим, більш ширше коло явищ соціальної дійсності, які небайдужі підлітку породжують у нього різні емоції. Почуття підлітка надзвичайно напружені. Проявляється «афект неадекватності» – бурхлива, некерована реакція, невідповідна до причини. В основі цієї реакції найчастіше лежить невідповідність самооцінки, як правило, низької, і високому рівню домагань. Підліткам значно частіше, ніж молодшим дітям, здається, що батьки, вчителі та однолітки про них погані думки, і це викликає депресивні стани. Різко виражені психологічні особливості підліткового віку отримали назву «підліткового комплексу». Він полягає в перепадах настрою від нестримних веселощів до смутку і у зворотному порядку, без певних причин. Чутливість підлітків до оцінки сторонніми своєї зовнішності, здібностей, умінь, поєднується у них із зайвою самовпевненістю і безапеляційними судженнями відносно оточуючих. Сентиментальність уживається з вражаючою черствістю, хвороблива сором'язливість – з розв'язністю, бажання бути визнаним і оціненим іншими – з показною незалежністю, боротьба з авторитетами, загальноприйнятими правилами.

З одного боку, у підлітка впевненість в своїх силах іноді більша, ніж це відповідає об'єктивному стану речей і він береться за те, що йому не під силу. А з іншого боку, у нього часто виникає стан невпев-

неності в собі, усвідомлення своєї неповноцінності. Це буває пов'язане з важкими переживаннями, які далеко не завжди проявляються зовні. У цьому віці дитина схильна «переходити на особистості»: вказувати дорослому на дрібні промахи, недоліки в роботі, часта тема – необ'єктивність або несправедливість.

При всій критичності до дорослих вони надзвичайно тривожні і стурбовані увагою до них оточуючих. Навмисність поведінки свідчить про прагнення привернути до себе увагу, дізнатися, що про нього думають, і в цілому скласти уявлення про себе за допомогою оточуючих – який я: добрий або поганий [31, 40].

Особливості емоційного стану дітей, які постраждали внаслідок військових дій. Навіть непряме переживання травмуючої події, на кшталт прослуховування повідомлень про військові дії в інших містах і країнах, може викликати інтенсивну емоційну відповідь. Більшість дітей різного віку, які перенесли такого роду травму, мають такі особливості, як зростання занепокоєння при розлуці з членами сім'ї, повторне переживання травмуючої події через нав'язливі думки, дії, кошмари; підвищена чутливість до різких звуків типу сирен, літаків, гучного шуму; страх темряви; неухважність, зниження успішності; поява думок про смерть; підвищена дратівливість. Спостерігається синдром «уникнення», агресія проти однолітків, страх самотності, тривога в будь-який час доби, очікування загрози. В клінічну картину можна включити такі порушення, як:

1. Порушення сну, утруднене засинання, чутливий сон, синдрому «п'ятої години» - коли діти прокидаються незадовго до часу, коли відбулася подія, не можуть заснути, відчувають тривогу, занепокоєння. Спостерігається здригання тулуба, плач уві сні, жахливі сни;

2. Страх, які кваліфікуються як надцінні. Тематика страхів пов'язана з травмуючою подією. Діти бояться повторення. Багато дітей протягом 1-2 тижнів сплять одягненими, приготувавши верхній одяг;

3. Зміни в емоційно-вольовій сфері, які проявляються в плаксивості, пасивності по відношенню до улюблених занять, зниженому емоційному фоні;

4. Прояв астеничного синдрому;

5. Випадки системних неврозів (заїкання, енурез, тики).

Соматичний стан у таких дітей супроводжується вегетативною

симптоматикою: свербіж шкіри, температура, головні і серцеві болі, тремор пальців рук, скарги на зниження або повна відсутність апетиту, поєднання відчуття ознобу з підвищеною пітливістю, нудота, позиви на блювоту, утруднений туалет.

У молодших дітей часто з'являються тенденції до регресивної поведінки (енурез, смоктання пальця, більша залежність від батьків, страх перед незнайомими людьми, втрата навичок), дратівливість. Ці ж симптоми можуть виникати не відразу після травми, а через досить тривалий час [29].

Діти можуть не говорити про свої переживання, тому є необхідність звертати увагу на невербальні ознаки порушень, такі як:

1. Порушення сну, які тривають довше, ніж кілька днів після травми. При цьому сні, безпосередньо пов'язані з травматичною ситуацією, можуть бути відсутніми;

2. Страх відокремлення, «залипаюча» поведінка;

3. Страх при появі стимулу (місця, людини, телевізійної передачі і т.п.), пов'язаного з травматичним переживанням;

4. Соматичні скарги, невпевненість у власному здоров'ї;

5. Підвищена тривожність, що з'являється вдома або в навчальному закладі, пов'язана зі страхами або фруструючими обставинами.

Надзвичайні події спричиняють травматизацію не тільки у дітей, безпосередніх учасників, які в них брали участь, - діти, що народилися у матерів, які пережили такі події, відрізняються затримками емоційного і моторного розвитку, меншою вагою при народженні, порушеннями серцевої діяльності.

Окремо слід розглядати особливості розвитку дітей, які були свідками заподіяння шкоди іншим або близької для дитини людини (насилство, вбивство, самогубство). Ці ситуації є найбільш травматичними для них. Крім таких факторів, як безпосередня загроза здоров'ю або життю близьких і самої дитини, важливою травмуючою обставиною є відчуття дитиною своєї безпорадності. Дітям, які перенесли таку травму, в більшості випадків властиво наявність всіх симптомів ПТСР (нав'язливе відтворення травматичної ситуації, уникнення місць, пов'язаних з подією, підвищена фізіологічна збудливість) [44, 45].

Отже, після отримання психологічної травми у дітей виникають

емоційні відхилення, які, в свою чергу, позначаються на їх поведінці. Залежно від сили психологічної травми можуть спостерігатися емоційні порушення різного ступеня тяжкості - від пригніченого настрою до посттравматичного стресового розладу. Внаслідок психологічного травмування страждає не тільки особистісна сфера дошкільника, а й когнітивна сфера, сфера спілкування та психічний стан дитини в цілому.

Особливості психокорекційної роботи з емоційними розладами. Психокорекцією вважають певним чином спеціально організовану психолого-педагогічну діяльність, сукупність психологічних впливів, спрямованих на виправлення недоліків в розвитку дитини. В психокорекції емоційно-особистісних порушень у дітей важливо створити досвід реальної, емоційно позитивно насиченої життєдіяльності. Обґрунтуванням впливу цього досвіду є уявлення Л. Виготського про можливості соціальної і культурної компенсації дефекту, тобто на положенні про те, що для компенсації дефекту необхідна організація спільної діяльності. Шлях компенсації дефекту проходить через створення особливих зв'язків дитини або дорослого зі світом не безпосередньо, а в діяльності через іншу людину або через групу людей. Перебудова, реконструкція, компенсація в процесі корекції здійснюється, кажучи словами Л. Виготського, шляхом оснащення людини особливими «приставками», за допомогою яких вона вже може побудувати і надалі самостійно розвивати необхідні форми поведінки. Ефекти психокорекційного впливу можуть бути в узагальненому вигляді представлені як особливі психологічні якості, які сформувалися у людини в ході отриманого досвіду. Однак для отримання ефекту необхідно запустити в дію складні психологічні механізми. Сутність цих механізмів Л. Виготський визначав як особливі психотехнічні дії, тобто дії над психікою, дії по зміні психіки за допомогою застосування спеціальних засобів [10].

Головна характеристика психологічної корекції, на відміну від інших широко поширених форм медико-психологічної практики, полягає в тому, що це форма роботи з психікою, свідомістю, переживаннями і особистістю людини не в плані їх діагностики або експертизи, а в плані впливу на них. Об'єктом психологічної корекції можуть бути конкретні риси психіки, що відносяться як до преморбідних особ-

ливостей, так і до особливостей психіки, що утворилися в процесі порушень, а також і до характеристик психіки, що формуються як наслідки зовнішніх впливів.

Психологічна корекція передбачає вплив на людину з метою:

1. Попередження можливих порушень.
2. Ефективності подолання порушень.
3. Попередження рецидивів порушень.

При емоційно-поведінкових розладах психокорекція передбачає врахування закономірностей розвитку і навчання дитини, її «зону найближчого розвитку» (Л. Виготський). Завдання психокорекції, як і в навчанні - поступово переводити зону найближчого розвитку, тобто те, що дитина може робити за допомогою дорослого, в зону актуального розвитку, в те, що вона може зробити самостійно. Психокорекція можлива при постійному розширенні зони найближчого розвитку, пам'ятаючи, що принципи і психологічні механізми виховання тут ті ж, що і у нормальної дитини. Найбільш ефективно використовується комплексний особистісно-орієнтований підхід, де психокорекційні методи відбираються з урахуванням завдання корекції, індивідуальних і вікових особливостей дітей.

У зв'язку з цим виділяються наступні вектори психокорекції емоційних і поведінкових розладів у дітей:

- 1) Від казок і оповідань до малюнків, до ігор (звук-образ-дія);
- 2) Від наочних, образних уявлень подій з героями - до внутрішніх уявлень власної особистості;
- 3) Від коротких динамічних вправ - до довгих, що вимагають довільності в поведінці;
- 4) Від пасивності, споглядальності - до активності, загальної і вербальної;
- 5) Від стереотипності - до творчого пошуку [41].

Психокорекцією дітей дошкільного віку є ігрова взаємодія, об'єднання методів корекції в грі, де гра є самостійним методом, а також способом трансляції інших корекційних технік. Все, що відбувається в грі, позначається темою, сюжетом, ігровими завданнями. В середині гри включаються інші корекційні методики. Гра є частиною цілого комплексу різних впливів на дитину, поєднується з раціональною та суггестивною психотерапією. Гра, як і інші психокорекційні мето-

ди виконує три функції: діагностичну, корекційну і навчальну. Всі три функції пов'язані між собою і реалізуються на всіх етапах корекції [3].

А. Фрейд звернулася до гри як до основного методу психотерапії в дитячому віці, ставила за мету доведення шляхом інтерпретації до свідомості дитини її власних дій, конфліктів, що викликають хворобливий стан. Дорослий розглядався як пасивна фігура і гра дитини була спонтанною. М. Клейн застосовуючи гру з метою психологічної терапії, вважала, що психотерапевт повинен займати по відношенню до дітей активну керівну позицію. Вона відмовилася від твердження, що в грі неодмінно відбувається символізація витіснених конфліктів, допускаючи, що в ній можуть знаходити свій вираз реальні життєві відносини. Застосування гри як психокорекційного методу вітчизняними психологами ґрунтується на теорії гри Л. Виготського, О. Леонтьєва [26, 47].

Основні завдання корекції в грі:

- 1) Допомогти дитині безпечним чином усвідомити самого себе, свої переваги і недоліки, труднощі та успіхи;
- 2) Викликати у дитини нові форми переживань;
- 3) Виховувати почуття по відношенню до дорослих, однолітків, самого себе;
- 4) Формувати адекватне ставлення до самого себе і інших, розвиваючи систему самооцінки і самосвідомість, підвищуючи впевненість в собі;
- 5) Розвивати і збагачувати прийоми спілкування з однолітками, відпрацьовувати нові форми і види як ігрової, так і неігрової діяльності;
- 6) Переформатувати ставлення до травмуючих подій минулого і сьогодення. Програвання того, що завдавало біль, засмутило або налякало, без травмуючого емоційного акомпонементу, призводить до згасання хворобливого ефекту.
- 7) Конструктивно усвідомити позитивні моделі поведінки.
- 8) Виявляти і оцінювати емоційно-особистісні конфлікти дитини.
- 9) Зняти зайве гальмування, скутість і страхи, що виникають при раптовому впливі і попаданні в нову, несподівану ситуацію спілкування.
- 10) Зняти напругу, відреагувати агресією в ігровій дії, безпечним способом [14, 18].

У процесі ігрової корекції використовуються спеціально розроблені прийоми і методи ігрових занять, зміст яких відповідає корекційним завданням. Деякі ігри пропонуються самими дітьми і потім входять як обов'язкові процедури корекції. На заняттях у дітей існує великий набір сюжетно-рольових ігор, спеціальні ігри-драматизації, в ході яких реалізується прийом десенсибілізації страхів.

Основні принципи корекційної роботи. Психокорекція емоційних розладів будується відповідно до загальних принципів психокорекції, які створюють умови для розкриття кожної особистості дитини.

1. Принцип діяльнісного підходу. Методологічним принципом, що описує головні психотехнічні засоби корекції, є принцип діяльнісного підходу. Психологічна корекція відповідно до її цілей створює умови для перебудови ходу психічного розвитку «Я» дитини. Психокорекція повинна спиратися на провідну діяльність дитини, в даному випадку на гру – ведучу діяльність дошкільника. У процесі організації провідної діяльності можливо досягати не тільки стимуляції, «прискорення» психічного і особистісного розвитку дитини, але і реконструювати, змінювати його хід. Це обґрунтовується центральним положенням концепції провідної діяльності О. Леонтьєва, згідно з яким позитивно впливати на процес розвитку, на конструювання психологічних новоутворень в особистості, в поведінці, у взаємодії з іншими людьми, означає впливати на діяльність, яка формує відповідні новоутворення. Це шлях базисного опосередкування психологічних новоутворень предметною діяльністю.

2. Принцип єдності діяльності і свідомості, емоційних і когнітивних аспектів людської психіки (єдність афекту та інтелекту). Теоретико-методологічна традиція вітчизняної психології послідовно розвиває принцип єдності діяльності і свідомості, емоційних і когнітивних аспектів людської психіки. Особливість психологічного впливу у всіх його формах складається в представленості і залученості в корекційний процес цих двох взаємопов'язаних форм психічної діяльності. Є підстави вважати, що єдність існування афекту і інтелекту в процесі психокорекційного впливу являє собою особливий психотехнічний засіб, самостійний механізм психокорекційної дії. Не існує беземоційного впливу. Психологічні перебудови і реконструкції не можуть бути представлені як чисто раціональний, пізнавальний процес.

Афективна залученість учасників корекції, яскраві, насичені, рухливі емоції, що створюються в індивідуальній і груповій роботі - все це найважливіші психотехнічні засоби, механізми корекції. Більш того, всі когнітивні структури психорекції, знання, усвідомлення і самосвідомість залучаються в дію саме завдяки їх тісній пов'язаності і нерозривності з емоційними станами [2, 10].

3. Принцип спілкування як діалогу. Основним принципом спілкування як діалогу є встановлення в його процесі особливих відносин, які можуть бути охарактеризовані як духовна спільність, довіра, відвертість і доброзичливість. Діалог дорослого і дитини передбачає спільне бачення, обговорення ситуацій. Причому мова йде не про збіг поглядів і оцінок, першочергово важливий сам факт спільної спрямованості до вирішення проблем. Діалог - це не спрямовані один на одного погляди дорослих і дітей, а погляди тих і інших, спрямовані в одну сторону. Досить суттєвою характеристикою діалогічного корекційного спілкування є рівність позицій психолога і дитини. Ця рівність, по-перше, означає визнання активної ролі самих дітей в процесі корекції. Дитина ніколи не може бути тільки об'єктом, по суті з перших хвилин життя вона завжди є активним суб'єктом саморозвитку. По-друге, рівність позицій психолога і дитини, в діалогічному спілкуванні полягає у взаємності впливу. Активність дитини реалізується в тому числі і у вигляді впливу на дорослого.

