

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: ДМИТРИЧЕНКО Ірина Андріївна, група ПС-24-13-ЗМ

Назва: Психоемоційний розвиток дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах воєнного стану

Керівник: Кучерак Ірина Володимирівна

Підрозділ: Bila Tserkva institute of continuous professional education

Коефіцієнт подібності: 1:9.68%

Мікропробіли: 6

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедурам. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Відсоток оригінальності за системою Strike Plagiarism 9,68% відповідає

встановленим вимогам. Високий рівень оригінальності. Допускається

до захисту/рецензування.

Дата 05.05.2026 р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України:

Підпис _____

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

д.е.н., професор

Юлія ГЕРАСИМЕНКО

Ірина ДМИТРИЧЕНКО

«19» _____ 2026 року



ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу здобувачці освіти

Дмитриченко Ірини Андріївни

Тема роботи: «Психоемоційний розвиток дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану»

Науковий керівник: Кучерак І.В., кандидат педагогічних наук, доцент
Затверджені наказом БІНПО від «12» січня 2026 року №01-06/01

Строк подання здобувачем освіти роботи: 1 травня 2026 року.

Вихідні дані до роботи: дослідження психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах воєнного стану ґрунтується на аналізі розвитку дітей дошкільного віку згідно вікових норм затверджених Міністерством охорони здоров'я України; згідно виникнення психофізичної затримки у дітей дошкільного віку затверджених Міжнародним класифікатором хвороб; згідно впливу травматичних подій на психофізичний розвиток дітей дошкільного віку.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1) Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння психоемоційного розвитку дошкільників із особливими освітніми потребами у нормі та за умов хронічного стресу.

2) Охарактеризувати вплив екстремальних факторів воєнного стану (тривога, переміщення, втрата звичного розпорядку, сенсорне перевантаження) на різні сфери психіки дітей з порушеннями розвитку.

3) Підібрати та адаптувати діагностичний інструментарій для оцінювання рівня тривожності, емоційної регуляції, проявів посттравматичних реакцій та адаптаційних можливостей дошкільників з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу.

4) Емпірично виявити специфічні особливості психоемоційного стану дітей з різними порушеннями (порушення мовлення, затримку психічного розвитку, розлади аутистичного спектра) в залежності від типу воєнного досвіду (перебування у зоні бойових дій, евакуація, відносно безпечний регіон).

5) Розробити практичні рекомендації для педагогів, психологів і батьків щодо підтримки психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах збереження воєнної загрози.

Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Кучерак І.В., кандидат педагогічних наук, доцент	13.01.2026 р.	13.01.2026 р.
2	Кучерак І.В., кандидат педагогічних наук, доцент	12.03.2026 р.	12.03.2026 р.
3	Кучерак І.В., кандидат педагогічних наук, доцент	17.04.2026 р.	17.04.2026 р.

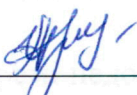
Дата видачі завдання 13 січня 2026 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми, складання змісту	січень	Виконано
2	Вивчення літературних джерел	січень	Виконано
3	Збирання матеріалу на підприємстві	лютий	Виконано
4	Обробка матеріалу	лютий	Виконано
5	Виконання першого розділу	лютий	Виконано
6	Виконання другого розділу	березень	Виконано
7	Виконання третього розділу	квітень	Виконано
8	Формулювання висновків	квітень	Виконано
9	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії	травень	Виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	Виконано

Здобувачка освіти

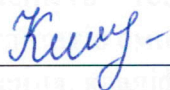
ДМИТРИЧЕНКО І.А.



(підпис)

Керівник роботи

КУЧЕРАК І.В.



(підпис)

ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ

ОСВІТИ

кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня **Дмитриченко Ірини Андріївни**

за темою: **«Психоемоційний розвиток дітей з особливими освітніми
потребами дошкільного віку в умовах воєнного стану»**

Актуальність обраної теми не викликає сумнівів, адже в умовах тривалого воєнного стану в Україні особливої уваги потребує психоемоційний розвиток дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами, які належать до найбільш вразливої категорії. Робота присвячена важливому питанню впливу хронічного стресу, травматичних подій та вимушеного переміщення на психофізичний розвиток дітей з ООП та пошуку ефективних методів психологічної підтримки.

Здобувачка здійснила теоретичний аналіз вікових норм розвитку, факторів затримки психофізичного розвитку, особливостей психологічної травми в дітей дошкільного віку та розглянула Хібукі-терапію як один із методів допомоги. Емпірична частина включає адаптацію та апробацію Хібукі-терапії на базі медичного центру «Невромед» з двома дітьми ВПО, а також розробку практичних рекомендацій.

Разом з тим, у роботі наявні окремі недоліки. Список використаних джерел оформлено з порушенням вимог ДСТУ 8302:2015 (неповні бібліографічні описи, відсутність єдиного стилю). Крім того, не завжди витримано системність і логічну послідовність викладу матеріалу: у деяких підрозділах спостерігається описовість, недостатня узагальненість теоретичних положень та певна фрагментарність у висвітленні результатів емпіричного дослідження.

Незважаючи на вказані зауваження, кваліфікаційна робота Дмитриченко І.А. загалом відповідає вимогам до магістерських кваліфікаційних робіт. Здобувачка продемонструвала вміння працювати з науковою літературою, проводити емпіричне дослідження, адаптовувати психокорекційні методи до потреб дітей з ООП в умовах війни та формулювати практичні рекомендації. Робота має практичну спрямованість і може бути використана в діяльності практичних психологів та педагогів інклюзивних закладів.

Кваліфікаційна робота виконана з дотриманням основних вимог до такого виду наукових досліджень, відзначається актуальністю теми та наявністю елементів практичної значущості.

Рекомендую кваліфікаційну роботу Дмитриченко І.А. до захисту на засіданні екзаменаційної комісії.

Кваліфікаційна робота заслуговує **82 бали** (оцінка ECTS — **В**, добре).

Науковий керівник:

кандидат педагогічних наук,

доцент кафедри педагогіки,

психології та менеджменту

Білоцерківського інституту

неперервної професійної

освіти

ДЗВО «Університет менеджменту освіти»

НАПН України



Ірина КУЧЕРАК

Анотація

Кваліфікаційна робота: 100 сторінки, 10 таблиць, 2 додатка, 48 літературних джерел.

Мета дослідження: на основі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження специфіки психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку, які перебувають в умовах воєнного стану, розробити практичні рекомендації для педагогів, психологів і батьків щодо підтримки психоемоційного розвитку дітей означеної категорії.

Об'єкт дослідження: психоемоційний розвиток дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами.

Предмет дослідження: — особливості, прояви та динаміка психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах воєнного стану.

У кваліфікаційній роботі магістра розглядається проблема психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку. Визначено основні чинники, що впливають на психофізичний розвиток дітей дошкільного віку; що впливає на затримку психофізичного розвитку дітей дошкільного віку. Проаналізовано особливості прояву травматичної події на психофізичний розвиток дітей дошкільного віку та дітей з особливими освітніми потребами. Запропоновано адаптовану для дітей з особливими освітніми потребами Хібукі- терапію, як метод подолання посттравматичного стресового розладу та психологічної травми з рекомендаціями для батьків.

Основні методи дослідження. Для реалізації поставленої мети та завдань використано **теоретичні** (аналіз і узагальнення наукової літератури та досліджень з питань психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, впливу воєнних травм та арттерапії) та **емпіричні** (систематичне

спостереження, структуровані бесіди з батьками та фахівцями, а також проведення сесій з Хібукі- терапії авторства Дафни Шарон Максимов).

Експериментальна база дослідження: медичний центр «Невромед». В експериментальному дослідженні брали участь двоє дітей дошкільного віку, які є внутрішньо переміщеними особами із зони бойових дій на Донеччині. Основний науковий результат роботи полягає у наступному: узагальнено теоретичні підходи до вивчення психоемоційного розвитку дітей дошкільного віку, затримку психофізичного розвитку дітей дошкільного віку, та впливу психологічної травми на психофізичний розвиток дітей дошкільного віку. Розроблено та адаптовано сесії Хібукі- терапії для дітей з особливими освітніми потребами.

У роботі запропоновано комплексний підхід до подолання посттравматичного стресового розладу та психологічної травми у дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами. Результати дослідження можуть бути використані у практиці психологів, працюючих з дітьми дошкільного віку та з дітьми з особливими освітніми потребами, з внутрішньо переміщеними особами в результаті воєнного стану.

Гіпотеза дослідження про те, що воєнні травматичні події негативно впливають на психофізичний розвиток дітей з особливими освітніми потребами, проте системна арттерапія, зокрема, хібукі-терапія, суттєво зменшує цей вплив і стимулює їхній психофізичний розвиток, підтвердилась.

Ключові слова: психофізичний розвиток дітей з особливими освітніми потребами, психологічна травма, посттравматичний стресовий розлад, розлад аутичного спектру, воєнний стан.

Abstract

Qualification work: 100 pages, 10 tables, 2 appendices, 48 literary sources.

The purpose of the study: on the basis of theoretical justification and empirical research of the specifics of the psycho-emotional development of children with special educational needs of preschool age who are under martial law, to develop practical recommendations for teachers, psychologists and parents to support the psycho-emotional development of children of the specified category.

Object of research: psycho-emotional development of preschool children with special educational needs.