Характеризуючи структуру спілкування, соціальні психологи виділяють в ньому процес пізнання людини людиною, комунікативний процес, тобто комунікативний обмін між учасниками, а також процес їх взаємодії. У корекції-діалозі пізнання, вивчення дитини основний стрижень, на якому будується все спілкування з нею [26].

4. Принцип «тут і тепер». У процесі корекції складаються реальні відносини дорослого і дитини.

5. Принцип активності і особистісної відповідальності. Цей принцип дозволяє активно висловлювати власні думки і почуття. Досягнення такої відповідальної особистісної позиції вже само по собі має значний ефект корекції.

6. Принцип стимуляції і фіксування почуттів. Для включення в дію механізмів перебудови особистісної самосвідомості необхідно, щоб процес був глибоко емоційно насиченим. Дитина вчиться оцінюва-

ти інтенсивність своїх почуттів, використовуючи різні методи. Мова почуттів дозволяє зняти травмуючий вплив прямих оцінок, створює основу для свідомої зміни поведінки і самосвідомості.

7. Принцип довірливості і конфіденційності спілкування. Конфіденційність пов'язана з безпекою відносин, з повною впевненістю у відсутності регламентації і санкцій. Безумовне прийняття особистості – фундамент довірливості спілкування.

8. Принцип партнерства. В процесі психокорекції відносини між учасниками корекції і фахівцем будуються за принципом партнерства, причому партнерства в особливому значенні. Йдеться про рівність позицій, а не про нормативну модель поведінки. Необхідно зняти невірну установку, що результат роботи залежить тільки від психолога і його кваліфікації. Дуже важливо, щоб майбутні учасники корекції налаштувалися на активну і нелегку самостійну психологічну роботу [21].

9. Принцип «дзеркала». Цей принцип стосується техніки емпатичних слухань. Байдуже, нерозділене слухання породжує тривогу, зайву напругу і не призводить до жодних інших результатів, крім як до повного переривання контакту. Зайва відповідна словесна продукція психолога також перемикає увагу мовця від самого себе на психолога і не сприяє потрібному контакту. Ефективне використання техніки емпатичного слухання запускає в дію механізми самодослідження, саме по собі може привести до значних корекційних ефектів.

10. Принцип безоціночного ставлення до висловлювань. Підхід до дитини зводиться до посилення, підтримки всіх позитивних особистісних якостей і прагнень, сильних сторін, їх орієнтації на самостійну боротьбу дитини з власними проблемами. Це є ефективним засобом стимулювання успішного саморозвитку.

11. Принцип «особисте досягнення». Реалізується індивідуальний підхід в сенсі визнання права самої людини взяти з психокорекційних можливостей те, що вона виявиться в стані взяти, або те, що вона сама захоче взяти [29].

12. Принцип «маятника і гойдалок». При зіткненні різних за знаком емоцій («емоційний контраст») збільшується яскравість позитивних емоційних переживань [46].

Особливості корекційної роботи з неповнолітніми, які по-

страждали внаслідок військових подій. Формування поведінкових, емоційних, фізіологічних, нейропсихіатричних проявів реакцій у дітей різних вікових груп має індивідуальну траєкторію розвитку. У ранньому періоді після перенесеної психічної травми у дітей та підлітків часто спостерігається п'ять провідних симптомів: тривога з тривожними румінаціями, наявність фіксованих страхів, психологічні захисти, гіперзбудливість з переважанням симпатико-адреналінових кризів і ригідні копінг-стратегії реагування на стрес. У пізньому періоді після перенесеної психічної травми спостерігаються виражені три провідних симптомокомплекси: страхи супроводжуються циркадними порушеннями, тривога з переважанням ментальної подорожі в минуле, і психологічні захисти. Також варто відзначити наявність нав'язливих патернів поведінки, регресивних форм поведінки, які призводять до порушення соціальної активності (порушення в спілкуванні, підвищена конфліктність), змін в ціннісно-мотиваційній сфері, появи хронічних функціональних порушень і ризиків інвалідації. Наявність цих симптомів, а також дезадаптивних підтримуючих факторів, поведінки уникнення (особистої програми подолання тривоги) становить основу для побудови терапевтичної когнітивної моделі (концептуального розуміння захворювання, формулювання виникнення ПТСР у дітей і підлітків та його корекції).

Виникнення ПТСР пов'язують з такими особливостями:

- Індивідуальними «лінзами» сприйняття загрозової ситуації. Безумовно організованої картини світу (переконань, вірувань, правил життя, копінг-стратегій);

- Особливостями ментальної стійкості (mental toughness), тобто впевненість, цілеспрямованість, допитливість, рішучість і самовладання. Можна зустріти поняття «підвищена стійкість» (phenomenon of resilience), яке розробляється в дитячій та підлітковій психіатрії. Сам термін «стійкість» (resilience) описує той факт, що деякі діти не стають соціально неблагополучними незважаючи на те, що вони росли в дуже жорстких соціоекономічних умовах або перенесли травматичний досвід. N. Garmezy визначає стійкість як здатність до відновлення і підтримання адаптивної поведінки, яка може бути як первинна відповідь або реакція на стресову подію [13, 21, 24].

У зв'язку з цим реабілітація дітей та підлітків з ПТСР повинна

реалізовуватися в рамках комплексно-цільової програми психолого-педагогічної та медико-соціальної реабілітації дітей (біопсихосоціального підходу), включати наступні основні етапи: діагностичний (наявність скринінг-оцінки), екстреної медико-психологічної допомоги, комплексної психолого-педагогічної та медико-соціальної реабілітації (в індивідуальній та груповій формі), моніторинг психологічного та психічного стану, психологічних утворень дитини і батьків, профілактичну рецидивну терапію, навчання соціальним навичкам. А. Венгер рекомендує включати в психотерапевтичний процес членів сім'ї, родичів, друзів і проводити груповий дебрифінг. Він зазначає, що тільки мультимодальний підхід, тобто використання арт-терапії, ігрової терапії, релаксаційних технік, поведінкових технік спрямованих на відреагування агресії, зонування реабілітаційного простору (зона сюжетно-рольової гри, конструктивної діяльності, спортивних занять, відреагування агресії, творчої діяльності) ефективно при корекційній роботі дітей і підлітків. Великого значення в покращенні психічного стану дітей та підлітків можуть мати групи підтримки дитини. Мета роботи групи - заохочувати дітей в їх бажанні поділитися своїм досвідом, думками та переживаннями; так вони глибше усвідомлюють всілякі обставини і самих себе в них. Діти отримують можливість аналізувати свій власний випадок, свої реакції на травматичну ситуацію і те, яким чином це впливає на їх психічний стан. У групі аналізується різна тематика, яка об'єднує проблеми горя, пережитої травми і концепції цілісності, чіткості, самоаналізу і самосвідомості [33, 34, 35, 39, 41].

Для надання психологічної допомоги при дитячо-батьківських проблемах широко використовується індивідуальне консультування, яке включає в себе індивідуальне консультування як батьків, так і дітей (підлітків).

Принципи складання психокорекційних програм. Для корекції емоційних і поведінкових порушень у дітей необхідно створити спеціальні психолого-педагогічні умови, які передбачають [22, 34, 41, 47]:

1. Створення корекційної програми з урахуванням особливостей емоційних розладів та особистості дитини, які мають афективний, когнітивний, соматичний і поведінковий аспект.

2. Проведення корекції згідно відповідних методик, технік і принципів.

В організації простору в корекції дітей враховується безпека, комфорт, естетика, освітленість приміщення.

У корекції виділяють три етапи, які мають свої методичні прийоми, що забезпечують рішення поставлених завдань.

Перший етап «Орієнтаційний» (2-а заняття). Включає використання прийомів, які забезпечують створення доброзичливої, безпечної ситуації, де учасник відчуває взаєморозуміння, підтримку, бажання допомогти у вирішенні проблем (розважальні ігри, предметні і рухливі ігри).

Другий етап «Корекційно-терапевтичний» (3-8 занять). Здійснює основну психокорекційну роботу. Крім корекції емоційно-особистісних порушень і навчання соціально бажаним формам спілкування, видобуваються діагностичні дані стосовно психологічних особливостей дитини. Використовуються ігрові (з прийняттям ролей, правил тощо), а також неігрові прийоми (релаксація; спільна діяльність, читання казок, оповідань; образотворча діяльність).

Третій етап «Завершальний, контрольний» (2 заняття). Включає закріплення отриманих навичок.

На цьому етапі активно використовується добровільна участь батьків. Застосовуються різноманітні ігрові та неігрові прийоми, перевіряються вміння запобігти конфліктним ситуаціям, сприяють взаєморозумінню з батьками, рефлексії та контролю за своєю поведінкою.

У побудові корекційної програми використовується еволюційний алгоритм психофізичного розвитку людини (звук-образ-рух) і враховується поступовість, покроковість занурення дитини в теми, які тісно пов'язані з травмою. Використовується така покрокова корекційна схема:

1 крок: дослідження приємних і неприємних емоційних станів у «інших» (радість, страх, тривога, злість і ін.).

Методи:

- Казки, історії, бесіди про приємні і неприємні емоційні стани у «інших» (тварини, діти, дорослі).
- Малюнок емоційних станів (приємних і неприємних) у «інших».

• Психогімнастика, ігри-драматизації з різними проявами емоційних станів у «інших».

2 крок: вивчення абстрактних приємних і неприємних емоційних станів (де в тілі з'являються? як зовні виражаються? якого можуть бути кольору? якої форми? що змушують відчувати, думати, робити?).

Методи:

- Казки, історії, бесіди про емоції;
- Малюнок емоцій (намалюй страх та ін.);
- Психогімнастика, ігри-драматизації з абстрактними емоціями.

3 крок: дослідження приємних і неприємних емоційних станів у себе; переформування, зміна неприємного емоційного стану, розрядка емоцій.

Методи:

- Бесіда про свої емоційні переживання (в минулому і сьогодні).
- Малюнок своїх емоційних переживань.
- Зміна своїх переживань в малюнку, в оповіданні і в грі (покарати переживання, штриховка, прогнати, зробити смішним, домовитися ...).

• Ігри для емоційної розрядки, релаксація.

4 крок: усвідомлення і промовляння емоційних переживань у себе і у «інших»; пошук зовнішніх і внутрішніх причин дій, вчинків у себе і у «інших»; аналіз перспектив вчинку.

Методи:

- Казки, історії, бесіди про вчинки.
- Малюнок позитивних змін (комікси з чотирьох картинок, наприклад «Як перестати битися»)
- Психогімнастика, ігри-драматизації з різними варіантами позитивних змін.

5 крок: створення нових моделей реагування на минулі стимули; усвідомлення правил, навчання самопомоги.

Методи:

- Ігри, вправи для закріплення нових моделей реагування на минулі стимули з використанням зовнішнього контролю (картки, секретні жести, пароль); для розвитку внутрішнього контролю («чарівні слова для сміливості», для самоконтролю та ін.)
- Вправи для роботи з чутливістю і рефлексією своїх індивідуальних

особливостей (мімічні, поведінкові, психофізіологічні реакції та ін.).

• Ігри для емоційної розрядки, ігри для дихання, ігри для розвитку м'язового контролю.

Корекційні програми відрізняються тематикою ігор, вправ і динамікою. Агресивним дітям пропонується більше фізично активних ігрових форм на початку реалізації програми. Тривожно-фобічні діти позитивно ставляться до спокійних, статичних ігрових форм на початку корекційної програми.

Психолог використовує спокійну, розмірену мову.

Використана література

1. Абраменкова В. В. Социальная психология детства: учебное пособие. М.: ПЕРСЭ, 2008. 431 с.
2. Ананьев Б. Личность, субъект деятельности, индивидуальность. М.: Директ-Медиа, 2008. 134 с.
3. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
4. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
5. Бойко В. В. Энергия эмоций: монография. 2-е изд., доп. и перераб. СПб.: Питер, 2004. 473 с.
6. Боулби Д. Привязанность. М.: Гардарики. 2003. 477 с.
7. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб: Питер, 2001. 352 с.
8. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
9. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник / О. В. Скрипченко та ін. К.: Каравела, 2012. 400 с.
10. Выготский Л. С. Психология развития человека. М.: Смысл, 2003. 1136 с.
11. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. СПб.: АО «Сфера», 1994. 160 с.
12. Гарбузов В. И. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977. 210 с.
13. Гарднер Р. Психотерапия детских проблем. СПб: Речь, 2002. 416 с.
14. Герило Г. М., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Луценко Ю. А. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / заг. ред. Ю. А. Луценко. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.
15. Готовність дитини до школи / Л. Богуславська та ін.; за ред. С. Максименка. К.: Главник, 2004. 112 с.
16. Заброцький М. Основи вікової психології. Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2001. 112 с.
17. Заваденко Н. Н. Школьная дезадаптация: психоневрологические и нейропсихологические исследования. Вопросы психологии. 1999. № 4. С. 21–28.
18. Захаров А. И. Как преодолеть страхи детей. М.: Педагогика, 1986. 145 с.
19. Захаров А. И. Групповая психотерапия при неврозах детского возраста. Методические рекомендации. Л., 1979. 92 с.
20. Изард К. Психология эмоций. СПб: Питер, 2002. 460 с.
21. Кендалл Ф. Психотерапия детей и подростков. СПб: Питер, 2004. 432 с.
22. Корнієнко І. О., Лісовецька І. М., Луценко Ю. А., Романовська Д. Д. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям-жертвам військового конфлікту: практ. посіб. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
23. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. 9-е изд. СПб: Питер. 2005. 940 с.
24. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Суми: Університетська книга, 2006. 384 с.
25. Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. М.: Образование. 1989. 95 с.
26. Леонтьев А. А. Психология общения. М.: 1999. 187 с.
27. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: в 2 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 1. 381 с.; Т. 2. 318 с.
28. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога. М. Эксмо, 2004. 896 с.

29. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога. М. Эксмо, 2005. 960 с.

30. Музиченко І. В., Ткачук І. І. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.]. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

31. Основи психології: підручник для студ. вищих навч. закл. / О. В. Киричук (заг.ред.), В. А. Роменець (заг.ред.). 6-те вид. К.: Либідь, 2006. 632с.

32. Общая психология: учебник для студ. пед. институтов / под ред. А. В. Петровского. М.: Просвещение, 1986. 464 с.

33. Панок В. Г., Гаркавенко З. О., Карагодіна О. Г., Шапошнікова А. С. Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в складних життєвих обставинах: метод. рек. [2-е вид., стереотип.]. К.: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 76 с.

34. Панок В. Г., Мельник А. А. Діяльність психологічної служби системи освіти у наданні допомоги постраждалим від збройного конфлікту на Сході України. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 32 с.

35. Панок В. Г., Острова В. Д. Соціально-педагогічна діагностика дітей та родин, які опинились в складних життєвих обставинах. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. 68 с.

36. Панфилова М. А. Эмоционально-поведенческая коррекция детей. Учебное пособие. Москва, 2013. 80 с.

37. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Москва-Воронеж. 2000. 304 с.

38. Психология личности: Словарь - довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001. 320 с.

39. Психотерапія – нова наука про людину / Альфред Приц (ред.) Ю. Прохасько (пер.з нім.). Львів: Електрон, 1998. 391с.

40. Савчин М. В. Вікова психологія: навч. посібник. К.: Академ-видав, 2009. 359 с.

41. Ткачук І. І. Психолого-педагогічний супровід особистісного і професійного самовизначення старшокласників, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок військових конфліктів /

наук. ред. В. Г. Панок. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 78 с.

42. Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы. СПб. : Алетейя, 1997. 295 с.

43. Шапар В. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2005. 640 с.

44. Шостром Э. Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапии. СПб.: Сова, 2002. 624 с.

45. Щербатых Ю. Психология страха. Воронеж: ВФ МГЭИ, 2006. 129 с.

46. Шліппе Аріст фон. Системна психотерапія та консультування: навч. посіб. для психіатрів, психотерапевтів, психологів. Л. : ВНТЛ-Класика, 2004. 320 с.

47. Яценко Т. С. Основи глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: навч. посібник для студ. вищих навч. закл. К. : Вища школа, 2006. 382 с.

48. Cattell R. B. The birth of the Society of Multivariate Experimental Psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 1990. № 26. P. 48-57

5. Практичні аспекти формування соціально-психологічних компетентностей у учнів і молоді, що пережили кризові події

Політична невирішеність ситуації на сході країни призвела до нових викликів щодо надання психосоціальної допомоги населенню, котре проживає в безпосередній близькості до лінії розмежування, в населених пунктах Донецької і Луганської областей тощо. Починаючи з 2017 року більшість міжнародних гуманітарних та громадських організацій значно зменшили активність щодо надання психосоціальних послуг. Перш за все це зумовлено тим, що за міжнародними ознаками ситуація в Україні не підпадає під визначення «emergency situation». За таких умов діяльність вказаних організацій переходить від категорії «допомога» (help) до категорії «підтримка, розвиток» (development and sustainability), а отже ті практики, які застосовуються в інших країнах в умовах надзвичайної ситуації мають бути видозмінені. Зокрема, перша **психологічна** та вторинна **психосоціальна** допомога населенню була активно забезпечена в перші роки військових дій (2015-2016 роки). Такий напрям вимагав навчання персоналу та забезпечення супервізії в практичній діяльності: психологів, соціальних працівників, що було забезпечено міжнародними та національними організаціями, експертами у відповідності до піраміди інтервенцій [6]. Слід констатувати, що акцент щодо надання психосоціальної допомоги дітям і дорослим з внутрішньо переміщених родин, а також тим, хто проживає в безпосередній близькості до лінії розмежування приніс свої результати – більшість з них успішно подолали наслідки стресу, психологічних травм, адаптувалися за новим місцем проживання, в нових дитячих та робочих колективах, локальних громадах.

З огляду на окреслені обставини перед психологами постає нове завдання розроблення і впровадження системи роботи з дітьми і підлітками, яка буде спрямована на формування важливих життєвих навичок, в тому числі навичок самоідентифікації, самопре-

зентації, пошуку ресурсів, подолання негативних наслідків стресу, відпрацювання алгоритмів самозбереження, навичок роботи в команді, лідерства, ефективної комунікації, уміння вирішувати конфлікти тощо. За модель може бути взята практика Ізраїлю, згідно якої основні ресурси вкладаються в підготовку і розвиток стресостійкості, а не у подолання наслідків психотравмуючих подій. Мешканці країни, в тому числі діти з дошкільного віку, озброєні алгоритмом дій у надзвичайній ситуації, проходять програму розвитку важливих навичок надання першої допомоги, в тому числі самопомоги, володіють навичками відновлення і подолання стресу. Таким чином, важливим питанням у наданні психосоціальної допомоги населенню в умовах гібридної війни є формування відповідних життєвих навичок (компетентностей).

Формування соціально-психологічних компетентностей учнів і молоді визначено як один з пріоритетних напрямів освітньої політики України. Зокрема, концепція нової української школи (НУШ) передбачає розробку, затвердження та запровадження нового державного стандарту базової середньої освіти з урахуванням **компетентностей**, необхідних для успішної самореалізації особистості.¹

До таких ключових компетентностей віднесено:

1. *Спілкування державною (і рідною у разі відмінності) мовами.* Здатність реагувати мовними засобами на повний спектр соціальних і культурних явищ – у навчанні, на роботі, вдома, у вільний час. Усвідомлення ролі ефективного спілкування.

2. *Спілкування іноземними мовами.* Уміння посередницької діяльності та міжкультурного спілкування.

3. *Математична грамотність.* Уміння застосовувати математичні (числові та геометричні) методи для вирішення прикладних завдань у різних сферах діяльності. Здатність до розуміння і використання простих математичних моделей. Уміння будувати такі моделі для вирішення проблем.

4. *Компетентності в природничих науках і технологіях.* Уміння застосовувати науковий метод, спостерігати, аналізувати, формулювати гіпотези, збирати дані, проводити експерименти, аналізувати результати.

1

<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249613934>

5. *Інформаційно-цифрова компетентність* передбачає впевнене, а водночас критичне застосування інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для створення, пошуку, обробки, обміну інформацією на роботі, в публічному просторі та приватному спілкуванні.

6. *Уміння навчатися впродовж життя*. Здатність до пошуку та засвоєння нових знань, набуття нових вмінь і навичок, організації навчального процесу (власного і колективного), зокрема через ефективне керування ресурсами та інформаційними потоками, вміння визначати навчальні цілі та способи їх досягнення, вибудовувати свою навчальну траєкторію, оцінювати власні результати навчання, навчатися впродовж життя.

7. *Соціальні і громадянські компетентності*. Усі форми поведінки, які потрібні для ефективної та конструктивної участі у громадському житті, на роботі. Уміння працювати з іншими на результат, попереджати і розв'язувати конфлікти, досягати компромісів.

8. *Підприємливість*. Уміння генерувати нові ідеї й ініціативи та втілювати їх у життя з метою підвищення як власного соціального статусу та добробуту, так і розвитку суспільства і держави. Здатність до підприємницького ризику.

9. *Загальнокультурна грамотність*. Ця компетентність передбачає глибоке розуміння власної національної ідентичності як підґрунтя відкритого ставлення та поваги до розмаїття культурного вираження інших.

10. *Екологічна грамотність і здорове життя*. Уміння розумно та раціонально користуватися природними ресурсами в рамках сталого розвитку, усвідомлення ролі навколишнього середовища для життя і здоров'я людини, здатність і бажання дотримуватися здорового способу життя.

У цьому розділі використано скорочене тлумачення зазначених компетентностей в прив'язці до соціально-психологічного аспекту, тобто ми спробувати розглянути лише ті аспекти, які можуть бути віднесені до важливих життєвих навичок, які формуватимуться у дітей і підлітків через спеціально організовані соціально-психологічні інтервенції (втручання, впливи).

Аналіз особливостей організації навчального процесу дозволяє зробити припущення про те, що частина з представлених вище

ключових компетентностей формуватиметься наскрізно в процесі вивчення навчальних предметів (наприклад, володіння державною мовою, уміння навчатися впродовж життя, соціальні і громадянські компетентності), а частина – через інші організаційні форми наприклад: тренінги, виховні години, соціальні проекти тощо.

В контексті формування соціально-психологічних компетентностей учнів і молоді, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій на сході України, актуальним залишається питання рівня стресостійкості самих педагогів, володіння ними навичками самовідновлення, контролю психоемоційного стану, а також від розуміння і прийняття змін у поведінці, мисленні, системі цінностей самих учнів.

Соціально-психологічна компетентність (психосоціальна в іноземних джерелах) – це здатність людини ефективно відповідати вимогам та викликам повсякденного життя. Це здатність людини підтримувати стан психічного благополуччя і демонструвати це в адаптивній і позитивній поведінці, взаємодіючи з іншими та своєю культурою, середовищем. Формування такої компетентності підвищує ресурси людини для вирішення проблем, які виникатимуть в житті і комунікації. Соціально-психологічна компетентність також заохочує народи жити щасливо в співіснуванні з оточенням.

Життєві навички, які є навичками адаптивної та позитивної поведінки, дозволяють людям підвищити соціально-психологічну компетентність. Характер і визначення життєвих навичок, відрізняються в різних культурах і суспільствах. Життєвих навичок безліч; однак їх аналіз свідчить про те, що існує основний набір, який є базовим, основним. До таких фундаментальних життєвих навичок відносять такі: прийняття рішень, вирішення проблем, творче мислення, критичне мислення, ефективне спілкування, самоідентифікація (розуміння себе, мотивів власної поведінки, системи цінностей), емпатія, керування емоціями і подолання стресу.

Питання формування в учнів та молоді ключових життєвих компетентностей є актуальним і пріоритетним завданням сучасної школи, яке допоможе підвищити якість адаптації до умов, що постійно змінюються.

Практичні аспекти формування соціально-психологічної ком-

петентності учнів. Робота з цього напрямку може проводитися як в індивідуальній так і груповій формах. У першому випадку психолог, соціальний педагог організовує зустріч з метою проведення бесіди, інтерв'ю чи виконання вправ. Встановлено, що найбільш ефективними є форми роботи, які передбачають виконання учнем завдань самотійно або у супроводі дорослого. Консультант має стати «довірною особою» для дитини, тобто тим, хто розуміє і приймає її цінності, ставлення, переконання.

Індивідуальна робота з формування соціально-психологічних компетентностей повинна враховувати вік дитини, особливості розвитку, соціальний стан, оточення. Реалізуючи програму формування важливих життєвих навичок в закладах професійної освіти Донецької області ми зіткнулися з проблемою, що у окремих дітей було визначено низький рівень розвитку психічних процесів, відповідно до дітей такого віку, що спричинило неспроможність опанування ними запропонованого матеріалу. Наприклад серед понять, які обговорювалися в ході програми були «прокрастинація», «критерії постановки цілей SMART», «Матриця Ейзенхауера» та ін. Умовою ефективної роботи консультанта є чітке розуміння самих понять і підбір такого тлумачення, яке буде зрозумілим для дитини. Наприклад, «прокрастинацію» можна пояснити як «нехватку часу» або «помилкове планування часу» тощо. Таким чином врахування окреслених вище вимог впливатиме на ефективність роботи.

Організація роботи з учнями, які опинилися в складних життєвих умовах через військові дії повинна базуватися на створенні безпечних умов. Без цього рухатися далі не можливо. Саме безпека стане запорукою швидкого встановлення довіри між дитиною і консультантом. Відомі випадки, коли учні і студенти проживають на підконтрольній Уряду України території, але навчаються на іншій стороні від лінії розмежування. Таким чином вони відчують щоденний стрес як від самого перетину лінії розмежування (що несе пряму загрозу життю дитини), так і від того, що стикається з різними цінностями, переконаннями, установками, ставленнями. Зокрема батьки говорять вдома про скору перемогу над Україною, про те, як в Україні погано, однак перебуваючи в навчальному закладі дитина стикається з протилежною інформацією. Така ситуація загрозна для дитини.

На першому етапі консультант встановлює контакт через знаходження спільних тем для розмови. Автор мотиваційного консультування У. Міллер вважав, що головним має стати спільний інтерес між консультантом і клієнтом [10]. Слід врахувати, що пошук спільних інтересів не має бути схожим на допит, на кшталт «А скажи мені...». Навпаки, в ситуації роботи з хлопцями, консультант може почати з того як проходила остання гра в футбол, або запитати як знайти сучасну музику на інтернет ресурсах та інше. У випадку роботи з дівчатами, консультант може показати якусь сукню в журналі і запитати, що з цього приводу думає підліток. Як правило такі «точки дотику» є надійними провідниками консультанта на шляху встановлення довіри і підтвердження безпеки.

На другому етапі психологу важливо пояснити мету зустрічей, кінцеву ціль, обговорити спільні правила роботи, замотивувати дитину до роботи.

Після того як дитина відчула безпеку, на другому етапі, ми пропонуємо спільно з дитиною скласти список важливих життєвих компетентностей (навичок). Консультант може поставити пряме запитання: «Давай подумаємо, що людині важливо вміти, щоб жити гарно?». Вміле керування процесом обговорення призведе до складання списку таких компетентностей. Далі консультанту важливо відокремити ті, над якими вони працюватимуть в ході індивідуальної роботи від решти, при цьому наголосивши на важливості всіх навичок, які увійшли до списку [5, 7].

На третьому етапі починається власне робота з формування соціально-психологічних компетентностей. Ми пропонуємо наступну структуру зустрічей: 1) привітання налагодження контакту; 2) повідомлення теми, яка буде обговорюватися сьогодні; 3) пригадування правил; 4) розгляд теми (основна частина); 5) підведення підсумків; 6) домашнє завдання на закріплення нових навичок.

Визначені етапи добре відомі психологам, оскільки повторюють технологію психологічного консультування. Далі ми зупинимось на приблизній тематиці і змісті роботи щодо розвитку соціально-психологічної компетентності. Теми, які ми пропонуємо включити в роботу з даного напрямку:

1. Хто Я?, Який Я? (заняття спрямовані на самоідентифікацію ди-

тини, визнання сильних і слабких сторін, пошук внутрішніх ресурсів і мотивації для самопізнання). Консультант може використати вправи «Бінго», «Колесо життя», «Візитка», «Мій герб» та ін. За умови досвіду роботи з асоціативними картками можна запропонувати дитині вибрати картки, які асоціюються з власною особистістю і розібрати їх зміст. Окремим завданням в роботі зі старшими підлітками є формування практичних навичок самопрезентації, що стане важливим при обговоренні теми майбутньої професії чи навчання.

2. «Спілкування і взаємодія» (зміст занять передбачає визначення місця і значення комунікації і взаємодії в житті людини і конкретно дитини. Це дасть неоціненний матеріал для консультанта в розумінні особливостей мікросоціального оточення дитини. Наприклад, дитина може зізнатися, що вдома часто бувають сварки і всі проблемні питання вирішуються криком, або про ізоляцію від учнівського колективу, факти насильства чи булінгу. Завдання консультанта – дати іншу модель спілкування і взаємодії, в тому числі через організовані зустрічі. Він може спровокувати дитину запитанням: «А ось під час наших зустрічей ми все вирішуємо мирним шляхом, про все можемо домовитися, хоча часто сперечаємося. В чому перевага такого спілкування, або що воно нам обом дає?». У випадку виявлення фактів ізоляції, булінгу чи насильства зі сторони однолітків необхідно розпочати роботу з класом, організувати тренінгові заняття за темами «Ненасильницьке спілкування», «Ефективна комунікація», «Побудова команди». Такі тренінги спрямовані на подолання негативних явищ і покращення статусу, місця окремих дітей в учнівських колективах. Окремим аспектом даної теми є формування уміння сказати «Ні» в ризикованій ситуації та навички асертивної відмови).