The subject of the study: — features, manifestations and dynamics of psycho-emotional development of children with special educational needs of preschool age in conditions of martial law.

The master's qualification work examines the problem of psychophysical development of children with special educational needs of preschool age. The main factors affecting the psychophysical development of preschool children are determined; which affects the delay in the psychophysical development of preschool children. The peculiarities of the manifestation of a traumatic event on the psychophysical development of preschool children and children with special educational needs are analyzed. Adapted for children with special educational needs, Hibuki therapy is proposed as a method of overcoming post-traumatic stress disorder and psychological trauma with recommendations for parents.

Basic research methods. To realize the set goal and tasks, theoretical (analysis and generalization of scientific literature and research on the psychophysical development of children with special educational needs, the impact of war injuries and art therapy) and empirical (systematic observation, structured conversations with parents and specialists, as well as conducting sessions on Hibuki therapy by Daphne Sharon Maksimov).

Experimental research base: medical center «Nevromed». Two preschool children who are internally displaced persons from the war zone in Donetsk region took part in the experimental study. The main scientific result of the work is as follows: theoretical approaches to the study of psycho-emotional development of preschool children, delay in psychophysical development of preschool children, and the impact of psychological trauma on the psychophysical development of preschool children are summarized. Hibuki therapy sessions for children with special educational needs have been developed and adapted.

The work proposes a comprehensive approach to overcoming post-traumatic stress disorder and psychological trauma in preschool children with special educational needs. The results of the study can be used in the practice of psychologists working with preschool children and children with special educational needs, with internally displaced persons as a result of martial law.

The hypothesis of the study that war traumatic events negatively affect the psychophysical development of children with special educational needs, however, systemic art therapy, in particular, hibuki therapy, significantly reduces this influence and stimulates their psychophysical development, has been confirmed.

Key words: psychophysical development of children with special educational needs, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, autism spectrum disorder, martial law.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ООП.	16
1.1.Вікові норми психофізичного розвитку дітей дошкільного віку.	16
1.2. Фактори, які впливають на затримку психофізичного розвитку у дітей дошкільного віку.....	33
1.3. Клініко-психологічна характеристика діагнозів з психофізичною затримкою розвитку.	39
Висновки до розділу 1.....	49
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ.....	51
2.1. Визначення психологічної травми в контексті дитячого розвитку	51
2.2. Види травматичних подій для дітей дошкільного віку	54
Висновки до розділу 2.....	57
РОЗДІЛ 3. ФАКТОРИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО ЧАСУ НА ПСИХОФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ООП ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	58
3.1. Війна як екстремальна ситуація розвитку: специфіка травматизації дітей дошкільного віку.....	58
3.2. Хібукі- терапія як інноваційний метод подолання воєнної травми у дітей з ООП.....	65
3.3. Застосування Хібукі-терапії в Україні для дітей, постраждалих від війни.....	70
Висновки до розділу 3	79

ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабне вторгнення та тривалий воєнний стан в Україні створили безпрецедентні умови для розвитку всіх дітей, а особливо — найбільш вразливої категорії, а саме дітей з особливими освітніми потребами (ООП) дошкільного віку. Сучасні реалії характеризуються поєднанням хронічного стресу, порушенням звичного укладу життя, вимушеним переміщенням сімей, руйнуванням соціальних зв'язків та обмеженим доступом до корекційно-розвивальних послуг. Дошкільний вік є сенситивним періодом для формування емоційної регуляції, базової довіри до світу та соціальних навичок. В умовах воєнного стану ці процеси зазнають критичних викривлень, що може призвести до глибоких психоемоційних порушень, регресії набутих навичок та формування дезадаптивних патернів поведінки. Незважаючи на зростання кількості публікацій з тематики дитячої психотравми, комплексних досліджень, присвячених саме специфіці психоемоційного розвитку дошкільників з особливими освітніми потребами у контексті хронічної воєнної небезпеки, бракує. Це обумовлює необхідність теоретичного осмислення та практичного вивчення означеної проблеми для розробки ефективних моделей психолого-педагогічного супроводу.

Об'єкт дослідження — психоемоційний розвиток дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами.

Предмет дослідження — особливості, прояви та динаміка психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах воєнного стану.

Мета дослідження — на основі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження специфіки психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку, які перебувають в умовах

воєнного стану, розробити практичні рекомендації для педагогів, психологів і батьків щодо підтримки психоемоційного розвитку дітей означеної категорії.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі **завдання дослідження:**

- Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння психоемоційного розвитку дошкільників із особливими освітніми потребами у нормі та за умов хронічного стресу.

- Охарактеризувати вплив екстремальних факторів воєнного стану (тривога, переміщення, втрата звичного розпорядку, сенсорне перевантаження) на різні сфери психіки дітей з порушеннями розвитку.

- Підібрати та адаптувати діагностичний інструментарій для оцінювання рівня тривожності, емоційної регуляції, проявів посттравматичних реакцій та адаптаційних можливостей дошкільників з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу.

- Емпірично виявити специфічні особливості психоемоційного стану дітей з різними порушеннями (порушення мовлення, затримку психічного розвитку, розлади аутистичного спектра) в залежності від типу воєнного досвіду (перебування у зоні бойових дій, евакуація, відносно безпечний регіон).

- Розробити практичні рекомендації для педагогів, психологів і батьків щодо підтримки психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку в умовах збереження воєнної загрози.

При підготовці даної кваліфікаційної роботи ми висунули таку **гіпотезу дослідження:** воєнні травматичні події негативно впливають на психофізичний розвиток дітей з особливими освітніми потребами, проте системна арттерапія, зокрема, хібукі-терапія, суттєво зменшує цей вплив і стимулює їхній психофізичний розвиток, підтвердилась.

Для підтвердження або спростування цієї гіпотези ми використали такі **методи дослідження**: теоретичні (аналіз і узагальнення наукової літератури та досліджень з питань психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, впливу воєнних травм та арттерапії) та емпіричні (систематичне спостереження, структуровані бесіди з батьками та фахівцями, а також проведення сесій з Хібукі- терапії авторства Дафни Шарон Максимов).

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в комплексному аналізі взаємодії сенситивного періоду дошкільного віку з факторами воєнної травматизації (хронічна тривога, порушення звичного середовища, вимушене переміщення, сенсорне перевантаження). Автор інтегрує класичні та сучасні підходи (теорію прив'язаності Дж. Боулбі, ідеї З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн, нейронаукові концепції Б. Перрі, А. Шора, С. ван дер Колка та теорію рольової гри О. Запорожця) з особливостями розвитку дітей з порушеннями мовлення, затримкою психічного розвитку та розладами аутистичного спектра.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці науково обґрунтованих підходів до психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного стану. Отримані результати можуть бути безпосередньо використані в системі дошкільної освіти України, інклюзивних закладах, реабілітаційних центрах та під час організації психологічної допомоги внутрішньо переміщеним сім'ям. Розроблені рекомендації сприяють запобіганню глибоких психоемоційних порушень, регресії набутих навичок та форму.

Структура магістерської. Наша робота складається зі вступу, трьох розділів, двох таблиць, загальних висновків, двох додатків, а також списку використаних джерел (сорок вісім).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Вікові норми психофізичного розвитку дітей дошкільного віку

На початкових етапах розвитку дитина навчилася сидіти, стояти, ходити, розмовляти; визначати предмети; просити допомоги у дорослих; взаємодіяти з іншими; прагне допомагати дорослим; спілкується з однолітками; вміє чекати; починає усвідомлювати більшість оточуючих її об'єктів. Вона може застосовувати один предмет як засіб для досягнення іншого, наприклад, щоб дістати іграшку. Дитина зіставляє схожі предмети. Пам'ятає своє ім'я та назви об'єктів навколо. Визначає від однієї до п'яти частин тіла. Сприймає звернену до неї мову. Здатна зосередитися на одній діяльності близько 2 хвилин, чи то під час пояснень дорослих, чи при самотійному вивченні предметів. Має сформований вказівний жест. Вміє показувати на фотографіях обличчя знайомих людей за словесною вказівкою. Розпізнає тварин, іграшки та інші предмети. Вказує на знайомі зображення, коли їх називають. Відгукується на заборони. Поєднує прості слова за категоріями, наприклад, їжа, одяг.

Дошкільним віком вважається період від 3 до 7 (8) років.

Криза трьох років є одним з найскладніших етапів у житті дитини. Це переломний момент, межа між раннім та дошкільним віком, що супроводжується переоцінкою існуючих соціальних взаємин. Криза 3 років — це криза взаємин, а будь-яка криза взаємин є кризою самовизначення, утвердження власного "Я".

Зростання самостійності та активності дитини, зміна її статусу, вимагають від дорослих, що її оточують, відповідної зміни підходу у

взаєминах. Якщо ж нові взаємини з дитиною не формуються, її починання не підтримуються, а самостійність систематично пригнічується, то з'являються виражені кризові ознаки, які помітні у взаємодії з дорослими, а іноді й з ровесниками.

Ця криза вперше була описана в роботі Ельзи Келер «Про особистість трирічної дитини». Вона визначила 7 ознак кризи трьох років:

Негативізм — це реакція протилежності, зумовлена взаємодією з іншою особою. Дитина відмовляється виконувати певні прохання чи вказівки дорослих. Основний стимул до дії — чинити всупереч, робити прямо протилежне запропонованому. Наприклад: Хлопчик вирішив малювати, але замість очікуваної заборони отримав дозвіл батьків. З одного боку, він хотів малювати, з іншого — ще сильніше прагнув зробити все наперекір. Хлопчик знайшов спосіб вийти з цієї непростой ситуації: розплакавшись, почав наполягати, щоб йому заборонили малювати. Після того, як його вимогу було виконано, він із задоволенням взявся за малювання. Інший хлопчик демонстративно читав "навпаки".

Упертість (або вередливість) — це прояв наполягання на власному рішенні. Вона полягає в тому, що дитина наполягає на власній вимозі або на своєму рішенні. Це відображає прагнення до самоствердження та висуває вимогу, щоб з її особистістю рахувалися. Важливо відрізнити впертість від наполегливості, за допомогою якої дитина досягає бажаного результату. Уперта дитина наполягає на чомусь, чого їй насправді не дуже хочеться, або вже зовсім перехотілося, або бажання зникло давно.

Норовливість близька до негативного ставлення та примх, але має свої специфічні прояви. Вона є вираженням незгоди із встановленими домашніми порядками. Ця риса спрямована не проти конкретної дорослої особи, а проти сформованої в сім'ї системи взаємин та принципів виховання. Дитина

наполягає на своїх прагненнях і демонструє незадоволення всім, що їй пропонують або роблять інші. Поширена реакція в таких ситуаціях часто виражається у відмові чи запереченні. Зважаючи на можливу виразність цієї риси (що може бути характерною особливістю), необхідно приділяти дитині особливу увагу.

Свавілля – це прагнення до відокремлення від впливу дорослих. Очевидно, що чітко виявляється тенденція до самостійності: дитина бажає все виконувати та вирішувати сама. Загалом, це позитивне явище, проте під час кризи надмірне прагнення до самостійності може призводити до свавілля, що часто не відповідає реальним можливостям дитини і викликає додаткові конфлікти з дорослими.

Знецінення є характерною рисою всіх подальших перехідних етапів. Що ж саме втрачає свою цінність для трирічної дитини? Відбувається знецінення колишніх правил поведінки. Дитина може почати сваритися, кидати або псувати улюблені іграшки тощо. Ш. Бюлер описала приголомшення батьків, коли дитина звернулася до матері образливим словом.

Протест виявляється у частих розбіжностях з батьками. Вся поведінка дитини набуває характеру заперечення, створюючи враження, що вона перебуває у стані конфронтації з оточуючими, у постійному конфлікті з ними.

Деспотизм може виникнути у сім'ях з однією дитиною. Дитина рішуче демонструє свою владу над дорослими, що її оточують, встановлюючи свої правила щодо їжі, дозволів для батьків та інших побутових питань. Якщо в сім'ї є кілька дітей, замість деспотизму можуть проявитися ревності: та ж сама тенденція до панування тут виступає джерелом заздрощів та нетерпимого ставлення до інших дітей, які, з погляду маленького тирана, не мають майже жодних прав у родині.

Криза трьох років знаменує собою істотну трансформацію взаємин між дитиною та дорослим, що існували до цього моменту. Наприкінці раннього віку виникає прагнення до самостійної активності, що свідчить про те, що дорослі перестають бути лише інструментами для задоволення потреб дитини, а відкриваються перед нею як носії зразків поведінки та відносин у навколишньому світі. Феномен «Я сам» означає не лише появу зовнішньої самостійності, але й одночасне відокремлення дитини від дорослої особи. Внаслідок такого відокремлення дорослі вперше постають у світі дитячого життя як окремі особистості. Дитячий світ, раніше обмежений лише предметами, тепер трансформується у світ взаємодії з дорослими людьми. Прагнення жити спільним життям з дорослими простежується протягом усього дитинства; відділяючись від дорослого, дитина встановлює з ним глибші стосунки.

Основними чинниками, що стимулюють психічний розвиток дошкільника, є суперечності, які виникають через формування різноманітних дитячих потреб. Ключовими серед них є: потреба у взаємодії, яка допомагає засвоїти суспільний досвід; потреба в нових враженнях, що сприяє формуванню пізнавальних здібностей; а також потреба в активності, яка веде до опанування безлічі навичок та вмінь. У дошкільному віці ключові соціальні потреби розвиваються таким чином, що кожна з них стає самостійною та важливою.

Формування особистості дошкільника значною мірою зумовлене його соціальним оточенням, зокрема необхідністю спілкування як з дорослими, так і з ровесниками.

Взаємодія з дорослими розвивається в міру зростання самостійності дитини та її пізнання навколишнього світу. Основною формою комунікації для дошкільнят є мовлення. Молодші дошкільники ставлять безліч запитань,

прагнучи зрозуміти явища природи та повсякденного життя (наприклад, чому зникає ніч, як з'являються зірки, які звуки видають тварини). Від дорослих вони очікують серйозного ставлення, сприймаючи їх як рівноправних співрозмовників. Цей вид взаємодії називається пізнавальним спілкуванням. Якщо дитина не отримує такого ставлення, це може призвести до проявів негативізму та упертості.

Також у дошкільному віці формується особистісне спілкування. Воно проявляється в тому, що дитина прагне обговорювати з дорослими власну поведінку та дії інших людей, оцінюючи їх з точки зору моральних принципів. Такий діалог вимагає вищого рівня розумового розвитку. Задля цього типу спілкування дитина готова відмовитися від позиції рівноправного партнера, приймаючи роль учня, тоді як дорослий виступає в ролі наставника.

Особистісний вид спілкування найкраще готує дитину до шкільного навчання, адже там їй доведеться уважно слухати вчителя та засвоювати нову інформацію.

Значиму роль у становленні особистості відіграє також взаємодія з однолітками, серед яких дитина перебуває з раннього віку. Між дітьми можуть формуватися різноманітні стосунки. Тому вкрай важливо, щоб з перших днів відвідування дитячого садка дитина отримувала позитивний досвід співпраці та взаємопідтримки.

У віці близько трьох років взаємодія між дітьми переважно ґрунтується на спільних іграх з предметами та іграшками. Ці дії стають колективними та взаємопов'язаними. Старші дошкільнята у спільній діяльності опановують складніші форми співпраці: вони по черзі виконують завдання, узгоджують свої дії, спільно виконують певні етапи роботи та контролюють дії одне одного.

Під час спільної діяльності діти виправляють свої помилки; допомагають партнерам, розділяючи з ними частину завдань; враховують зауваження інших, працюючи над усуненням власних недоліків.

Завдяки взаємодії діти набувають досвіду як лідерства, так і підпорядкування. У дошкільників прагнення керувати більше пов'язане з емоційним ставленням до власної діяльності, ніж з офіційною позицією керівника. Вони ще не повністю розуміють справжню боротьбу за лідерство. У цей період активно розвиваються їхні комунікативні здібності. Найпершою формою спілкування є наслідування. Цілеспрямоване наслідування є одним із ключових способів засвоєння дитиною соціального досвіду.

Протягом дошкільного віку змінюється характер наслідування у дітей. Якщо молодші дошкільники копіювали окремі прояви поведінки дорослих та однолітків, то старші вже не бездумно імітують, а свідомо переймають встановлені правила поведінки.

Дошкільник має сильне бажання влитися в доросле життя та активно брати в ньому участь. У цьому віці увага зосереджена на узагальненому образі дорослого як носія суспільних функцій, його ролей та обов'язків. Дорослий сприймається як виконавець соціальних функцій у системі взаємовідносин (наприклад, батько, лікар, охоронець тощо). Основна суперечність цієї фази соціального розвитку полягає в тому, що дитина є частиною суспільства і не може існувати поза ним; її ключова потреба — взаємодіяти з іншими людьми. Однак реалізувати це в сучасних умовах не завжди можливо, оскільки дитина взаємодіє зі світом не безпосередньо, а опосередковано.

Саме з цієї суперечності й виникає рольова гра — самостійна діяльність дітей, яка відтворює життя дорослих.

Л.В. Виготський у 1933 році першим обґрунтував, що рольова гра є основною діяльністю дошкільника. Згодом Д.Б. Ельконін ґрунтовно розвинув

теорію сюжетно-рольової гри. О.В. Запорожець вивчав значення гри як інструменту розвитку психічних функцій, зокрема формування довільної поведінки шляхом виконання ролей. [29]

Вони розглядають гру як основну діяльність дошкільника, наголошуючи на її соціальній обумовленості. Гра має соціальне походження та зміст, будучи історично сформованим явищем, пов'язаним з еволюцією суспільства та культури. Вона є відображенням життя дитини в соціумі. Це особлива форма активності, де діти приміряють на себе ролі дорослих, відтворюючи в ігровій формі їхні життєві ситуації, професійну діяльність та взаємовідносини. Через гру дошкільники задовольняють свої потреби у взаємодії з дорослими та участі в їхньому соціальному житті.

Гра є процесом, під час якого діти поступово опановують систему людських взаємин, спочатку на емоційному рівні, а потім на інтелектуальному.

Як основний вид діяльності, гра дає дітям змогу відтворювати різні аспекти повсякденного життя та діяльність дорослих, що сприяє здобуттю та систематизації їхніх знань про навколишній світ.