3. Конфлікти і способи їх вирішення (діти, які опинилися в складних життєвих обставинах часто стають причиною або учасниками конфліктів. За таких умов вказана тема набуває особливого значення. Ми пропонуємо обговорити саме поняття «конфлікт», виділити його ознаки, обговорити почуття учасників під час і після конфлікту. Якщо консультант володіє навичками медіації він знайомить дитину з філософією відновного підходу, технікою медіації. Окремо слід обговорити 5 способів вирішення конфліктів та наслідки кожного з них для учасників. Головним завданням є формування нових

навичок вирішення конфліктів на основі відмежування інтересів та позицій сторін конфлікту).

4. Управління часом та планування (проблема планування і раціонального використання часу актуальна для всіх підлітків. Робота може розпочинатися із заповнення «Щоденника справ» і аналізу того, куди час «втікає». Так дитина знайомиться з поняттям «прокрастинація». Далі робота спрямована на формування навичок керування часом. Дитині пропонується спробувати раціонально спланувати свій день, тиждень використовуючи нові методи «Перевернутий календар», «Планування навпаки» та ін. Важливо обговорити перші здобутки дитини і наслідки керування часом). Консультант заохочує дитину до вдосконалення сформованих навичок через домашнє завдання, яке пов'язане з темою заняття. Наприклад, можна дати завдання підготувати інформацію про Матрицю Ейзенхауера та заповнити її під час наступної зустрічі).

5. Лідерство і командна робота (таку тему простіше давати в груповій формі роботи, однак і під час індивідуальної роботи вона підлягає обговоренню. Консультанту важливо зрозуміти, чи були випадки в житті у дитини, кола вона була лідером, чи проявляє вона лідерські навички в класі, чи залучена до командної роботи? Можна обговорити питання лідерства в сім'ї і групової роботи, наприклад під час генерального прибирання будинку. У випадку, якщо у дитини досвіду бути лідером не було, консультант організує кілька практичних вправ, в яких дитина буде ведучим, а консультант – залежним, наприклад побудувати Ейфелеву вежу використовуючи клей, скоч, папір однією рукою. При цьому важливо дати час для обговорення стратегії спільної роботи, тобто дати дитині шанс проявити лідерські навички).

6. Здоров'я – мій скарб (тема занадто широка, тому практичні вправи і теоретичний матеріал залежатимуть від віку дитини і її життєвої ситуації щодо здоров'я. Наприклад з маленькими дітьми можна обговорити питання гігієни, з середніми підлітками – про шкідливі звички та їх вплив на здоров'я, про уміння доглядати за своїм тілом. Зі старшими школярами можна обговорити питання інтимних стосунків, ранньої вагітності, шкідливих звичок. Консультант має подолати власні комплекси і говорити про інтимні речі правдиво і відверто, оскільки дитина відразу відчує неправду або скованість.

Щодо обговорення шкідливості алкоголю, то консультант може використати вправу із змісту інформаційно-просвітницької програми «Сімейна розмова» [2].

7. Світ моїх емоцій (тема, яка включає безліч підтем, починаючи від того, як ідентифікувати свої почуття та почуття іншої людини до того, як подолати стрес чи гнів. Розгляд таких емоцій як злість, гнів, образа дозволить перевести їх з розряду заборонених до розряду визнаних. Таким чином, дитина визнає всі свої почуття та їх прояви, а також почуття іншого, що дозволить покращити психологічне самопочуття і сприятиме налагодженню конструктивної взаємодії. Окремою підтемою є стрес, його наслідки та способи їх долання).

8. Цінності (Ця тема буде складною для розуміння дітей та молодших підлітків, однак цінною в роботі зі старшими школярами. Аналіз системи цінностей дозволить упередити внутрішньоособистісні конфлікти. Особливо ця тема важлива в тих випадках, коли діти навчаються на підконтрольній території, а проживають на іншій, стикаючись з абсолютно протилежними поглядами і ставленнями до однієї і тієї ж ситуації).

9. Дружба, інтимні стосунки (Питання дружби актуальне для школярів будь-якого віку. Натомість тема стосунків, в тому числі інтимних, важлива для середніх і старших підлітків. В контексті даної теми важливо обговорити питання різниці між знайомими і друзями, критерії дружби, взаємна симпатія і способи її прояву. Тема інтимних стосунків перекликатиметься з темою «Здоров'я», тому можна зупинитися на психологічній та фізіологічній готовності до інтимних стосунків, безпечного сексу тощо)

10. Особиста безпека (Дана тема стає надзвичайно актуальною з огляду на зростаючу кількість загроз навколишнього світу щодо дитини. Ми пропонуємо розглянути дану тему з усіма віковими категоріями дітей. Наприклад з молодшими школярами можна розглянути питання поведінки на вулиці, та поведінки учасника дорожнього руху, наприклад катання на велосипеді тощо. Тема стосунків з невідомими дорослими, які щось вимагають або пропонують є наскрізною в даному модулі, і знову ж таки адаптивною для всіх вікових категорій. Важливо встановити зв'язок з темою спілкування, а саме з правилами асертивної відмови, та алгоритму, як сказати «Ні».

Окремим питанням для обговорення має стати безпека в інтернет мережах).

Описані вище модулі можуть розглядатися в межах однієї чи кількох зустрічей, в залежності від рівня розвитку дитини, ступіню її занедбаності. Водночас, з огляду на життєву ситуацію дитини, консультант може обрати ті теми для обговорення, які релевантні історії дитини.

В основі індивідуальної роботи з дитиною лежать принципи мотиваційного консультування розроблені Міллером і Роллніком [10].

Як ми вказували раніше, концепція мотиваційного консультування виникла з досвіду лікування пацієнтів з проблемами вживання алкоголю. Міллером та Роллніком була розроблена модель консультування – мотиваційне інтерв'ювання, яке визначалося як тривала розмова про зміни, направлена у певний спосіб та за допомогою особливого стилю роботи консультанта таким чином, що основна роль в цій розмові належить самому клієнту. Консультант заохочує клієнта говорити про сумніви і перешкоди, про власну мотивацію до змін для того, щоб прийняти відповідне рішення з приводу власної поведінки.

На даний момент найкращим визначенням вказаного терміну є: «Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиенто-центристский стиль консультирования, направленный на то, чтобы вызвать изменения в поведении клиента посредством анализа и разрешения амбивалентности» [10].

Таким чином, мотиваційне інтерв'ювання – це процес, коли двоє і більше людей спільно розглядають стимули, які стимулюють людину до прийняття рішень чи дій або бездіяльності відносно якоїсь ситуації [10].

Основи мотиваційного консультування набувають особливої значущості саме у випадках індивідуальної роботи з дітьми, батьками, які опинилися в складних життєвих обставинах, внаслідок військових дій на сході країни.

Використана література

1. Байкенов Е. Б. Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи : метод. рек. Павлодар, 2010. С. 9.

2. Вієвський А.М., Лепеха К.І., Лунченко Н.В., Луценко Ю.А. та ін. «Відверта розмова» факультативний курс для учнів 7-8 класів. *Збірник програм факультативних курсів, курсів за вибором та спецкурсів для застосування в роботі працівниками психологічної служби загальноосвітніх навчальних закладів* / за наук. ред. В. Г. Панка. К. : Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см.

3. Герило Г. М., Гніда Т. Б., Корнієнко І. О., Луценко Ю. А. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.

4. Головань М. С. Компетенція і компетентність: досвід теорії, теорія досвіду. *Вища освіта України*. 2008. №3. С. 23–30.

5. Захист прав дитини в діяльності соціального педагога навчального закладу : метод. рек. / под. ред.: В. Г. Панка, Ю. А. Луценко. К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. 72 с.

6. Керівництво МКП з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.

7. Корнієнко І. О., Лісовецька І. М., Луценко Ю. А., Романовська Д. Д. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту : практ. посіб. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.

8. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали V Міжнар. наук.-прак. конф. м. Суми, 28 лют. – 1 берез. 2019 р. Суми : СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2019. 476 с.

9. Manjunatha N., Saddichha S. Universal mental health program: An extension of life skills education to promote child mental health. *Indian J. Psychiatry*. 2011. Jan-Mar, 53(1). P. 77–78. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056196/>

10. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing : Helping People Change*. 3rd ed. NY : Guilford Press. 2012. 482 p.

6. Розвиток батьківської компетентності у системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, які пережили травмуючі події в процесі консультування

Батьківська компетентність. Категорії сучасних батьків. Тривалий військовий конфлікт на території України спричинив появу нових соціально вразливих категорій населення. Це зумовило необхідність створення нових підходів у роботі з дітьми, сім'ї яких опинилися в складних життєвих обставинах (далі СЖО) внаслідок військових дій. Проте, працівники психологічної служби добре розуміють, що жодна психологічна діагностика, профілактика, корекційна робота не принесе бажаних результатів, якщо вона проводиться лише у садочку/школі. Для отримання суттєвих змін у психоемоційному стані усіх членів родини основну увагу необхідно приділити роботі із батьками.

Добре відомо, що сім'я та родинне виховання є першим природним середовищем для всебічного розвитку дитини. По-перше, саме батьки, які знаходяться в гармонійному стані можуть виховати фізично, психічно, духовно здорову дитину, яка розуміє, що з нею відбувається, чого вона хоче (індивідуальний рівень розвитку). По-друге, сім'я створює умови для розвитку особистості й контакту з близькими людьми, вчиться турбуватися про інших, будувати стосунки (сімейний рівень). По-третє, здорові стосунки в сім'ї закладають потужний фундамент взаємин у житті дитини, що їй знадобиться при побудові взаємовідносин за межами родини, входження та адаптації у соціумі, та буде тилом, у який можна повернутися для відновлення сил, отримання мудрих порад (рівень середовища).

Батьківська компетентність це наявність знань, вмінь, навичок, необхідних для розв'язання проблем, що виникають під час виконання батьківської функції [8].

Батьківську компетентність Нагула О. Л. розуміє як комплексну динамічну характеристику подружньої пари, що проявляється у актуальній здібності до якісного виконання батьківських функцій

стосовно народження, догляду, виховання та розвитку дітей [7].

Психологічний аспект батьківської компетентності, на думку Г. М. Хворової, передбачає здатність використовувати наявні знання, вміння, навички, тобто безпосередньо цю функцію виконувати та отримувати соціально схвальний результат – вирішення тої чи іншої проблеми [13].

Батьківська компетентність в системі психосоціальної допомоги сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій це багаторівневий процес, що включає, по-перше, вміння допомогти собі в нормалізації психоемоційного стану, працездатності, що включає психосоціальну компетентність батьків, їх психологічну культуру, по-друге, емпатійність, здатність допомогти дітям в емоційній саморегуляції, нормалізації їх фізичного та ментального стану.

Отже, *психологічний аспект батьківської компетентності у сім'ях СЖО внаслідок військових дій* включає сукупність знань вікової психології, психічних станів, умінь розуміти у себе та дитини психоемоційний стан, керувати своїм станом та бути здатним навчати дитину такій саморегуляції, навичок із психосоціальної допомоги собі й дитині, способів мислення, поглядів та особистісних якостей, що сприяють успішному контакту із оточуючими та соціумом у самореалізації та самовдосконаленні.

Сім'ї СЖО внаслідок військових дій стикаються з такими проблемами:

- *порушення емоційної сфери* дитини і дорослих: поява страхів, хвилювання, плаксивість, розлади сну та настрою;
- *порушення когнітивної сфери*: розсіяність, неухважність;
- *порушення комунікативної сфери*: агресивність, замкненість, недовіра до людей із найближчого оточення [6].

Отже, психосоціальна допомога дітям і їх батькам з сімей СЖО має бути спрямована на нормалізацію їх психоемоційного стану, подолання негативних психологічних наслідків травмуючих подій, профілактику соціально-небезпечних явищ у дитячому та сімейному середовищі, відновленню та розвитку психічного здоров'я родини.

Окрему увагу потребують сім'ї, батьки в яких:

- знаходяться в зоні військових дій – робота психолога з дру-

жиною військового;

- загинули під час виконання службових обов'язків – робота з втратою;
- повернулися із зони бойових дій – питання ресоціалізації.

Психосоціальна допомога дітям та їх батькам, які опинились у СЖО внаслідок військових дій будується за Комплексною моделлю психосоціальної допомоги та Пірамідою психосоціальних інтервенцій [2] й здійснюється на трьох рівнях:

1. Соціальна та соціально-педагогічна допомога, що задовольняє базові потреби (їжа, житло), медичне обслуговування, соціальні виплати тощо. Таку допомогу втілюють соціальні та юридичні служби, медичні заклади, громадські, благодійні та інші організації, заклади освіти. Одним із завдань соціального педагога, громадського інспектора та вчителів є інформування батьків про такі служби та допомогу, яку вони здійснюють. Психологічна допомога батькам та дітям здійснюється на рівні емоційної підтримки, що можуть надавати друзі, соціальні працівники центрів та служб, педагоги закладів освіти.

2. Психологічна допомога дітям та батькам з проявами психосоціального стресу, поведінковими проявами, порушеннями комунікативної сфери здійснюється практичним психологом закладу освіти, психологами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, психологами громадських організацій у формі індивідуальних та групових консультацій, груп підтримки тощо.

3. Спеціальна допомога реалізується фахівцями медичної сфери (невропатолог, психотерапевт, психіатр) у разі посттравматичних стресових розладів, депресії, панічних станів та фахівцями психологічної служби, які практикують психотерапію у разі тривожних станів, розладів сну, страхів.

Якщо практичний психолог закладу освіти не має відповідної кваліфікації, досвіду чи особистої готовності до роботи з даними темами чи такою категорією батьків, то під час консультації необхідно перенаправити батьків до відповідних центрів надання психосоціальної допомоги у громаді.

Для надання психосоціальної допомоги батькам у закладі освіти розглянемо категорії сучасних батьків, з якими доводиться працювати фахівцям психологічної служби.

Дослідження групи практичних психологів Харківської області розкрило *такі основні категорії сучасних батьків*:

1. Зацікавлені, допитливі, активні, емоційно відкриті – приходять, цікавляться результатами, слухають, обговорюють, діють – готові до взаємодії із педагогами та закладом освіти.

2. Розумні – мають майже енциклопедичні знання та діють, прогресивні, цікавляться психологією та педагогікою, мають вищу педагогічну чи психологічну освіту.

3. Турботливі – тривожні батьки, які народили дитину у зрілому віці, або дитина була хворобливою від народження чи народилася у тяжких пологах. Такі батьки демонструють гіперопіку, бажання зроби́ти для дитини найкраще, іноді примусово.

4. Претензійні – батьки, які вважають що їм всі винні, вимагають в закладі освіти різні види послуг та допомоги, самі більшою мірою не готові працювати а ні з власною дитиною, а ні тим паче над собою. До цієї групи відносимо батьків із завищеними вимогами до закладу освіти, батьків, які займають керівні посади, приходять за готовим результатом, батьки, які не обговорюють проблему, а йдуть скаржитись, конфліктні, самовпевнені та ті, які сплатили благодійні внески закладу освіти й вимагають весь спектр послуг.

5. Закриті – батьки, які не бажать, аби сторонні фахівці втручалися в їх життя, та вказували, що їм робити. До цієї групи відносимо батьків, які належать до сект, релігійних групи та організації, батьки, що не визнають проблему.