На межі раннього та дошкільного періодів розвитку з'являються початкові форми дитячих ігор. До них належить режисерська гра, за якою незабаром розвивається образно-рольова. У такій грі дитина імітує різні ролі та персонажів, діючи відповідно до них. Ключовою умовою для її виникнення є сильні емоційні враження, які спонукають дитину відтворити побачене або почуте у своїх ігрових діях. Класичні приклади образно-рольових ігор описані Жаном Піаже, який спостерігав за своєю донькою. Вона могла повністю зануритися в роль, наприклад, уявивши себе дзвонарнею після яскравих вражень від її дзвону ("Я - церква"), або «мертвою качкою» після побаченого на кухні.

Режисерська та образно-рольова ігри є основою для розвитку сюжетно-рольової гри, що досягає свого піку в середньому дошкільному віці. Згодом з неї виокремлюються ігри, що базуються на правилах, та інші ігрові форми. Важливо зазначити, що поява нових типів ігор не призводить до зникнення попередніх, уже освоєних; всі вони продовжують існувати та розвиватися.

У сюжетно-рольовій грі діти безпосередньо відтворюють соціальні ролі та взаємодіють, часто граючи разом або з лялькою, яка виступає ідеальним партнером і також отримує свою роль. Натомість в іграх за правилами акцент зміщується на неухильне дотримання встановлених норм, а ролі стають менш значущими. Тут часто присутній змагальний елемент, спрямований на індивідуальну або командну перемогу. До таких ігор належать рухливі, спортивні та настільні ігри.

Кожна гра має власну структуру. Сюжет гри – це частина реальності, що відтворюється в ігровому процесі. Спершу дитячі ігри орієнтовані на сімейний та побутовий досвід. Проте з розширенням життєвих знань дитина переходить до складніших сюжетів, таких як виробничі чи військові. Також збагачуються форми ігор на вже відомі теми, наприклад, «дочки-матері». Крім того, ігрова діяльність на один і той самий сюжет з часом стає більш стабільною та тривалою.

У віці 3-4 років дитина може приділити грі лише 10-15 хвилин, після чого їй потрібно перейти до іншого заняття. У 4-5 років одна гра вже може тривати 40-50 хвилин. Старші дошкільники здатні грати в одну й ту саму гру кілька годин поспіль, а деякі їхні ігри можуть тривати навіть кілька днів.

Зміст гри формується тими аспектами діяльності та взаємодії дорослих, які діти імітують.

Ключовим елементом у сюжетно-рольовій грі є роль, яку обирає дитина. У дитячих іграх представлені всі професії, що існують у повсякденному житті

дорослих. Однак найцікавіше в рольовій грі те, що, виконуючи функцію дорослої людини, дитина відтворює її діяльність у дуже узагальненому, символічному вигляді.

Значущим елементом гри є ігрові дії. Це дії, що не обтяжені технічними деталями; вони наповнені сенсом і мають уявний (символічний) характер.

У дитячій грі відбувається надання нового значення предметам (створюється умовна ситуація). Можливо, саме тому діти часто обирають прості, неспеціалізовані предмети, які не мають чіткого призначення.

Правила є одним з елементів структури гри. Саме в грі вперше виникає новий вид задоволення для дитини – радість від дотримання встановлених правил. У грі дитина може плакати, виконуючи роль пацієнта, і водночас відчувати радість від самого процесу гри. Це також сприяє розвитку самоконтролю, який продовжується у шкільному віці.

Гра постійно еволюціонує і до кінця дошкільного віку досягає значного розвитку. Для першої стадії (3-5 років) характерне відтворення послідовності реальних людських дій; основою гри є дії з предметами. На другій стадії (5-7 років) імітуються справжні стосунки між людьми, і зміст гри зосереджується на соціальних взаєминах та суспільній сутності дорослої діяльності.

Гра є основним видом діяльності у дошкільному віці та суттєво впливає на психічний розвиток дитини.

У дошкільному віці в діяльності дитини виникають основи трудової діяльності. Праця сприяє формуванню моральних якостей дитини, відчуття відповідальності та поваги до оточуючих. Дуже важливо, щоб дитина відчувала позитивні емоції, що сприяють розвитку зацікавленості до праці. Завдяки безпосередній участі та спостереженню за працею дорослих дошкільник ознайомлюється з етапами роботи, інструментами та різними видами праці, набуває необхідних знань і вмінь. Одночасно розвиваються

самоконтроль і цілеспрямованість, зростає сила волі, формуються допитливість і уважність. Оволодіваючи трудовими вміннями та навичками, дитина починає краще розуміти свої обов'язки, усвідомлювати важливість їх виконання та докладає зусиль для якнайкращого виконання дорученої справи. Зміцнюється почуття відповідальності та усвідомлення свого обов'язку перед колективом.

Залучення дошкільників до трудової діяльності, що супроводжується постійним керівництвом з боку дорослих, є обов'язковою умовою повноцінного розвитку психіки дитини.

Навчання має суттєвий вплив на розумовий розвиток дитини. На початку дошкільного періоду психологічний розвиток дитини досягає етапу, що дозволяє формувати рухові, мовленнєві, сенсорні та певні інтелектуальні навички, а також робить можливим запровадження початкових елементів навчальної діяльності.

Ключовим фактором, що визначає характер навчання дошкільника, є ставлення дитини до вказівок дорослих. Протягом дошкільного віку дитина опановує ці вимоги, трансформуючи їх у власні цілі та завдання. Успіх навчання дошкільника багато в чому залежить від розподілу ролей між учасниками освітнього процесу та від наявності відповідних умов.

Формування психічних функцій.

Мовлення. У дошкільному віці переважно завершується тривалий та складний процес опанування мовленням. Приблизно до семи років мовлення перетворюється на основний засіб спілкування та мислення дитини, а також стає об'єктом усвідомленого вивчення, оскільки в процесі підготовки до школи починається освоєння читання та письма. Згідно з думкою психологів, мовлення стає для дитини рідним.

Відбувається розвиток звукової сторони мовлення. Діти молодшого дошкільного віку починають усвідомлювати особливості власної вимови. Проте у них ще зберігаються попередні механізми сприйняття звуків, що дозволяє їм розпізнавати неправильно вимовлені дитячі слова. До завершення дошкільного періоду відбувається остаточне формування фонематичного сприйняття.

Словниковий запас мовлення інтенсивно збільшується. Подібно до раннього дитинства, тут спостерігаються значні індивідуальні розбіжності: у деяких дітей словниковий запас значно обширніший, в інших – менший, що визначається умовами їхнього життя та інтенсивністю спілкування з дорослими з близького оточення. Нижче наведено усереднені дані за В. Штерном: у 1,5 року дитина активно вживає близько 100 слів, у 3 роки – від 1000 до 1100, а у 6 років – від 2500 до 3000 слів.

Відбувається розвиток граматичної будови мовлення. Діти опановують складні закономірності морфологічного порядку (побудова слова) та синтаксичного (побудова фрази). Дитина віком від 3 до 5 років не лише активно послуговується мовленням, а й творчо освоює мовленнєву реальність. У дошкільнят виникає оригінальне словотворення та формування речень.

Освоєння дитиною граматичних форм слова та набуття значного активного словникового запасу дає їй змогу наприкінці дошкільного віку перейти до використання контекстного мовлення.

Зміст такої мови стає зрозумілим завдяки контексту, в якому вона використовується. Дитина може переказати прочитану історію, описати зображення або чітко висловити свої враження від побаченого. Проте це не означає повного зникнення ситуативної мови у дитини. Вона залишається переважно в щоденних розмовах та при описі подій, що викликають сильні емоції. Щоб зрозуміти особливості ситуативної мови, достатньо послухати, як

діти обговорюють побачені мультфільми чи бойовики – часто вони не завершують речення, пропускають слова тощо.

Сенсорний розвиток. У дошкільному віці, завдяки навчанню та вихованню, активно розвиваються всі пізнавальні процеси, включаючи сенсорний розвиток.

Сенсорний розвиток – це поліпшення відчуттів, сприйняття та образних уявлень. У дітей стають тоншими відчуття. Збільшується гострота зору та розрізнення кольорів, покращується слух (здатність розрізняти звуки та їхню висоту), а також значно підвищується точність визначення ваги предметів. Завдяки сенсорному розвитку дитина опановує перцептивні дії, головне завдання яких – досліджувати об'єкти та виділяти їхні найважливіші ознаки, а також засвоювати сенсорні еталони – загальноприйняті зразки якостей, властивостей та співвідношень предметів, які сприймаються органами чуття.

Найпростішими сенсорними еталонами для дошкільнят є геометричні фігури (квадрат, трикутник, коло) та кольори спектра. Сенсорні еталони формуються під час діяльності. Ліплення, конструювання та малювання є найбільш ефективними для прискорення сенсорного розвитку.

Мислення. Мислення дітей дошкільного віку має свої відмінні риси. Наприклад, якщо запитати дитину середнього дошкільного віку під час прогулянки біля річки: «Сашко, чому ластівки плавають на воді?» – вона відповість: «Тому що вони маленькі й легкі». А на запитання «Чому пливе теплохід?» – скаже: «Тому що він великий і важкий». У цьому віці діти ще не вміють виділяти ключові зв'язки між предметами та явищами і робити загальні висновки.

Протягом дошкільного віку мислення дитини значно змінюється. Насамперед це проявляється в тому, що вона ще не освоїла нові способи

мислення та розумові операції. Розвиток відбувається послідовно, крок за кроком, і кожен попередній етап є основою для наступного.