6. Зайняті – батьки, які не можуть повноцінно виконувати свої батьківські обов'язки через актуальні проблеми, серед яких розлучення, смерть близької людини, надмірна зайнятість на роботі.

7. Травмовані – батьки, які виховувались без власних батьків, ставали жертвами домашнього насильства, батьки із залежністю та співзалежністю.

8. Некомпетентні – батьки, які не мають досвіду батьківства (молоді батьки), порівнюють свою дитину із собою чи зі старшими/іншими дітьми як приклад для наслідування, які не цікавляться питанням виховання дитини, неосвічені.

9. Недбалі – батьки, які безвідповідально або недбало ставляться до власних дітей, які здійснюють насильство над дітьми та ін.

Отже, існують різні категорії батьків і не всі з них мають запит на консультацію до практичного психолога. Тому працівник психологічної служби має комплексно спланувати свою роботу з батьками та стати частиною комплексної допомоги батькам з боку закладу освіти. Прикладом комплексної роботи є проблема насильства у сім'ях СЖО внаслідок військових дій. Вона не може бути вирішена лише практичним психологом закладу освіти. До питання подолання насильства у сім'ї необхідно підходити комплексно як всіма фахівцями закладу освіти, так і з залученням соціальних служб та правоохоронних органів. На жаль, дана тема у закладах дошкільної освіти вирішується недостатньо ефективно через відсутність посади соціального педагога та призначення на посаду громадського інспектора або практичного психолога, що замикає коло учасників, або призначення педагога, що виконує цю функцію лише на папері.

Для розвитку батьківської компетентності в сім'ях СЖО внаслідок військових дій необхідно мати уявлення про актуальний рівень цієї компетентності в обох батьків. Розглянемо **рівні батьківської компетентності**, спираючись на класифікацію Г. Хворової [12]:

1. Дуже низька – часто є елементом низького рівня загальної життєвої компетентності батьків, вони:

- практично не розуміють батьківські проблеми, не визнають їх, не сприяють розвитку дитини та/або покращенню якості життя дитини та родини, не шукають шляхів вирішення;
- не вміють будувати довготривалі конструктивні стосунки з фахівцями (педагогами, психологами, лікарями);
- не знають або невірно розуміють свої права (знання Сімейного Кодексу України, соціальної допомоги, права дитини на освіту тощо), не вміють їх відстоювати;
- не вивчають законодавство, не консультуються з кваліфікованими фахівцями, вважають, що вся відповідальність за виховання дитини покладена на заклад освіти, некомпетентні татусі вважають виховання не чоловічою справою;
- схильні до загальних розмов на зразок: «В нашій країні все дуже погано, в інших країнах набагато краще»;

2. Низька – батьки переважно правильно формулюють проблеми, але не вміють їх аналізувати, шукати та знаходити ресурси для

вирішення. Стан «набутої безпорадності» є їхньою зоною комфорту. До педагогічних працівників вони звертаються з фразами «Я нічого не можу зробити зі своєю дитиною», «Робіть що-небудь, Робіть, що хочете» та ін.

3. Середня – батьки правильно визначають проблеми, інколи здатні займати конструктивну позицію, аналізувати стандартні проблеми, шукати та знаходити ресурси для вирішення. Нестандартна ж ситуація надовго дестабілізує, може призвести до більших ускладнень через бездієвість. Батьки з середнім рівнем компетентності бояться нового, не вміють «тримати удар», тривожні, психічно та фізично маломобільні.

4. Висока – батьки приймають свої та дитячі проблеми, адекватно оцінюють можливості власні та дитини. Дуже конструктивно поводяться з фахівцями, з першої зустрічі здатні оцінити – чи потрібен їм цей фахівець, чи варто витратити на нього час та гроші. Зі справжнім фахівцем легко знаходять спільну мову, їх принципи «партнерство, взаємоповага, вдячність». Вони не скаржаться на «суспільство та державу» – систему соціальної підтримки та психологічного супроводу. Вони знають свої права та вміють їх забезпечити, вони отримують від органів державної та місцевої влади все, на що мають право. Якщо це необхідно, вони знаходять можливості отримання спонсорської допомоги. Порушення поведінки, емоційну нестабільність розглядають просто як параметр, якій потрібно вивчити, скорегувати або врахувати у життєвому плануванні.

5. Найвища – батьки стають професіоналами у сфері психологічної допомоги та реабілітації людей з родин СЖО внаслідок військових дій та/або отримують самореалізацію шляхом допомоги сім'ям з подібними труднощами.

Отже, перед початком роботи з батьками із сімей СЖО щодо розвитку їх батьківської компетентності практичний психолог має визначити актуальний рівень цієї компетентності й категорію батьків. Лише після планувати систему психологічної допомоги дітям та батькам цих сімей.

Психологічна допомога з розвитку батьківської компетентності. Система психологічної допомоги з розвитку батьківської компетентності складається з усіх напрямів діяльності працівників

психологічної служби: діагностики, профілактики, просвіти, консультування, корекції та освітньої діяльності [9]. Розпочинати роботу з батьками фахівцю психологічної служби необхідно з просвіти, профілактики та діагностики, аби встановити контакт з батьками, презентувати себе та окреслити сфери професійної діяльності. Психологічна просвіта батьків має будуватися за принципами андрогогіки (педагогіка дорослих). Після успішної просвітницької й профілактичної роботи з актуальних для батьків тем (теми можна з'ясувати під час бесід та діагностики) глибші теми можуть розглядатися на групових консультаціях, а особисті історії – на індивідуальних.

Як зазначається в документах психологічної служби [9] *консультування* це багатофункціональний вид індивідуальної та групової роботи, спрямований на вирішення запитів, з якими звертаються учасники освітнього процесу. Відзнакою консультування є власна відповідальність батьків, які звернулися по допомогу, а особливістю консультування батьків є неприпустимість «виховних» та моралізаторських інтонацій та висловів, бо це руйнує ідею підтримки та взаємодії.

У процесі консультування практичний психолог має уважно спостерігати за реакціями та поведінкою батьків оскільки стреси, тривоги, психологічні травми негативно відбиваються не тільки на психіці дитини та її батьків, а й на тілі, яке має свою власну пам'ять. *Тілесна пам'ять* – це здатність нашого організму інстинктивно реагувати на зовнішні подразники. Кожна людина має свій «малюнок страху» - неповторне поєднання послідовності психологічних і неврологічних реакцій у поєднанні зі зміною м'язового тону. Тому особливу увагу у процесі консультування працівники психологічної служби мають звертати на тілесні прояви батьків з сімей СЖО внаслідок військових дій.

Зовнішні ознаки страху у поведінці:

- Завмерле дихання – спазм м'язів грудної клітки (міжреберна невралгія), коли навіть невеликий вдих дається з великими труднощами і викликає біль.
- Посилене або уповільнене серцебиття зазвичай викликається різким вкиданням в кров великої кількості гормонів.
- Підвищене потовиділення.
- Похололі кінцівки – результат порушення кровообігу.
- Шум у вухах, закладання вух.

- Тремор, заїкання – викликаються переляком.
- М'язові затиски
- Складний погляд – якщо відбувається різкий спазм очних м'язів.
- Плаксивість, чутливість слизових оболонок.
- Параліч тіла – людина не може рушити ні рукою, ні ногою.
- Втрата почуття часу.
- Втрата свідомості

Зовнішні прояви переживання людиною злості:

Давні травматичні ситуації можуть вийти на поверхню під час консультації, раптово про подію може нагадати якийсь символ чи сама думка про обставини тощо. Згадка про подію вмикає процедуру реагування, змінюється стан організму. Тому психолог має вміння читувати психоемоційний та фізіологічний стан батьків, спокійно реагувати на ці прояви та додавати новий досвід до батьківської скарбнички переживання складних емоційних станів.

Розглянемо практичні прийоми в процесі психологічного консультування батьків з сімей СЖО. Комплексна робота працівників психологічної служби із батьками та їх дітьми, частиною якої є консультативна робота, дає такі позитивні тенденції, як посилення згуртованості сім'ї, турботи один про одного, надання підтримки, відповідальності, активності всіх членів родини, бажання батьків наповнити життя позитивом, змістовним спілкуванням та корисним дозволям.

Консультативну роботу з батьками необхідно проводити за класичними етапами:

1. Знайомство – триває від 1 до 15 хвилин, його основна мета це встановлення контакту. Завдання психолога на даному етапі організувати простір для комфортного ведення консультації (окреме приміщення, щирість у спілкуванні, темп, гучність комунікації, поза, жести).

Важливо звернути увагу, чи вчасно прийшли батьки (зарано/запізнилися) на консультацію, чи були вони відверті/замкнені при спілкуванні (мають труднощі із встановленням довірливих відносин/обережні), були стримані/впевнені, спокійні тощо.

Психолог не знає, чи був у батьків досвід звернення до фахівців

психологічної служби чи інших спеціалістів у минулому, яким він був (успішним/ретравмуючим), і тому так важливо при встановленні контакту транслювати зацікавленість у їх зверненні та бажання допомогти.

2. Висвітлення проблеми – збір інформації про саму проблему, час та умови її виникнення, розвиток та вплив на батьків. Завдання психолога на цьому етапі збирати факти (запам'ятовувати особливості поведінки батьків, дізнатися, в чому вони бачать причини проблеми) та утримуватися від інтерпретацій та суджень. На етапі збору інформації доцільно використовувати діагностичні методи та прийоми для спрощення і допомоги самим батькам.

Важливо звернути увагу, чи розказують батьки легко, чи доводиться ставити уточнюючі запитання, як реагують батьки на додаткові запитання (спокійно/агресивно), чи розповідь є зв'язною, чи має нелогічну побудову, які гіпотези були висунуті психологом з даного приводу і як перевірялися.

Кожен із пунктів може мати різне підґрунтя, що обов'язково перевіряється. Наприклад, утруднення при розповіді можуть бути пов'язані з глибокою та давньою/свіжою проблемою, що спричиняє сильний біль. Нелогічна побудова розповіді також може бути наслідком сильних емоційних переживань, які сильно впливають на когнітивні процеси.

3. Запит на роботу або бажаний результат від співпраці із психологом – необхідно відрізнити від бажання батьків (психолог не здійснює бажання). Завдання психолога на цьому етапі допомогти батькам сформулювати запит (він має бути позитивно сформульованим, реалістичним, досяжним, може складатися з кількох проміжних результатів), оцінити прогноз ефективності психологічної допомоги.

4. Альтернативні рішення – пошук та оцінка реальних способів та шляхів вирішення проблемної ситуації батьків. Важливо на даному етапі враховувати сильні сторони (ресурси) самих батьків, їх зону найближчого розвитку, цінності, досвід. Право вибору бажаного результату знаходиться у батьків.

Способи розв'язання проблеми мають продукуватися батьками самостійно або за допомогою практичного психолога, якщо це викликає складності може бути застосований досвід інших людей,

самого психолога. По завершенні етапу необхідно проводити рефлексію, чи бачить новий шлях поведінки кожний із батьків і чи здатний він цей шлях використовувати. Робота продовжується, поки батьки не доберуть варіант, що їх влаштовує. Як і на третьому етапі після вибору варіанту будується прогноз його ефективності.

5. Перехід до справи – етап узагальнення всіх думок, висновків, хвилювань, перевірка правильності пропозицій. Психолог допомагає батькам корегувати впровадження дій у разі потреби. Варто обговорити з батьками стратегію недопущення рецидивів та плани на майбутнє.

Психологу потрібно перевірити, чи прийняли батьки відповідальність за результат консультування. Важливим аспектом роботи на завершальному етапі взаємодії з батьками під час консультування є розуміння батьками необхідності самостійного розв'язання власних психологічних проблем та проблем дитини. На етапі рефлексії практичний психолог збирає інформацію щодо думок, почуттів батьків за результатами проведення консультації, чи була робота для них корисною, результативною, чим, чи отримали вони необхідну підтримку.

У процесі консультування батьків СЖО на кожному з етапів консультування можливе/доцільне використання додаткових технік.

Основними техніками у консультуванні батьків СЖО є наступні:

1. Постановка запитань – техніка ставлення відкритих, закритих та альтернативних запитань з перевагою відкритих. Спеціальні запитання (починаються зі спеціального слова): «хто», «коли» - орієнтовані на отримання фактів, використовуються на початку діалогу з батьками; «як» - орієнтовані на внутрішній світ батьків, використовуються для уточнення і перевірки консультативних гіпотез; «чому» може провокувати актуалізацію захисних механізмів, альтернативна формула «для чого», «з якою метою». Слід уникати постановки подвійних запитань і двох питань одночасно («Чому ви п'єте і не шукаєте роботу?») та не вкладати відповідь у запитання («Усі добре до вас ставляться на роботі?», краще «Як до вас ставляться на роботі?»).

2. Підбадьорення та підтримка батьків – прийняття батьків, такими як вони є (безумовне прийняття), активне слухання, короткі фрази згоди та розуміння («продовжуйте», «так»), безоціночні судження, висловлення підтримки у бажанні проконсультуватися та

вирішити ситуацію, що турбує.

3. Зелене світло для розповіді батьків – домінантна роль батьків у діалозі, точність й стислість висловлювань консультанта, використання зрозумілих для батьків слів та суджень.

4. Перефразування та узагальнення – техніки зображення змісту для прояснення сенсу сказаного батьками та перевірки гіпотез практичного психолога.

5. Позитивне перефразування – техніка зміни скарг чи коментарів таким чином, що те, що було негативним, стає причиною позитивних емоцій («Мій син зовсім перестав мене слухатися» на «Так, мабуть, Ваш син подорослішав, і став більш самостійним»). Так клієнт бачить, що в тому явищі, яке він вважав абсолютно негативним (поведінку сина), є позитивний момент - прояв самостійності й дорослішання сина.

6. Відбиття почуттів в процесі консультування – перефразування емоції, почуттів батьків, їх дітей та оточення («Що ви відчували, коли довелося переїжджати?»). Консультанту дуже знадобиться розвинена емпатія, інтуїція та досвід аналізу власних відчуттів. Можливо доведеться допомагати батькам у називанні власних почуттів, їх розрізненні.

7. Акцент на емоційних висловлюваннях – техніка «відлуння» емоційно заряджених слів батьків, що призведе до розуміння основних мотивів батьків.

8. Паузи у спілкуванні – змістовне мовчання консультанта з метою глибшого усвідомлення батьками смислу бесіди. Батьки використовують паузи мовчання через тривогу, розгубленість, обмірковування, підбір влучного слова, опір тощо.

9. Швидкість мови, тон, голос консультанта має підлаштовуватися під батьків. Доброзичливий тон, спокійний голос створюють атмосферу довіри і можуть заспокоїти батьків в агресивному чи розлюченому стані.

10. Інформування про процес консультації, вікові особливості переживання стресу, втрати. Важливо утриматися від лекційної передачі інформації, надання широкого спектра рекомендацій або розмов про погоду та мистецтво.

11. Інтерпретація як перетворення сенсу допомагає встановити

причинні зв'язки між поведінкою і переживанням батьків та продемонструвати їх іншим способом.

12. Конфронтація це техніка презентації батькам їх способів психологічного захисту, що використовується тільки при довірливих стосунках з батьками, інакше вони її сприймуть як агресію з боку консультанта.

13. Саморозкриття це техніка демонстрації консультантом свого емоційного ставлення до клієнта, обговорюваної проблеми тощо. Техніка передбачає вираження своїх безпосередніх реакцій стосовно батьків або ситуації «тут і тепер»; розповідь про свій життєвий досвід, схожому з ситуацією клієнта. Саморозкриття має бути щирим, своєчасним,

14. Рефлексія консультанта – зворотний зв'язок про етапи консультування, резюмування процесу консультування [1].

Запропонований перелік технік психологічного консультування за Н. Антоною не є вичерпним. Кожен працівник психологічної служби може додавати свої улюблені техніки та методи в консультуванні всіх учасників освітнього процесу та батьків з сімей СЖО зокрема.

Використання у процесі консультування батьків СЖО різноманітних технік, методів та вправ доцільно фіксувати в окремій формі (табл.1.) та розташовувати техніки в зручній для психолога послідовності.

Таблиця 1

Техніки і прийоми під час консультації батьків СЖО внаслідок військових дій

Техніки і прийоми	Частота використання	Примітки
Створення безпечного середовища, атмосфери, що полегшує батькам проявляти емоції		
Прояснення потреб та скарг батьків		
Активне слухання батьків		
Висловлення підтримки		
Побудова та відпрацювання стосунків «психолог – батьки як отримувачі послуги»		

Інтерпретація проблеми, з якою звернулися батьки		
Допомога батькам у вираженні почуттів словами (вербалізація)		
Надання батькам необхідної та важливої для них інформації		
Психодраматизація за участю значущих людей		
Вправи на розслаблення, усвідомлення власного тіла		
Дихальні вправи		
Рольові ігри		
Вправи, спрямовані на підвищення «соціальної компетентності» батьків		
Вправи на десенсибілізацію		
Арт-методи зображення власних почуттів		
Встановлення зв'язку між проблемою звернення та подіями минулого		
Виявлення викривлень у схемах мислення батьків, ірраціональних думок та установок		
Конфронтація з батьками		
Директивні настанови		
Концентрація на проблемі		
Активізація уяви		
Відпрацювання сновидінь		
Опрацювання опору змінам, що чиниться батьками (неусвідомлено)		
Цілеспрямоване стимулювання мисленнєвої та активізацію м'язової активності батьків		
Відпрацювання ситуацій, що можуть спричинити рецидиви		
Обговорення домашніх завдань та інші.		

Вибір вправ та методів для розвитку батьківської компетентності в сім'ях СЖО це сфера професійних інтересів працівників психологічної служби. Пропонуємо основну тематику для роботи з батьками СЖО:

- Знання своїх потреб, почуттів, права, уміння їх захищати.
- Ставлення до себе.
- Усвідомлення, демонстрація та відстоювання власних кордонів особистості та групи на прикладі родини.
- Безумовне прийняття. Формування самооцінки дитини.
- Спілкування з дитиною. Активне слухання.
- Питання, що спонукають дитину до розмови: «Міг/могла б ти розповісти про це більше...».
- Узгодженість вимог та правил до дитини з боку батьків.
- Мирне вирішення конфліктів. Ненасильницьке спілкування.
- Важливість почуттів дитини і батьків. Заразність емоцій.
- Ознаки та симптому стресу та ПТСР у дітей різного віку.
- Шляхи вивільнення від неприємних та сильних емоцій.
- Відновлення емоційного стану та самовідновлення.
- Встановлення та відновлення соціальних контактів.
- Безпечне середовище.
- Зона радощів, приємні активності, позитивне мислення.
- Спільні заняття, домашні обов'язки, навички розв'язання проблем.
- Відповідальність батьків за дітей та відповідальність дітей за самих себе.
- Самозбереження.
- Повага у стосунках. Довіра.
- Неупереджене ставлення, терплячість та розуміння.
- Чуйність та співчуття. Емпатія.
- Батьківська допомога дитині. Емоційна підтримка. Віра в успіх дитини. Формування різного досвіду.
- Концентрація уваги на можливостях і рішеннях, а не на проблемах.
- Обмеження, правила та режим дня, дисципліна.
- Сімейні цінності, традиції.

Форми та методи взаємодії з батьками щодо стабілізації їхнього емоційного стану та формування підтримуючого сімейного середовища:

1. Групові консультації та вправи з батьками щодо навчання технік стабілізації емоційного стану (використання вправ на зняття психоемоційної напруги, м'язових затисків, активізацію внутрішніх ресурсів).

2. Спільні заняття батьків та дітей з навчання психогімнастичним вправам «Психогімнастика для батьків та дітей».

3. Батьківська вітальня «Формування сімейних традицій, цінностей, сімейних реліквій» (вправи «Сімейна скарбничка шляхів збагачення сімейних традицій», практикум «Створення сімейного оберегу», арт-техніка «Сімейний герб»).

4. Школа гармонійного батьківства «Сходинки розуміння» (заняття на відпрацювання навичок активного слухання, розвиток емпатії, позитивного мислення).

5. Тренінг батьківської компетентності «Роль почуттів у житті дитини» (вправи з використанням асоціативних/метафоричних карток).

6. Практикум з ігрової діяльності «Сімейна ігroteка: граємося з дитиною, використовуючи кожну мить та можливості» (навчання батьків використовувати ігри на зняття емоційної напруги).

7. Використання технології «Ранкові зустрічі» (для батьків дітей дошкільного віку та дітей початкової школи) (щоденне ранкове обговорення батьків разом з дітьми емоційного настрою та створення кола приємних побажань на цілий день) [5].

Вправи з розвитку батьківської компетентності для індивідуальних та групових консультацій

1. Гра «Дзеркало» (групова/індивідуальна форма) [5]

Мета: навчитися різними способами проявляти свої почуття, а також відчувати настрій інших людей.

Правила гри: учасники (діти, батьки або змішана група) об'єднуються в пари, і кожен з них по черзі грає роль «дзеркала», в якому відображаються емоції, почуття іншого.

Інструкція для учасників: «Зараз ми пограємо в «Дзеркало». Об'єднайтеся в пари, станьте одне навпроти одного. Хтось з вас буде дзеркалом, другий повинен показувати різні емоції та почуття. «Дзеркало» повинно якомога точніше повторювати рухи і міміку партнера».

В індивідуальній формі роботи мати або батько працює з реаль-

ним дзеркалом. Спочатку показує почуття чи емоцію і лише після перевіряє який вигляд ця емоція має.

2. Вправа «Невимушена саморобка» [4]

Мета: вгадати конструктивний шлях позбавлення від негативних емоцій батьків та дітей.

Правила вправи: учасники (діти, батьки або змішана група) отримують аркуш паперу, і кожен створює з аркушу паперовий виріб, який потім аналізується емоції, почуття, які виникають під час його створення.

Інструкція для учасників: «Потримайте лист у ваших руках, взаємодійте з ним декілька секунд та зробіть з цим аркушем все, що ви забажаєте. Слідкуйте за власними емоціями під час виконання та після».

Запитання для обговорення: Які асоціації виникають при контакті із власною саморобкою? Що хочеться з нею зробити? Які емоції були у вас під час роботи? Що змінилося? Як ви позбавляєтесь від неприємних емоцій у своєму житті?

3. Гра «Послухаємо тишу» [5]

Мета: розвиток уміння слухати, тренування спостережливості. Правила гри: учасники зручно розташовуються у колі, заплющують очі і «слухають тишу». Потрібно постаратися почути якомога більше різних звуків. Потім учасники розплющують очі і діляться всім, що почули.

Інструкція для учасників: «Влаштуйтеся зручніше, заплющте очі і послухайте тишу навколо вас, постарайтеся не розмовляти, не шуміти. Коли прозвенить дзвіночок, тихенько розплющуйте очі. І ми поговоримо про те, хто що почув у тиші».

Додатково можна запропонувати намалювати тишу і обговорити малюнки.

4. Вправа «Три зони почуттів» [8]

Мета: ознайомлення із групами почуттів, розуміння батьками почуттів дитини.

Правила вправи: учасники працюють з картками, на яких написані почуття:

- Червоні (базові) вроджені почуття: страх, радість, огида, сум, злість.
- Жовті (складні) з досвіду дитини: кривда, помста, гордість,

нудьга, хвилювання, безсилля, сором, заздрість, провина, захоплення, задоволення, втіха, щастя.

- Зелені (вищі) почуття: солідарність, відвага, вірність, лояльність, любов, справедливість, доброзичливість, приязнь, патріотизм, вдячність.

Інструкція для учасників: Перегляньте картки з почуттями та сформууйте їх у дві групи позитивні та негативні. Якщо и не зможете визначитися, то утворюйте третю групу дискусійних почуттів.

Запитання для обговорення у колі: Чи вдалося поділити почуття? Чи такий поділ є прийнятним? Який рівень розвитку почуттів відображено на червоних? жовтих? зелених картках? Чи мають право батьки/діти на виявлення своїх почуттів? Яких?

Розвивати батьківську компетентність під час консультації практичний психолог може через створення сприятливого середовища для отримання батьками нового досвіду взаємодії з самим собою, іншою людиною, відпрацювання власних проблемних питань та через навчання.

Освітня діяльність практичного психолога з батьками з сімей СЖО може проводитися на інформаційних консультаціях та заняттях через активне співробітництво батьків та психолога з метою підвищення їх психологічної культури, розвитку батьківської компетентності, формування стресостійкості та здорових відносин в родині тощо. Під час занять з працівниками психологічної служби батьки отримують знання та відпрацюють навички діагностики власного емоційного стану, саморегуляції, стресостійкості, навчаться розпізнавати емоційний стан свого чоловіка/дружини, дитини, розуміти, що призвело до такого стану і як на ці поведінкові прояви близької людини реагувати аби допомогти їй легше впоратися з сильними емоціями.

Таким чином, батьківська компетентність у сім'ях, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій це сукупність психосоціальної компетентності батьків, їх психологічної культури, знань з виявлення та розуміння власних психоемоційних станів, уміння їх регулювати та допомагати в саморегуляції власній дитині.

Глосарій

1. Десенсибілізація – це один з психотерапевтичних методів

корекції поведінкової реакції, спрямований на зниження чутливості індивіда по відношенню до ситуацій або об'єктів страху. Психолог вводить пацієнта в розслаблений стан шляхом навіювання або за допомогою дихальних вправ. Далі під час довірчої бесіди психолог пропонує клієнту уявити психотравматичну ситуацію з різним ступенем наближення чи віддалення від проблеми, представлення різних варіантів розвитку ситуації. Чергування спокійного і тривожного стану психіки дає людині можливість переглянути своє ставлення до страху, навчитися контролювати реакцію на стресову ситуацію. Навчальні заняття із зануренням у стан спокою дозволяють людині боротися з м'язовими спазмами і вибудовувати ієрархію подій, що викликають у неї негативні переживання. Головною умовою ефективності таких занять є реальність переживання психотравмуючої події, тому часто заняття проводяться в групах за тематикою фобії (<https://real-life.kr.ua/desensibilizatsiia-viznachennia-poniattia-v-psihologiyi>).

Сутність методу систематичної десенсибілізації Дж. Вольпе полягає у профілактиці неадаптивної (у тому числі невротичної) поведінки особистості шляхом виключення страху або тривоги, яке має відбутися через поєднання за часом рефлексу відчуження страху й протилежного рефлексу (заспокійливого). Тобто, мова йде про реципрокність (взаємне виключення) емоцій [9].

2. Відкриті запитання як техніка консультування – використовуються на початку консультації для можливості отримання більше інформації, спонукання клієнта продовжувати або доповнювати сказане, спонукання клієнта проілюструвати свої проблеми прикладами («Розкажіть про конкретну ситуацію») та зосередження уваги на почуттях («Що ви відчуваєте?»). Відкриті запитання можуть підвищувати відчуття тривоги і занепокоєння у клієнта, тому їх треба ставити в слухний час і ретельно формулювати.

3. Закриті запитання як техніка консультування використовуються для отримання конкретної інформації («Скільки вам років?»), уточнення, частіше використовуються на етапі перевірки гіпотез. Використання закритих питань може створювати у клієнта відчуття «допиту», провокувати його закритість і погіршувати консультативний контакт, тому необхідно уникати надмірного опитування. Необхідно чітко розуміти, з якою метою задається запитання, на перевірку

якої гіпотези спрямовано.

4. Альтернативні запитання як техніка консультування використовуються, коли клієнт не може відповісти на запитання через брак досвіду розмов на цю тему. Найчастіше це запитання на прояснення почуттів. Воно дає зразок, як говорити про почуття, клієнт може вибрати із запропонованих консультантом альтернатив або запропонувати свій варіант.

5. Перефразування (парафраз) – ключова техніка відображення змісту консультування. Сенс цієї техніки полягає в тому, що консультант своїми словами передає зміст сказаного клієнтом з метою показати клієнту, що консультант уважний і намагається його зрозуміти, для викристалізації думки клієнта, зробити її більш чіткою та перевірити правильність розуміння думок клієнта.

6. Узагальнення як техніка відображення змісту – вираження основної ідеї кількох взаємозалежних думок клієнта або заплутаного висловлювання. Використовується для структурування початку бесіди, щоб об'єднати її з колишніми бесідами, у разі довгого й заплутаного монологу клієнту, коли одна тема вичерпана і намічається перехід до наступного етапу та при прагненні додати напрям бесіди. В кінці зустрічі при прагненні підкреслити суттєві моменти і дати завдання.

7. Позитивне перефразування – це спосіб представлення негативного в позитивному світлі. Ця техніка дає можливість клієнту по-іншому побачити свою проблему.

8. Інтерпретація – це основна техніка перетворення смислу та впливу, тому її використовують ближче до кінця консультування. Інтерпретація зв'язується тільки з тим, що клієнт вже знає і має використовувати своєчасно, коли клієнт готовий її прийняти. Клієнти з високою самооцінкою і освітою більш чутливі до інтерпретації. Не слід використовувати багато інтерпретацій в одній консультації – це може спричинити актуалізацію психологічних захистів у клієнта, а формулювати слід як припущення, гіпотезу. Ефективність застосування інтерпретації видно з реакції клієнта: байдужа реакція – швидше за все помилкова інтерпретація; ворожа реакція, відкидання гіпотези – можливо, інтерпретація потрапила в корінь проблеми, проте була висловлена несвоечасно, клієнт не готовий до її прийняття. Точна і

своєчасна інтерпретація викликає «ага-реакцію» у клієнта, інсайт, новий погляд на проблему, при цьому він може відчувати різні почуття – від глибокої задуми до захоплення, а іноді може і розридатися.

9. Конфронтація – техніка консультування, що використовується з метою звернути увагу клієнта на суперечності в його поведінці, думках, почуттях. Спочатку констатується певний аспект поведінки клієнта, а потім описується суперечлива поведінка. При використанні конфронтації прямо вказується на причини і витоки протиріччя. Цю техніку можна використовувати для демонстрації реальної ситуації, всупереч уявленню про неї клієнта; для звернення уваги клієнта на його ухилення від обговорення деяких проблем чи тем («Ви нічого не говорите про своє стосунки у родині»). Не можна використовувати конфронтацію як покарання клієнта; для руйнування механізмів психологічного захисту; для задоволення потреб і самовираження консультанта. Правила використання конфронтації: ретельно охарактеризувати зміст неадекватної поведінки клієнта і її контекст, але не висловлювати все одночасно; детально викласти наслідки суперечливої поведінки; допомогти клієнту знайти способи подолання проблем; конфронтація не повинна бути категоричною і агресивною (використовувати слова-пом'якшувачі «мені здається», «якщо я не помиляюся»).