Мислення розвивається, починаючи від практично-дієвого (того, що базується на безпосередніх діях) до образного (візуального, уявного). Далі, на основі образного мислення, формується образно-схематичне, яке слугує проміжним етапом між образним та логічним мисленням. Образно-схематичне мислення дає можливість встановлювати взаємозв'язки та співвідношення між різними предметами та їхніми характеристиками.

Розвиток мислення дитини нерозривно пов'язаний з розвитком її мови. У дітей молодшого дошкільного віку мова ще супроводжує практичні дії, але поки не виконує функції планування. У віці близько 4 років дитина вже може уявити послідовність практичних дій, але не завжди здатна чітко описати те, що збирається робити. У середньому дошкільному віці мова починає передувати виконанню практичних дій, допомагаючи їх спланувати. Проте на цьому етапі візуальні образи все ще залишаються основою мисленнєвих процесів. Лише на наступному етапі розвитку дитина вже здатна вирішувати практичні завдання, використовуючи словесні міркування для їх планування.

Пам'ять. Протягом дошкільного віку пам'ять активно розвивається. У молодших дошкільнят значну роль у пам'яті відіграє впізнавання, але поступово зростає значення відтворення інформації. У середньому та старшому дошкільному віці з'являються більш повні та чіткі спогади. Триває інтенсивний розвиток образної пам'яті (запам'ятовування предметів та їх зображень). Для розвитку пам'яті дитини характерним є перехід від образного до словесно-логічного типу.

Також розвивається довільна пам'ять (усвідомлене запам'ятовування та пригадування). Здатність до довільного пригадування розвивається раніше, ніж довільне запам'ятовування. Розвиток довільної пам'яті починається саме з

розвитку свідомого відтворення інформації. Причиною цього є те, що ситуація запам'ятовування сама по собі часто не вимагає від дитини особливої активності. Натомість, ситуація пригадування позитивно впливає на розвиток запам'ятовування: невдачі у відтворенні спонукають дитину чіткіше усвідомити мету, її важливість та активно діяти для її досягнення (наприклад, повторити доручення).

Уява. Уява у дитини починає формуватися наприкінці другого — на початку третього року життя. Про наявність образів як результатів уяви можна судити з того, що діти із задоволенням слухають короткі розповіді, казки та співчують їхнім персонажам.

Розвитку відтворювальної (репродуктивної) та творчої (продуктивної) уяви дошкільників сприяють різноманітні види творчої діяльності, такі як конструювання, ліплення, малювання. Особливість образів, які створюють діти, полягає в тому, що вони ще не можуть існувати повністю самостійно. Їм потрібна зовнішня підтримка в їхній діяльності. Так, наприклад, якщо в грі дитина має створити образ людини, то вона сама приймає на себе цю роль і діє в уявній ситуації.

Значну роль у розвитку творчого мислення відіграє дитяче словотворення. Діти придумують казки, дражнилки та подібні речі.

Для дошкільнят характерна дедалі більша самостійність уяви. Згодом вона стає відносно незалежною психічною діяльністю.

Формування особистості дошкільника.

Дошкільний період є першим етапом становлення особистості. У дітей з'являються нові риси особистості, такі як підпорядкованість мотивів, засвоєння етичних правил та формування цілеспрямованої поведінки.

Підпорядкованість мотивів означає, що дії та поведінка дошкільника не просто співіснують, а взаємодіють між собою. Це проявляється не тільки у так званій боротьбі мотивів, а й у їхньому порядку, тобто у пануванні одних і підкоренні інших. Конкретний зміст цієї системи, а саме, які спонукання керують іншими, залежить від віку дітей та їхнього виховання.

Аналіз мотивів дошкільнят дозволив виділити дві основні групи: особистісні та соціально значущі. У дошкільнят переважають особистісні мотиви. Вони найбільш чітко виявляються у взаємодії з дорослими. Дитина прагне отримати емоційну реакцію від дорослого – схвалення, похвалу, ніжність. Потреба у такій оцінці настільки сильна, що вони часто приписують собі позитивні риси. Наприклад, один хлопчик, який був боягузом, розповідає про себе: «Я ходив у джунглі на полювання, бачу — тигр. Я його одразу спіймав і відправив до зоопарку. Хіба я не сміливий?»

Особистісні мотиви виявляються у різних видах діяльності та зосереджені на об'єктах цієї діяльності. Наприклад, під час гри дитина прагне забезпечити себе іграшками та аксесуарами. Вона грає, не замислюючись про сам процес і не аналізуючи, чи потрібні будуть ці предмети у грі. Поступово, в процесі спільної діяльності, у дошкільнят формуються і соціально значущі мотиви, що проявляються у бажанні зробити щось для інших.

У дошкільньому віці дитина починає орієнтуватися у своїй поведінці на моральні правила. У неї виникають моральні уявлення та критерії оцінки. Дослідження показали зв'язок між емоційними відгуками дітей на оцінки дорослих, які їх оточують, та формуванням самооцінки, почуття гордості. Почуття гордості вперше з'являється у дитини в результаті прямої оцінки дорослого, а згодом — і без неї. Поступово формується потреба пишатися певними рисами, підтримувати позитивну думку дорослих і таким чином задовольняти свою самоповагу.

Протягом дошкільного віку вияви власної гідності стають більш різноманітними. Усвідомлюючи суспільні цінності, діти починають пишатися трудовими досягненнями та професійними навичками своїх батьків.

Самолюбство має й інший аспект, що проявляється у відчутті сорому або зніяковілості. Ці емоції виникають, коли дитина втрачає схвалення чи позитивне ставлення дорослих, особливо якщо ця оцінка виходить від авторитетної для неї особи, є для неї важливою та впливає на її самооцінку.

Розвиток почуття сорому у дітей дошкільного віку пов'язаний зі зростанням їхнього морального досвіду та самоусвідомлення. (О. І. Кульчицька). Почуття самоповаги, гордості, гідності та сорому, що формуються у дитини, стають основними рушійними компонентами всіх моральних якостей її особистості.

Дорослі навчають дітей способам виявлення співчуття, доброзичливості та товарищкості, допомагаючи їм долати мовчазність, замкнутість і боязкість. Здатність дитини до співпереживання особливо яскраво проявляється під час перегляду казок, малюнків, мультфільмів або лялькових вистав.

У дошкільному віці формується певне ставлення до себе та своїх здібностей. П'ятирічні діти, як правило, схильні їх переоцінювати. До семи років діти у більшості випадків оцінюють себе більш об'єктивно: «я вмію одягатися», «я можу прибрати своє ліжко». У цьому віці дошкільники також відзначають свої вміння дотримуватися певних моральних норм: «я вмію допомагати дорослим» тощо. Свої можливості вони оцінюють, виходячи з їхньої практичної реалізації. Самооцінка старших дошкільників стає досить стабільною.

Засвоєння дитиною норм і правил, а також її вміння узгоджувати власні вчинки з цими нормами, поступово призводить до формування перших проявів свідомої поведінки. Така поведінка характеризується послідовністю,

стабільністю та відповідністю зовнішніх дій внутрішнім переконанням, а не лише ситуативним обставинам. Підвищенню цілеспрямованості вчинків сприяє усвідомлення дітьми обов'язковості завдань і вимог, які ставлять дорослі. Прийняття вимоги як обов'язкової визначає значущість мети та її стійкість. З віком у дошкільників з'являється здатність під час виконання завдань долати вплив привабливих об'єктів, які є сторонніми щодо основної мети та відволікають від неї. Так виявляється важлива поведінкова якість – здатність утриматися від спокуси. Наприклад, навіть якщо дитина натрапила на цікаву іграшку, з якою негайно хочеться погратися, вона все ж таки повинна довести до кінця попередню справу (В.К. Котирло). [29]

Процес формування свідомої поведінки, який розпочався ще в середньому дошкільному віці, продовжується і в старшому. У цьому віці дитина достатньо добре знає свої можливості, самостійно ставить перед собою цілі та знаходить засоби для їх досягнення. У неї виникає здатність планувати свої дії та здійснювати їх аналіз.

Протягом дошкільного періоду дитина долає значний етап розвитку — від усвідомлення своєї окремоті від дорослих та прагнення до самостійності («Я-сам») до формування внутрішнього світу та розвитку самосвідомості. При цьому ключове значення має сутність спонукань, які мотивують людину до задоволення її потреб у взаємодії, діяльності та відповідних формах поведінки.

1.2. Фактори, які впливають на затримку психофізичного розвитку у дітей дошкільного віку

Затримка психофізичного розвитку у дітей дошкільного віку розглядається в сучасній науці як поліетіологічний феномен, що виникає внаслідок комплексної взаємодії біологічних, соціальних та середовищних чинників. На відміну від стійких форм інтелектуальної недостатності, затримка психофізичного розвитку характеризується уповільненим темпом дозрівання вищих психічних функцій, який за умов адекватної корекції може бути частково або повністю компенсований. Розуміння етіологічних факторів є необхідним для ранньої діагностики, профілактики та побудови ефективних корекційно-розвивальних програм.

Біологічні фактори відіграють провідну роль у виникненні затримки психофізичного розвитку, особливо в разі раннього органічного ураження центральної нервової системи. Їх прийнято поділяти на пренатальні, нататальні та постнатальні [7, 8, 9].