Використана література

1. Антонова Н. В. та ін. Консультування і коучинг персоналу в організації : підручник та практикум для бакалавриата та магістратури / за ред. Н. В. Антонової, Н. Л. Іванової. М. : Видавництво Юрайт, 2019. 370 с.
2. Богданов С. О. та ін. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості / стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах: навч.-метод. посіб. / заг. ред.: Чернобровкін В. М., Панок В. Г. Київ : Унів. Вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 208 с.: іл., табл.
3. Герило Г.М., Гніда Т.Б., Корнієнко І.О., Луценко Ю.А. Організація соціально-психологічного супроводу дітей, сімей, які постраждали внаслідок військових конфліктів / заг. ред. Ю.А. Луценко. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 128 с.

4. Гніда Т. Б. Невимушена саморобка як психодіагностична методика у роботі з сім'ями, які опинилися в складних життєвих обставинах внаслідок військових дій. *Психотерапія і свобода* : Матеріали XV Науко.-практич. конф. УСП та субконференції з дитячої та юнацької психотерапії, м. Тернопіль, 28-30 черв. 2019 р. Тернопіль, 2019. С.13-16

5. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу в дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір» : навч.-метод. посіб. – Київ : НАУКМА, ГЛІФ Медіа, 2017. 208 с.

6. Луценко І. О., Богущ А. М., Калмикова Л. О., Кузьменко В. У., Поворознюк С. І., Рейпольська О. Д. Психолого-педагогічний супровід виховання і розвитку дітей дошкільного віку з родин учасників АТО і внутрішньо переміщених осіб: концепція, методика, технології : навчально-методичний посібник / за наук. редакцією І.О. Луценко. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. 211с.

7. Нагула О. Л. Батьківська компетентність як чинник психічного розвитку дитини. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2012. Вип. 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_44

8. Основи батьківської компетентності : метод. посіб. / упор. : Т. Г. Веретенко, І. Д. Зверева, Н. Ю. Шевченко. Харків : ХНУ, 2006. 137 с.

9. Про пріоритетні напрямки роботи психологічної служби у 2019/2020 навчальному році : Лист МОНУ від 18.07.2019 №1/9-462.

10. Скрипкін О. Г. Перспективний тренінг з профілактики професійних страхів у офіцерів льотного складу. *Вісник Національного університету оборони України*. 2013. №5 (36). С. 289-294.

11. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навч.-метод. посіб. К. : Агентство «Україна». 2015.

12. Хворова Г. М. Зміст та рівні батьківської компетентності у корекційно-педагогічному аспекті. *Актуальні питання корекційної освіти : Педагогічні науки*. 2015. Вип. №5 (2015). С.333-347. URL: <http://aqce.com.ua/download/publications/229/212.pdf/>

13. Хворова Г. М. Формування батьківської компетентності в корекційній освіті дітей з полісистемними порушеннями розвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені*

7. Збереження та відновлення психоемоційного здоров'я практичного психолога в процесі консультування дітей і сімей, які зазнали травматичного досвіду

Проблематика стану психоемоційного здоров'я людини є надзвичайно актуальною на сучасному етапі розвитку суспільства, і ситуація щодо психічного здоров'я населення майже в усіх країнах постійно погіршується. Україна не є винятком, і, на жаль, тенденція до ослаблення психоемоційного стану підсилюється декількома факторами. Одним з несприятливих чинників, який значно вплинув на погіршення ситуації, поряд з бідністю, безробіттям та відчуттям безнадійності, став військовий конфлікт на Сході України.

Військові дії призвели до руйнування суспільного порядку, соціальної структури громад, втрати контактів з близькими людьми й загалом – до стресів, спричинених страхом за власну безпеку та безпеку близьких. Екстремальні стресові умови спостерігаються практично в усіх сферах життя: роботі, навчанні, сім'ї, міжособистісних стосунках. Варто зазначити, що військовий конфлікт ще триває, тому складно передбачити час, коли все завершиться. Це не дає можливості населенню відновитися, підвищує тривожні настрої в суспільстві, що вимагає адекватної роботи працівників психологічної служби. Відповідна допомога на державному рівні організована психологічною службою системи освіти на базі шкіл, дитячих садочків, інших форм організації навчання дітей та молоді.

Проблематика надання психосоціальної допомоги населенню, що опинилось у складних життєвих обставинах унаслідок військових дій, вимагає від практичних психологів системи освіти високого професіоналізму й відповідального ставлення до виконання професійних завдань. Як зазначали неодноразово фахівці, така специфічна робота для багатьох працівників психологічної служби стала новою, вони зіткнулись із вищеозначеною реальністю раптово, не маючи відповідної практичної підготовки.

Навіть сьогодні, коли є накопичений власний досвід надання до-

помоги, підтримка міжнародних організацій, розроблені методики, методичні й наукові розробки, посібники тощо, проблема не стала менш актуальною та складною.

Актуальність визначеної проблематики пояснюється передусім низкою тих об'єктивних і суб'єктивних труднощів, які відчувають працівники психологічної служби. Справа в тому, що навантаження на психологів постійно збільшується. Неможливо визначити, який напрям у роботі працівників психологічної служби є більш важливим, а який менш.

Сьогодні в Україні відбуваються процеси реформування всієї освітньої галузі, зокрема – у сфері загальної середньої освіти. Упровадження Концепції «Нової української школи» та Концепції «Стандарту Нової школи» включатиме повне оновлення змісту навчальних програм, використання інтерактивних методів навчання, «педагогіки партнерства» тощо [1]. Становлення та впровадження нововведень у систему освіти вимагає від психологів усвідомлення своєї особливої нової ролі в цьому процесі. Нові професійні завдання перед психологічною службою висуває також процес упровадження інклюзивного навчання. Питання запобігання насильству, жорстокої поведінки, булінгу в освітньому середовищі потребують від фахівців комплексно й системно впливати на всіх учасників освітнього процесу (учні, батьки, педагоги, громада тощо) для створення безпечної, доброзичливої атмосфери в освітньому середовищі. Спостерігається тенденція до збільшення проявів негативної поведінки серед дітей та молоді [3]. Працівники психологічної служби займаються питаннями профілактики вживання нікотину, алкоголю, різних наркотиків та психоактивних речовин. Не зовсім простим є також завдання аналізу динаміки психічного, розумового й соціального розвитку здобувачів освіти, особливо якщо в закладі навчається понад 700 учнів.

Психологічна служба в системі освіти, безумовно, має й надалі надавати психологічну та соціально-педагогічну допомогу дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах унаслідок військових дій. І така робота, уважаючи складність, має бути системною, довготривалою та проводиться на високому науково-методичному рівні.

Окремо треба зазначити про умови професійної діяльності пра-

цівників психологічної служби, які працюють безпосередньо в зоні конфлікту, – Луганська та Донецька області, де специфіка роботи значно відрізняється від решти педагогічної спільноти України. На території області ще тривають бойові дії, велика кількість дітей-переселенців з окупованих територій почала навчатись та виховуватись в освітніх закладах східних регіонів. Працівники психологічної служби безпосередньо є учасниками тих подій, проживають та працюють у зоні конфлікту, багато з них є вимушеними переселенцями й членами сімей – учасників ООС, тобто потрапляють у цю ж саму вразливу категорію населення, на кого має бути спрямована соціально-психологічна допомога та підтримка. Водночас свій професійний обов'язок працівники психологічної служби виконують у повному обсязі, навіть у ситуації, коли отримувати соціально-психологічний захист й психологічну допомогу потрібно самим фахівцям.

Усі ці фактори руйнують психоемоційне здоров'я фахівця психологічної служби. Але ж від функціонального стану людини, від рівня її психоемоційного балансу та стресостійкості завжди залежить ефективність професійної діяльності.

Найчастіше працівники так званих хелперських, помічних професій, до яких відносять професію психолога, відчувають на собі ефект професійного (емоційного) вигорання. У цьому стані обов'язки, покладені на фахівця, перевищують ресурси, які доступні для подолання напружених ситуацій на роботі.

Процес надання соціально-психологічної допомоги, консультування дітей і сімей, що опинились у складних життєвих обставинах, для практичних психологів є важким в емоційному плані та ризикованим для самого фахівця. Як зазначав К. Г. Юнг, «Якщо звичайний лікар постійно ризикує інфікуватись якою-небудь хворобою, психотерапевту загрожує не менша небезпека – бути інфікованим психічно» [2; с.186]. Найуразливішою групою до дистресу внаслідок опосередкованого травмування, є жінки, які становлять майже 90 % працівників психологічної служби. Останнім часом у науковій літературі вживається термін «вікарна травматизація» – наслідок утоми від співчуття. Маємо враховувати, що ефективність професійної діяльності працівника завжди залежить від його функціонального стану.

Включення працівника психологічної служби в процес надання со-

ціально-психологічної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах унаслідок військових дій у непросту, а часом і суперечливу систему людських відносин багато в чому залежить від уміння правильно сприймати й оцінювати ці відносини та давати їм адекватні, принципові оцінки. Коло проблем, з якими стикається психолог у процесі консультування, дуже велике: від труднощів у навчанні до сімейних проблем і конфліктів унаслідок кризових подій.

Для ефективного виконання своїх функцій психологу слід проявляти відкритість та повагу до поглядів і цінностей іншої людини, терпимість до невизначеності, здатність до постійного самоконтролю, утримання від конфліктного спілкування, професійну креативність тощо. Це призводить до внутрішніх переживань, негативно позначається на емоційній та вольовій сферах особистості.

Основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного, соматичного здоров'я, високої працездатності фахівця створює психологічна стійкість особистості. Стійкість охороняє особистість психолога від дезінтеграції й особистих розладів у процесі професійної діяльності. Психологічну стійкість особистості можна розглядати як складну якість особистості, синтез окремих якостей і здібностей. Наскільки вона виражена – залежить від безлічі факторів [5].

Психологічну стійкість особистості підтримують внутрішні (особистісні) ресурси й зовнішні (міжособистісна, соціальна підтримка) (рис. 1.1).

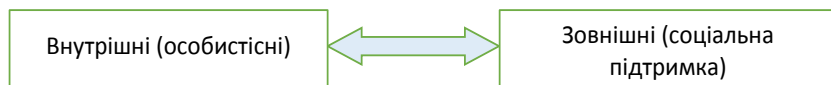


Рис. 1.1. Ресурси підтримки психологічної стійкості особистості

Слово «ресурс» запозичене з французького «ressource», давньофранцузьке «resourdre» – підніматися знову, вставати ще раз. Його кореневий зміст (re – знову, sourdre – виникати, вирости, зійти) – відновлення. Теоретично обґрунтовано, що змістовні характеристики ресурсів особистості необхідно розглядати як цілісну систему.

Для фахівця, який має допомагати постраждалим унаслідок важких стресових подій і психологічного травмування, украй важливим

є розібратися зі своїм емоційним станом, так би мовити, відновити власну «ресурсність». Працюючи з клієнтами в процесі консультування, фахівець, користуючись психологічними технологіями, допомагає віднайти ті внутрішні опори, які можуть спрацювати, відновити рівновагу у внутрішньому світі людини. Практика свідчить, що далеко не всі психологи готові до того, щоб працювати з відновленням власних ресурсів.

Внутрішні та зовнішні ресурси тісно пов'язані між собою, тому розподіл їх досить умовний. Під час утрати зовнішніх ресурсів поступово відбувається втрата ресурсів внутрішніх і навпаки.

Внутрішні ресурси особистості – це ті життєві опори, психічний особистісний потенціал, характер і навички, які допомагають людині зсередини. Комплекс внутрішніх ресурсів (властивостей особистості), що сформований у процесі професійної діяльності, впливає на реакцію психолога на життєву ситуацію, вибору ним стратегій подолання професійних криз та збереження в такий спосіб власного психоемоційного здоров'я.

На думку С. Хобфолла, автора теорії збереження ресурсів (ТЗР), особистісні ресурси є фундаментальними компонентами індивідуальної здатності до адаптації, що відіграють першорядну роль у контексті подолання стресу. З погляду науковця, втрата одного ресурсу викликає втрату інших.

Наявність певних внутрішніх ресурсів, резервів, властивостей збагачує поле професійної діяльності психолога, робить значущі цілі в житті більш досяжними.

До внутрішніх ресурсів людини можна віднести:

- здоров'я (фізичне і психологічне);
- характер;
- інтелектуальні здібності;
- навички, уміння, досвід;
- позитивне мислення й емоції;
- самооцінку та ідентифікацію;
- самовладання;
- духовність.

Особистісний ресурс є в кожного, і кожному він потрібен, але, як і будь-який заряд, він із часом має здатність «згорати», виснажуватись.

Специфіка професійної діяльності практичного психолога базується на тому, що від «якості» особистісного потенціалу залежить реалізація компетентних дій, теоретичних знань, умінь, професійно-особистісних якостей фахівця, його професійна гнучкість та креативність. За відсутності особистісної безпеки, за умов втрати власної ресурсності фахівець не повинен працювати з травмованими людьми, адже це забирає багато часу, енергії, сил, або ж він вимушений шукати шляхи відновлення власних ресурсів за неможливості уникнути цього.

Насамперед для психолога вкрай важливе вміння стабілізувати свій психічний стан, контроль над симптомами власного психоемоційного здоров'я, так звана **психологічна самодопомога**. Це й вправи для заземлення (фізичне, когнітивне, заспокійливе), техніки дистанціювання, техніки позитивної терапії та техніки саморегуляції.

Техніки заземлення – ефективний інструмент, який можна використовувати, де б ви не знаходилися. Техніки заземлення використовують для того, щоб з'явився ресурс винести певний досвід та емоції, залишаючись в теперішньому часі й коли ці емоції присутні у власному тілі. У тілесно орієнтованій психотерапії цей спосіб називається заземленням, як у фізиці, тільки тут замість електричного струму в землю йде емоційне напруження.

Повертаючи свою свідомість і тіло назад у конкретний момент, ми можемо організувати нашому мозку простір, щоб він заспокоївся, і відчутти себе трохи сконцентрованишими. Є багато різних способів заземлення, варто спробувати багато, щоб знайти те, що допомагає особисто кожній людині. Головне – бути в достатньому контакті зі своїм тілом, щоб почути його сигнали.

Щоб ефективно зняти м'язове та психологічне напруження й тим самим збільшити власну стресостійкість, необхідно дуже добре знати та правильно застосовувати *техніки саморегуляції*.

Саморегуляція – це техніка управління власним психоемоційним станом, завдяки чому людина може цілеспрямовано координувати й спрямовувати свої психічні реакції за допомогою слів, уявлень, м'язового тону та дихання.