До пренатальних факторів входять:

- 1) Генетична обтяженість (наявність у родині випадків затримки психічного розвитку, епілепсії, ендокринних захворювань).
- 2) Структурні мутації, що виникають внаслідок розривів хромосом і зміни їхньої лінійної будови (у більшості випадків призводять до патологій, загибелі клітин або організму. Наприклад, синдром Дауна).[5, 6]
- 3) Інфекційні захворювання матері під час вагітності (цитомегаловірус, токсоплазмоз, краснуха, герпес, ВІЛ).
- 4) Соматичні та ендокринні порушення матері (цукровий діабет, гіпотиреоз, гіпертонічна хвороба).
- 5) Токсичні впливи (алкогольний синдром плоду, нікотинова інтоксикація, наркотичні речовини, прийом окремих тератогенних лікарських засобів).

- б) Важкі гестози, резус-конфлікт, фетоплацентарна недостатність і хронічна гіпоксія плоду.

До натальних входять фактори, пов'язані з перебігом пологів:

- 1) Передчасні пологи (особливо на 28–33 тижні) або запізнілі пологи.
- 2) Пологова травма (внутрішньочерепна родова травма, спінальна травма).
- 3) Асфіксія новонародженого різного ступеня тяжкості.
- 4) Тривалий безводний період, стрімкі пологи.

До постнатальних входять фактори, які діють після народження, переважно на першому-третьому році життя:

- 1) Нейроінфекції (менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт).
- 2) Черепно-мозкові травми (особливо повторні та у віці до 2 років).
- 3) Тяжкі соматичні захворювання з тривалою госпіталізацією та вимушеною соціальною ізоляцією.
- 4) Інтоксикації (отруєння свинцем, ртуттю, побутовою хімією).

Соціально-середовищні фактори часто виступають не самостійною причиною, а потужним модулятором дії біологічних ушкоджень. У разі мінімальної церебральної дисфункції несприятливе середовище може призводити до вираженої затримки, тоді як сприятливе – компенсувати дефіцит.

В основі виділяють декілька факторів.

Депривація (сенсорна, емоційна, соціальна) – це психологічний стан, що виникає внаслідок тривалої нестачі або повної відсутності любові, емоційної підтримки, турботи до близьких. Виникає в інтернатних закладах, асоціальних сім'ях, або за умов хронічної хвороби дитини. Особливо критичною є депривація у віці від 6 до 36 місяців.

Психотравмуюча ситуація в родині – фізичне або психологічне насильство, розлучення батьків, втрата близького дорослого, свідок сімейних конфліктів.

Педагогічна занедбаність – стан дитини, що характеризується стійкими відхиленнями від норми у поведінці, навчанні та моральній свідомості, які виникли через відсутність належного виховання, навчання або через помилки у виховній роботі. Відсутність адекватних розвивальних занять, читання, комунікації з дитиною; гіперопіка або гіпоопіка.

Низький соціально-економічний статус родини – недостатнє харчування, погана медична допомога, скупченість, шум, неякісний сон.

Мовне середовище з бідним словником – обмеженість мовлення батьків, відсутність діалогу, багатогодинний перегляд телевізора або телефонів без комунікації.

Взаємодія біологічних та соціальних факторів.

У сучасній нейропсихології затримка психофізичного розвитку розглядається в межах біопсихосоціальної моделі, згідно з якою жоден окремих фактор рідко визначає кінцевий розвиток дитини.

Фактор дози – чим інтенсивніше та довше діє ушкодження, тим вища ймовірність стійкої затримки.

Фактор критичних періодів – дія одного й того ж фактора (наприклад, госпіталізації) у 1 рік і у 5 років має різні наслідки. Найчутливішими є сенситивні періоди розвитку мовлення (1–3 роки), довільної регуляції (3–4 роки) та соціального інтелекту (4–6 років).

Компенсаторні можливості середовища – за наявності реабілітаційних занять, емоційної підтримки, стимуляції дрібної моторики та мовлення біологічні дефекти можуть бути частково подолані.

Материнська поведінка як предиктор розвитку симптомів розладу дефіциту уваги і гіперактивність.

Для нашої праці було важливим лонгітюдне дослідження Венді В.Й. Чан, Кеті Карман Шум, Джоні Даунс, Едмунд Дж., С. Сонуга- Барке [45] , в ньому було перевірено гіпотезу про те, що негативні реакції батьків під час епізодів очікування можуть посилювати прояви розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку . У дослідженні взяли участь 112 дітей (середній вік – 46,2 місяці) та їхні батьки з Лондона та Гонконгу. На початковому етапі проводилося експериментальне завдання Parent–Child Delay Frustration Task (PC-DeFT), яке моделювало ситуацію несподіваної затримки під час спільної гри. Поведінка дітей та реакції батьків спостерігалися та кодувалися, а вчителі оцінювали рівень розладу дефіциту уваги та гіперактивності -поведінки та уникнення затримки на початку та через 12–18 місяців.

Результати показали, що негативні реакції батьків (критика, інтрузивність) у ситуації очікування на початковому етапі передбачали зростання розлад дефіциту уваги та гіперактивність -симптомів у дітей через рік-півтора. При цьому зв'язок був опосередкований механізмом «уникнення затримки» (delay aversion): діти, які зазнавали негативної реакції на свої спроби впоратися з очікуванням, формували стійку мотивацію уникати ситуацій затримки, що зовні проявлялося як гіперактивність, імпульсивність та неуважність. Важливо, що подібних ефектів не спостерігалось в контрольних завданнях, які не передбачали очікування, що підтверджує специфічність саме контексту «очікування–фрустрація» .

Ці дані мають принципове значення для розуміння соціальних факторів розладу дефіциту уваги та гіперактивності: не самі по собі складні соціальні умови, а саме специфічна інтеракційна динаміка в ситуаціях регуляції

фрустрації є критичним механізмом, що перетворює нейробіологічну вразливість на стійку затримку розвитку регуляторних функцій. Як зазначають автори, «сила цієї диспозиції (уникнення затримки), хоча й має нейробіологічне коріння, посилюється ранніми негативними соціальними взаємодіями» .

Культурний контекст як модулятор прояву фрустрації.

Цікавим аспектом зазначеного дослідження є міжкультурне порівняння (Лондон vs. Гонконг). Було виявлено, що діти з Гонконгу демонстрували менше зовнішніх проявів негативного афекту під час затримки порівняно з британськими однолітками, хоча зв'язок між чутливістю до затримки та фрустрацією був культурно інваріантним . Це свідчить про те, що культурні норми виховання можуть модулювати вираженість поведінкових труднощів, але не скасовують базового психофізичного механізму. Для практики це означає: в одних культурних середовищах затримка розвитку може довше залишатися «непоміченою» через соціально прийнятні форми компенсаторної поведінки, що відтерміновує початок корекції.

Динаміка затримок до 3 років і їх вплив на розвиток дошкільного віку.

Лей Ван, Дінцзін Цзян, Іфей Чен, Сікі Чжан, Скотт Розелл провели важливе масштабне лонгітюдне дослідження. [46] Воно відбулось на вибірці з 1245 дітей у сільських районах Китаю, виявило критичну закономірність: розвиткові траєкторії у віці до 3 років мають високу прогностичну силу щодо рівня розвитку в дошкільному віці . Це допомогло ідентифікувати чотири типи траєкторій:

- 1) «Ніколи не було затримки» (never delayed);
- 2) «Стійка затримка» (persistently delayed);
- 3) «Поліпшення» (improving);
- 4) «Погіршення» (deteriorating).

Результати показали, що понад половина дітей мали траєкторію «погіршення» хоча б за одним із доменів (когнітивним або соціально-емоційним) до трьох років. При цьому соціально-економічний статус родини (рівень доходу, освіта матері) був значуще пов'язаний із ризиком потрапити до груп «стійка затримка» або «погіршення». Автори наголошують, що дії, спрямовані на покращення розвитку, мають розпочинатися у найраніші терміни (перші 3 роки), оскільки після формування дезадаптивної траєкторії її корекція потребує значно більших зусиль .

Синтез біологічних та соціальних механізмів: модель взаємодії.

Узагальнення сучасних даних дозволяє запропонувати трикомпонентну модель взаємодії факторів при затримці психофізичного розвитку у дошкільному віці:

Фонові біологічні фактори (генетична вразливість, перинатальна патологія) створюють підвищену чутливість до затримки – схильність реагувати дистресом на ситуації очікування .

Тригерні соціальні фактори (негативні реакції батьків на фрустрацію дитини, педагогічна занедбаність) перетворюють тимчасовий дистрес на стійкий патерн уникнення затримки – мотиваційну стратегію, що зовні проявляється як гіперактивність, імпульсивність та неухважність .

Модуючі середовищні фактори (соціально-економічний статус, культурні норми, якість стимуляційного середовища) визначають, чи призведе сформоване уникнення затримки до стійкої затримки психофізичного розвитку, чи буде компенсовано в альтернативних видах діяльності.

1.3. Клініко-психологічна характеристика діагнозів з психофізичною затримкою розвитку

Поняття психофізичної затримки розвитку в структурі дизонтогенезу (порушенні індивідуального розвитку організму, що виникає внутрішньоутробно або в ранньому дитячому віці).

Психофізична затримка розвитку розглядається як варіант дизонтогенезу, за якого спостерігається уповільнення темпу дозрівання когнітивних, моторних і сенсорних функцій внаслідок дисфункції центральної нервової системи, ендокринних розладів або поєднання біологічних і соціальних чинників. На відміну від тотального інтелектуального дефіциту, цей тип затримки має тимчасовий або частковий характер та часто компенсується за умов адекватної корекції.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) критерії психофізичної затримки розподілені на блоки що об'єднує порушення нейророзвитку (Розлади психічного розвитку F80- F89). [44]

Розлади, об'єднані у цьому блоці, мають спільні риси:

Обов'язковий початок у молодшому та старшому дитячому віці;

Порушення або затримка розвитку функцій, які сильно пов'язані з біологічною зрілістю центральної нервової системи, та стабільне протікання без ремісії та рецидиву.

У переважній більшості випадків, ці порушення стосуються мовлення, просторового зору та координації рухів. Як правило, затримка або порушення були присутні з самого раннього віку, коли тільки було можливо їх належним чином виявити, та поступово будуть зменшуватися в процесі зростання дитини, хоча незначні вади часто залишаються і у дорослих.

Специфічні розлади розвитку мовлення та мови.

Стани, що характеризуються порушенням типового розвитку мови та мовлення з раннього етапу становлення. Ці особливості не завжди зумовлені патологіями центральної нервової системи, анатомічними вадами мовленнєвого апарату, дисфункціями сенсорних органів, інтелектуальними порушеннями чи зовнішніми чинниками. Порушення розвитку мовлення та мови нерідко супроводжуються додатковими труднощами, такими як проблеми з читанням та письмом, особливості у соціальній взаємодії, а також емоційні чи поведінкові розлади.

Специфічний розлад мовної артикуляції.

Це порушення мовлення у дитини, яке виникає в період розвитку і стосується виключно (або передусім) оволодіння вимовою звуків. Вимова звуків відстає від вікових норм, тоді як інші мовленнєві здібності (такі як словниковий запас, граматики, розуміння мови) розвинені відповідно до віку. Порушення розвитку: фонологічне, мовної артикуляції.

Дислалія. Функціональне порушення мовної артикуляції. Дитяча форма мовлення.

Розлад експресивності мови.

Це особливе порушення розвитку, при якому здатність дитини до активного мовлення є суттєво нижчою за очікувану (відповідно до її розумового розвитку), проте розуміння мовлення залишається в межах норми. Такий стан може супроводжуватися труднощами у вимові звуків. Дисфазія або афазія експресивного типу, що характерна для періоду розвитку.

Розлад рецептивності мови.

Особливе порушення розвитку, при якому розуміння мови у дитини значно відстає від очікуваного рівня для її віку. Зазвичай це також впливає на здатність дитини висловлюватися і проявляються труднощі з вимовою слів. Вроджене порушення слухового сприймання.

Набута афазія з епілепсією [синдром Ландау-Клефнера].

Цей розлад характеризується втратою мовленнєвих здібностей (як розуміння, так і відтворення мови) у дитини, яка до цього мала нормальний мовленнєвий розвиток. При цьому загальний інтелект дитини зберігається.

Початок захворювання пов'язаний з особливою патологічною активністю мозку, що фіксується на електроенцефалограмі (ЕЕГ). Крім того, можуть спостерігатися епілептичні напади. Зазвичай, захворювання дебютує у віці від 3 до 7 років. Втрата мовленнєвих навичок часто відбувається досить швидко, протягом кількох днів або тижнів.

Часовий взаємозв'язок між виникненням нападів та втратою мовленнєвих здібностей може варіюватися. Ці події можуть передувати одна одній або відбуватися послідовно в інтервалі від кількох місяців до двох років.

Припускається, що причиною цього стану є запальний процес у головному мозку дитини. У подальшому, приблизно дві третини пацієнтів з цим розладом зберігають різного ступеня вираженості труднощі з розумінням мови.

Інші розлади розвитку мовлення і мови.

Інфантильне мовлення. Труднощі у мовній взаємодії, розумінні смислових відтінків та невербальної комунікації. Автоматичне повторення почутих слів або фраз. Повна або часткова відсутність мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон головного мозку. Неможливість мовленнєвого контакту, попри збережений мовленнєвий апарат. Комплексні мовленнєві порушення, що зачіпають усі аспекти мови (звуковимову, лексичний запас, граматичну будову).

Розлад розвитку мовлення і мови, неуточнений.

Розлад мови ЗНМ (загальне недорозвинення мовлення).

Поява перших слів у дитини відзначається із запізненням (після досягнення 2-3-річного віку). Лексичний запас є обмеженим, і вона відчуває труднощі у доборі назв для об'єктів та процесів. Присутні помилки у граматичному узгодженні слів. Спостерігається нечітка вимова, що проявляється у замінах або пропусках окремих звуків. Також виникають складнощі з побудовою зв'язних речень та розповіддю цілісних історій.

Специфічні розлади розвитку здібностей до навчання.

Йдеться про розлади, при яких звичайне освоєння відповідних навичок порушується вже в ранньому дитинстві. Це не спричинено відсутністю належних умов для навчання, інтелектуальними порушеннями, травмами головного мозку чи іншими медичними станами.

Специфічний розлад читання.

Ключовою характеристикою є особливе і значне порушення розвитку читацьких навичок, яке не пояснюється виключно низьким рівнем інтелектуального розвитку, порушеннями зору або неефективною методикою навчання. Окрім того, можуть бути ускладнення з розумінням прочитаного тексту, ідентифікацією слів, озвученням тексту, а також виконанням завдань, що вимагають читання. Проблеми з написанням слів (орфографією) нерідко асоціюються з цим розладом читання і можуть зберігатися в підлітковому віці навіть за умови покращення читацьких навичок. Цьому специфічному порушенню читання нерідко передують розлади мовлення або мови. Під час шкільного навчання даний розлад досить часто супроводжується емоційними та поведінковими порушеннями.

«Відстале читання». Дислексія розвитку. Специфічне відставання у читанні.

Специфічний розлад правопису.

Головною ознакою є значне та специфічне порушення формування навичок правопису за відсутності окремого розладу читання, яке не можна просто пояснити низьким рівнем інтелектуального розвитку, проблемами із зором або неякісним викладанням. Це проявляється у труднощах з правильним складанням слів по літерах та їх коректним написанням.

Специфічне відставання у правописі (без розладу читання).

Специфічний розлад здібностей до арифметики.

Йдеться про особливу складність у засвоєнні арифметичних умінь, яка не зумовлена загальною затримкою розвитку чи неефективною методикою викладання. Ця складність полягає в освоєнні базових арифметичних дій, таких як додавання, віднімання, множення та ділення, а не в розумінні більш абстрактних математичних концепцій, пов'язаних з алгеброю, тригонометрією, геометрією або вищою математикою.

У процесі розвитку: акалькулія; труднощі з арифметикою; синдром Герстманна;

Змішаний розлад здібностей до навчання.

Це нечітко визначена збірна категорія, при якій значно порушені як математичні здібності, так і навички читання та письма. Проте, це порушення не пояснюється виключно загальним зниженням інтелектуальних здібностей або неякісним викладанням.

Інші розлади розвитку здібностей до навчання.

Експресивне порушення письма в період розвитку.

Розлад розвитку здібностей до навчання, неуточнений.

Порушення здатності до навчання без додаткових визначень. Зниження навчальних здібностей без супровідних уточнень. Обмеження освітнього

процесу за відсутності належних роз'яснень. Утруднення у засвоєнні знань через відсутність додаткових пояснень.

Специфічний розлад розвитку рухової функції.

Це стан, основною характеристикою якого є виражені труднощі у розвитку координації рухів. Ці труднощі не можна пояснити загальною затримкою інтелектуального розвитку або наявністю певного вродженого чи набутого неврологічного захворювання.

Проте, у більшості випадків, ретельний медичний огляд виявляє помітну незрілість у формуванні нервової системи та розумових здібностей. Це може проявлятися, наприклад, мимовільними рухами кінцівок (схожими на посмикування), дзеркальними рухами, а також іншими супутніми руховими особливостями. До них відносяться порушення як дрібної, так і загальної моторики. Синдром незграбності дитини.

Змішані специфічні розлади психічного розвитку.

Ця категорія охоплює розлади, які характеризуються поєднанням специфічних порушень розвитку мовлення, навчальних здібностей та/або рухових функцій. При цьому жодне з цих порушень не переважає значною мірою, щоб можна було встановити окремий відповідний діагноз. Застосування цієї категорії можливе виключно за наявності чітко вираженої сукупності зазначених специфічних порушень. Спільною рисою для цих розладів розвитку є їхній зв'язок із певним ступенем загального зниження когнітивних функцій.

Первазивні (універсально ситуаційні) вікові розлади розвитку загального характеру.

Це стан, що характеризується помітними відхиленнями у спілкуванні та взаємодії з іншими людьми, а також у способах комунікації. Поряд з цим спостерігається звужене, одноманітне та повторюване коло інтересів і занять.

Ці особливості є визначальними рисами поведінки людини в усіх життєвих обставинах.

Дитячий аутизм.

Даний вид розладів розвитку визначається:

1) атиповим або нерівномірним розвитком, що стає помітним до трьох років;

2) специфічними відхиленнями у функціонуванні психіки, які охоплюють три основні сфери: складнощі в соціальній взаємодії, порушення у спілкуванні та дуже обмежену, повторювану поведінку й інтереси, що часто проявляються в різних ситуаціях.

Окрім цих основних ознак, можуть спостерігатися й інші додаткові проблеми, такі як фобії (іраціональні страхи), порушення сну, труднощі з харчуванням, раптові зміни настрою та агресія, спрямована на самого себе.