Завдяки застосуванню технік саморегуляції досягаються поступово такі ефекти, які можна побачити на рис. 1.2.

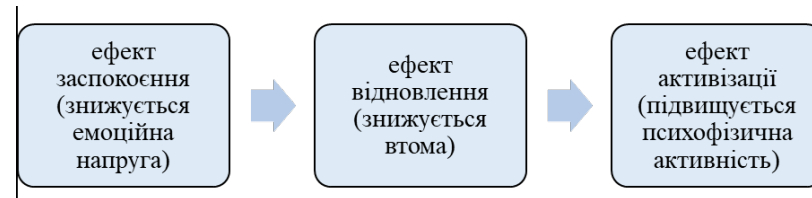


Рис. 1.2. Ефекти саморегуляції

Методи саморегуляції умовно можна поділити на декілька груп:

- м'язова релаксація;
- дихальні вправи;
- словесний вплив;
- прийоми релаксації, засвоєні на образах;
- медитація;
- аутогенне тренування тощо.

Цей перелік досить умовний та із часом розширюється. За допомогою таких методів самопомоги знімаються м'язові затиски та каналізуються негативні емоції, посилюється працездатність, знімається почуття втоми, емоційна й м'язова напруга, відновлюється внутрішня картина реальності та образ «Я», зміцнюється впевненість у власних силах, поступово закріплюється професійна ідентичність.

На створення ресурсу, на можливість подивитися на проблему з іншого боку більшою мірою спрямовані елементи *позитивної терапії*. Як стверджував автор теорії позитивної терапії Н. Пезешкіан, «Людина щаслива й здорова не тоді, коли в неї немає проблем, а тоді, коли вона знає, як їх правильно вирішити». Позитивна психотерапія розглядає чотири сфери, за допомогою яких особистість з більшим або меншим успіхом вирішує свої внутрішні конфлікти (проблеми). Такими сферами є: тіло, діяльність, контакти, фантазії [2]. Кожна із 4 сфер життя визначає якість життя, а гармонійне наповнення всіх сфер забезпечує якісну реальність. Важливо, щоб зберігався баланс усіх сфер, який можна вимірювати у відсотках – 25–30 % на кожну зі сфер. Відомо, що якщо йде перекося у якусь зі сфер, а в іншій – дефіцит енергії, то порушується якість життя людини, може знижуватися мотивація, самовідчуття змінюється, виникає апатія, хвороба або інші симптоми.

Позитивна терапія характеризується орієнтацією на можливості та ресурси людини. Наприклад, за допомогою техніки «Виявлення ресурсу» фахівець має можливість зробити власний самоаналіз і відшукати ресурси для себе скрізь і всюди, навіть у минулому.

Практичним психологам варто усвідомити головне – блокування своїх почуттів і реальних негативних тілесних проявів, надмірна активність у подальшому можуть помітно сповільнити процес відновлення психоемоційного стану.

Важливими потенціалами психоемоційного здоров'я є також життєві компетенції особистості, тобто здатність ефективно вирішувати завдання та впливати на навколишнє середовище. Ця категорія потенціалу здоров'я включає насамперед пізнавальні компетенції, серед яких є такі: гнучкий інтелект, рефлексивність, творчий підхід, відкритість та абстрактність когнітивних структур і емоційні компетенції, тобто *емоційний інтелект*.

Останнім часом дослідження емоційного інтелекту як ресурсу забезпечення психологічного здоров'я людини шляхом розуміння й управління своїми емоціями, набуває особливої актуальності, адже емоційний інтелект – це вміння відчувати свої емоції та керувати ними й так само розуміти емоції інших людей. Для психолога, який працює з людьми вразливих категорій, саме здатність відчувати емоції клієнтів, розуміти їх та правильно реагувати – основа збереження власного психоемоційного стану.

Варто зазначити, що на одних внутрішніх ресурсах людина довго існувати не може. Вона мусить знайти придатне середовище та вступити з ним у взаємини, забезпечувати за його допомогою всі свої потреби, від нижчих до вищих, інакше через якийсь час внутрішній потенціал буде вичерпано. На межі особистого й соціального потенціалів здоров'я працівників психологічної служби є соціальна підтримка як ресурс чи потенціал. Соціальна підтримка впливає з факту належності до певних соціальних груп, що характеризуються певною близькістю, солідарністю, почуттям приналежності.

Професійну діяльність психолога взагалі дуже складно уявити поза активною взаємодією з професійним товариством, без можливості трансляції накопиченого досвіду від більш досвідчених колег до початківців. Практичний психолог іноді відчуває цілком

закономірні труднощі в консультативній роботі з клієнтами, тому потребує підтримки інших професіоналів, співпраці з ними. Здатність фахівця звертатися за підтримкою й приймати допомогу – одна з найважливіших професійних якостей.

Значну роль у забезпеченні якісної професійної діяльності практичного психолога мають методи професійної підтримки, а саме: **супервізія та інтервізія**. В обох методів одна загальна мета – забезпечити фахівцям максимальну можливість впоратись із труднощами. Завдяки таким формам співпраці психолог збагачується новими знаннями, розуміє та аналізує свої професійні дії й поведінку, як наслідок – коригує методи та підходи надання соціально-психологічної допомоги в кожному конкретному випадку. Супервізія та інтервізія також мають на меті теоретичне й практичне підвищення кваліфікації фахівців з включенням елементів психологічного самопізнання та розвитку, так би мовити, практична діяльність для практиків.

Згідно з європейськими стандартами, індивідуальна та групова супервізія є обов'язковими ланками професійної підготовки психологів і психотерапевтів.

Термін «супервізор» має латинське коріння та означає «той, хто бачить згори». Одне із завдань психолога-супервізора – сприяти професійному зростанню фахівця, якому надається супервізія, але також супервізор у процесі консультування досліджує почуття особистості, надаючи для неї можливості попрацювати з афектами, навчитися захищати психологічно себе від конкретних негативних втручань, не піддаватися вікарній травматизації, професійному вигоранню тощо. Хоча практичний психолог не розглядається як клієнт, супервізор виконує функцію терапевта, відчуває інтрапсихологічні проблеми психолога, досліджує міжособистісну динаміку й, звісно, має практичний досвід у певній моделі психотерапії. Варто зазначити, що супервізія не є чистою терапією, але відносини між супервізором і тим, хто отримує супервізію, мають психотерапевтичний аспект. Отже, досвідчений супервізор полегшує самопізнання практика-психолога, допомагає йому виявити особистісні труднощі та знайти стратегії саморозвитку й самопомоги. Як наслідок такої підтримки – набуття психологом необхідних навичок діяти незалежно та самостійно, турбуватися про власний психоемоційний стан.

За формою супервізії може бути груповою чи індивідуальною, за методом взаємодії – очна чи заочна, за позицією втручання – зовнішня чи внутрішня.

Як кожна ефективна дієва технологія, супервізія має чіткий алгоритм та принципи, порушення яких руйнує ефект підтримки. Спробуємо виокремити ключові позиції або принципи супервізії (рис. 1.3).



Рис. 1.3. Ключові позиції (принципи) супервізії

Насамперед супервізія – це організований процес, що має мати графік, часовий термін, місце проведення, запит від фахівців, певний порядок (план) та очікування (цілі). Це не варіант хаотичних телефонних перемовин на шляху додому або випадкових зустрічей у супермаркеті. Як показує практичний досвід упровадження програм і проектів психологічного спрямування в Луганській області, для практичних психологів супервізія організовується завчасно, адміністрація освітнього закладу обов’язково попереджається про дату та місце зустрічі, що дає можливість фахівцям не відволікатися на інші проблеми й завдання під час проведення супервізійної зустрічі.

По-друге, супервізія – це навчальний процес. Під час проведення супервізії обов’язково відбувається процес формування й розвитку вмінь і навичок фахівців, отримання базисної інформації, визначення проблем та надання професійних рекомендацій. Ці фахівці мають потребу в теоретичних концепціях, до яких вони зможуть «прив’язати» свої практичні навички. Водночас навчання повинно відбуватися на андрагогічних засадах з урахуванням віку учасників, їхнього практичного досвіду, реальних можливостей, освітніх та життєвих

потреб, індивідуальних психофізіологічних особливостей. Окремим напрямом у супервізії має стати навчання фахівців вміння самостійно висувати гіпотези й перевіряти їх.

По-третє, теоретичні знання поступово трансформуються в практику. Під час проведення супервізії учасники постійно обмінюються досвідом, що є основою для системного професійного розвитку. У практичних вправах (рольові ігри, кейси тощо) є можливість систематично бачити, усвідомлювати, розуміти та аналізувати свої професійні дії й власну професійну поведінку, моделювати подальші кроки в професійній діяльності. Практичні завдання мають на меті допомогти, а не критично оцінювати компетентність і рівень професіоналізму учасників. Однією з найсерйозніших помилок, яких може припуститись супервізор, – прагнення нав’язати фахівцю власну теорію та стратегію вирішення ситуації.

Нарешті супервізія – це процес, заснований на відносинах довіри та поваги між учасниками, установлених за взаємною згодою. Ці відносини створюють атмосферу безпеки, простір для відкритого, щирого спілкування. Позиція супервізора в цьому напрямі стає особливо етичною й у край обережною. Він повинен вести групу, спрямовувати й утримувати її в безпечному, розвивальному, цілющому просторі. Тоді супервізія дозволить фахівцеві відкрито міркувати, висловлювати припущення, ставити будь-які питання незалежно від ступеня їхньої важливості та обговорювати свої переживання тією мірою, якою фахівець вважає це за потрібне, не відчуваючи страху перед критикою, приниженням або висміюванням.

З позиції професійної підтримки психологів не менш значну роль виконує інтервізія як груповий метод навчання в групі фахівців, які займають однакові статуси з метою покращення та збагачення професійних навичок і поліпшення ефективності роботи. На відміну від супервізії, де завжди є більш досвідчений фахівець, інтервізію можна розглядати як обмін досвідом між колегами, у результаті чого визначаються спільні проблеми та здійснюється загальний пошук подолання цих проблем. У процесі інтервізії найважливішим аспектом є те, що члени команди спільно відповідають за зміст і структуру зустрічей. Отже, кожен учасник робить свій внесок та реагує, виходячи з власного прикладного досвіду. Колегіальність і рівноправність

учасників інтервізії дозволяють вирішувати й проблеми сприятливого психологічного клімату в колективі.

Проведення інтервізії є також засобом запобігання виникнення складних питань і проблемних моментів, оскільки під час інтервізії всі учасники отримують практичний досвід поведінки в різних можливих складних ситуаціях.

На відміну від терапії, тренінгу, консультування та інших форм і напрямів роботи психолога, супервізія та інтервізія – процес практично нескінченний, в ідеалі вони закінчуються разом з практикою. Комплексне використання форм супервізії та інтервізії, звичайно ж, буде найбільш ефективним для професійної підтримки працівникам психологічної служби, що загалом допоможе фахівцям зберегти власне «професійне довголіття».

Проблема забезпечення професійної ефективності й професійної ідентичності практичного психолога визначена насамперед важливими етичними аспектами. Крім професійних умінь, навичок і знань, у консультативному процесі для психолога важлива спеціальна рефлексія й турбота про себе, володіння професійним мисленням, професійною ідентичністю з метою збереження власного професійного здоров'я. І релевантне місце для цього – супервізія та інтервізія.

У сфері світової психології супервізія й інтервізія давно та успішно розвиваються в більшості визнаних шкіл консультування й психотерапії, але ж в Україні сьогодні немає державних стандартів супервізорства, тільки на рівні різних психологічних програм, проектів, у яких учасники отримують підготовку супервізора. Рівень професійної компетентності таких супервізорів немає можливості оцінити, та загалом складно визначити критерії їх оцінювання. Достатньо фахівців, які роками працюють як психологи-консультанти, ніколи не проходили процес супервізійної підтримки.

Міністерство освіти і науки в грудні 2018 року винесло на громадське обговорення Типове положення про проведення супервізії впровадження Концепції «Нова українська школа», яке буде стосуватись навчально-методичного супроводу педагогічних працівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти в умовах реалізації завдань Нової української школи, але для соціально-психологіч-

ного напряму роботи будуть потрібні декілька інші підходи й техніки супервізійної підтримки.

Також на рівні державних документів визначення супервізії надається лише в Законі України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 № 2671-VIII, згідно з яким «супервізія – це професійна підтримка працівників, які надають соціальні послуги, спрямована на подолання професійних труднощів, аналіз та усунення недоліків, удосконалення організації роботи, стимулювання мотивації до роботи, дотримання етичних норм та стандартів надання соціальних послуг, запобігання виникненню професійного вигорання, забезпечення емоційної підтримки» [4].

Розробка сучасних концепцій з проблематики супервізорства в психологічній службі на сьогодні є вкрай актуальним завданням для науковців, які вивчають проблеми психології.

Питання збереження й відновлення власного психоемоційного здоров'я, пошук ресурсів для запобігання наслідкам професійного стресу в процесі консультування дітей і сімей, що опинились у складних життєвих обставинах унаслідок військових дій, для практичного психолога має стати особливим завданням та напрямом подальшої розробки наукових досліджень у вітчизняній психології.

Використана література

1. Концепція реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти «Нова українська школа» на період до 2029 року. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf> (дата звернення: 07.07.2019).
2. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
3. Про пріоритетні напрями психологічного супроводу та соціально- педагогічного патронажу учасників освітнього процесу на 2018–2019 навчальний рік : Лист МОН від 07.08.2018 № 1/9-487. URL: http://ru.osvita.ua/legislation/Ser_osv/61640/ (дата звернення: 06.07.2019).
4. Про соціальні послуги : Закон України Закон України

від 17.01.2019 № 2671-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19/ed20190117#n42> (дата звернення: 08.07.2019).

5. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи і техніки : методичний посібник / за заг. ред. З. Г. Кісарчук; НАПН України, Ін-т ім. Г. С. Костюка. Київ : Рогальська І. О., 2016. 232 с.

ЕЛЕКТРОННЕ ВИДАННЯ ВИРОБНИЧО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

БАЙДИК Віта Володирівна
БОНДАРУК Юлія Сергіївна
ГНІДА Тетяна Борисівна
КОРНІЄНКО Ігор Олексійович
ЛУНЧЕНКО Надія Вікторівна
ЛУЦЕНКО Юрій Анатолійович
МОРОЗ Руслана Анатоліївна
ТКАЧУК Ірина Іванівна

КОНСУЛЬТУВАННЯ В СИСТЕМІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ І СІМ'ЯМ, ЩО ОПИНИЛИСЬ У СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИНАХ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Практичний посібник

Підготовлено в рамках виконання наукового дослідження «Науково-методичне забезпечення діяльності працівників психологічної служби з надання допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій», державний номер реєстрації 0119U001306.

Для безкоштовного розповсюдження

Оригінал-макет А.А. Мельник
Підписано до друку 31.12.2019. Формат 60x84/16
Умовн. друк. арк. 8,4. Об'єм даних 0,8 Мб
Тираж 100 пр. Зам. № 4/19

Видавець:

УНМЦ практичної психології і соціальної роботи,
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а,
тел/факс 252-70-11, e-mail: UCAP@ukr.net
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК №4537 від 07.05.2013