Аутичний розлад (Розлад аутичного спектру(РАС)).

Атиповий аутизм.

Це форма комплексного розладу розвитку, яка відрізняється від класичного аутизму або за віком прояву, або за відсутністю принаймні однієї з трьох основних діагностичних ознак.

Ця категорія застосовується, коли відхилення у розвитку починаються у віці трьох років або пізніше, і при цьому немає явних порушень в одній чи двох з трьох ключових сфер психічного розвитку, що є обов'язковими для встановлення діагнозу аутизм. Ці сфери включають: соціальні взаємодії, комунікацію та обмежені, повторювані моделі поведінки та інтересів. Таке відбувається, незважаючи на те, що проблеми все ж присутні в інших аспектах.

Найчастіше атиповий аутизм виникає у дітей із значними затримками у розвитку та у тих, хто має серйозні труднощі з розумінням мови.

Синдром Ретта.

Це захворювання, причина якого невідома, наразі виявлено виключно у дівчаток. Спочатку дитина з цим станом розвивається нормально. Згодом відбувається часткова або повна втрата мовленнєвих та рухових навичок (здатність пересуватися та використовувати руки), а також спостерігається уповільнення росту голови. Початок симптомів, як правило, припадає на вік від 7 до 24 місяців. Також характерними ознаками є втрата цілеспрямованих рухів руками, поява стереотипних рухів кистей та прискорене дихання (гіпервентиляція). Соціальний розвиток гальмується, ігрові здібності втрачаються, проте певний соціальний інтерес зберігається. Ознаки порушення координації (атаксії) та цілеспрямованих рухів (апраксії) з'являються ближче до чотирьох років і часто супроводжуються мимовільними хореоатетоїдними рухами. Це захворювання призводить до значної затримки загального розвитку.

Інший дезінтегративний розлад у дитячому віці.

Це порушення розвитку, яке характеризується періодом нормального функціонування перед його виникненням, а також повною втратою раніше набутих навичок протягом кількох місяців, принаймні в деяких сферах. Зазвичай, воно супроводжується значною втратою інтересу до навколишнього світу, одноманітними та повторюваними руховими актами, а також паралельною появою типових відхилень у соціальному, комунікативному та поведінковому функціонуванні. В окремих ситуаціях може виникнути враження, що розлад викликаний енцефалопатією, проте діагностика повинна базуватися на поведінкових проявах.

Гіперактивний розлад (РДУГ), асоційований з розумовою відсталістю та стереотипними рухами.

Йдеться про нечітко визначений розлад, причина якого не встановлена. До цієї категорії належать діти з глибокою розумовою відсталістю (з показником інтелекту нижче 34 балів), у яких проявляються гіперактивність, труднощі з концентрацією уваги та повторювана поведінка. Таким пацієнтам не рекомендується призначати стимулюючі препарати (на відміну від осіб з нормальним рівнем інтелекту), оскільки існує ризик виникнення у них негативних емоційних станів, іноді супроводжуваних психомоторною загальмованістю. У підлітковому віці гіперактивність змінюється на зниження рухової активності, що не є типовим для дітей з нормальним розумовим розвитком та підвищеною руховою активністю. Цей стан також часто супроводжується різноманітними затримками у розвитку – як конкретними, так і загальними. Залишається незрозумілим, чи є ця модель поведінки наслідком низького інтелекту або ж органічного ушкодження головного мозку.

Синдром Аспергера.

Розлад невстановленого походження, який виявляється аналогічними якісними порушеннями соціальної взаємодії, характерними для аутизму, разом з обмеженими, стереотипними та повторюваними інтересами та моделями поведінки. Головна відмінність від аутизму полягає у відсутності загальної затримки мовленнєвого або когнітивного розвитку. Цей стан часто супроводжується вираженою незграбністю. Досить часто ці прояви зберігаються у підлітковому та дорослому віці. Іноді у дорослому віці можуть виникати психотичні епізоди.

Інші первазивні розлади розвитку.

Первазивний розлад розвитку, неуточнений.

Інші розлади психічного розвитку.

Агнозія у дітей.

Неуточнений розлад психічного розвитку.

Порушення розвитку без додаткових визначень.

Таблиця 1.1

Диференціальна діагностика за психофізичними критеріями:

Діагноз	Провідний психофізичний дефіцит	Тип затримки
РАС (розлад аутичного спектру)	Сенсорна модуляція + соціальний праксис	Нерівномірна
РДУГ (розлад дефіциту уваги та гіперактивність)	Регуляторні функції (гальмування, робоча пам'ять)	Функціональна
Специфічні навчальні розлади	Міжпівкульна взаємодія	Парціальна
Легка розумова відсталість	Швидкість обробки інформації, абстракція	Стійка
ЗПР (затримка психічного розвитку) церебрально-органічна	Комплексний дефіцит уваги, пам'яті, праксису	Тимчасова/компенсована

Висновки до 1 розділу

Дошкільний вік (3–7 років)- є сенситивним періодом для формування довільної регуляції, знаково-символічної функції, сенсомоторної координації та соціального інтелекту. Вікові норми охоплюють п'ять ключових сфер: моторну (загальна та дрібна моторика, праксис), перцептивну (зоровий, слуховий, тактильний гнозис), когнітивну (мислення, пам'ять, увага),

мовленнєву (фонетика, лексика, граматики, діалогічне мовлення) та емоційно-регуляторну (самосвідомість, довільність, контроль імпульсів). Встановлено, що нормативні показники є гетерохронними та варіативними, однак стійке відхилення на 1–3 епікризних терміни свідчить про наявність затримки психофізичного розвитку.

Виокремлено три групи чинників, що впливають на виникнення та перебіг затримки: біологічні (перинатальна патологія, мінімальна мозкова дисфункція, спадковість, хронічні соматичні захворювання), соціальні (психосоціальна депривація, гіпоопіка, емоційне нехтування, насильство) та середовищні (сенсорна бідність, обмежений мовленнєвий контекст, хронічний стрес, несприятлива родинна атмосфера). Доведено, що жоден окремих чинник не є фатальним, однак їхня поєднана дія (біопсихосоціальний підхід) значно підвищує ризик формування стійкої психофізичної затримки. Найбільш прогностично несприятливим є поєднання органічного ураження центральної нервової системи з ранньою соціальною депривацією.

Теоретичний аналіз засвідчив, що психофізична затримка розвитку в дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами є комплексним, багатовимірним явищем, детермінованим взаємодією біологічних, соціальних та середовищних чинників. Розуміння вікових норм, факторів ризику та клінічних варіантів затримки створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного вивчення особливостей розвитку цієї категорії дітей та розробки диференційованих програм психокорекційного втручання.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ

2.1. Визначення психологічної травми в контексті дитячого розвитку

Психологічна (психічна) травма – це стан, що виникає внаслідок впливу надзвичайно сильного або хронічного стресового чинника, який перевищує адаптаційні можливості індивіда та призводить до порушення цілісності психічного функціонування, емоційної регуляції та формування дезадаптивних патернів поведінки.

У контексті дитячого віку психологічна травма має суттєву специфіку, виклина:

Незрілістю когнітивних структур – дитина не здатна повною мірою оцінити небезпеку, передбачити наслідки та вербалізувати власні переживання;

Залежністю від дорослого – безпека та стабільність дитини повністю опосередковані реакціями значущого оточення;

Відсутністю сформованих механізмів психологічного захисту (крім примітивних – регресії, заперечення, тілесних реакцій);

Сенситивністю до фіксації – травматичний досвід може «врізатися» на все життя, визначаючи подальші патерни реагування.

Ключова відмінність дитячої психологічної травми від дорослої полягає в тому, що у дошкільника травматична подія часто не усвідомлюється як небезпечна безпосередньо в момент впливу, але фіксується на тілесному, сенсомоторному та емоційному рівнях, згодом проявляючись у вигляді симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), невротичних реакцій, порушень поведінки або соматизації.

Таблиця 2.2

Категорії конкретизації поняття «психологічна травма»

Поняття	Визначення	Приклад для дошкільника
Травматична подія	Об'єктивна ситуація, що містить загрозу життю, фізичній або психологічній цілісності	Автомобільна аварія, пожежа, напад собаки, жорстоке поводження, свідок насильства в сім'ї
Травматичний стрес	Гостра стресова реакція, що виникає під час та одразу після травматичної події; супроводжується активацією симпатичної нервової системи, викидом катехоламінів, відчуттям жаху, безпорадності	Плач, тремтіння, заціпеніння (дисоціація), хаотичні рухи, пошук матері, регресія до більш ранніх форм поведінки
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Комплекс симптомів, що тривають більше одного місяця після події та включають: повторне переживання (інтрузії), уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, гіперзбудження	Нічні жахи, постійні спогади (не обов'язково вербалізовані – можуть бути в грі, малюнках), уникання всього, що нагадує подію, підвищена пильність, спалахи гніву

Важливо зазначити, що у дітей дошкільного віку ПТСР має специфічні вікові прояви, які часто не збігаються з «дорослими» критеріями (наприклад, впровадження можуть виявлятися у вигляді повторюваних тематичних ігор, а не вербальних спогадів).

«Травматичний досвід у дитинстві часто описують, як негативний дитячий досвід, оскільки дитинство є критичним періодом для формування самовизначення та саморегуляції». [47]

«Способи впливу на дітей з травматичним досвідом, незалежно від того, чи йдеться про одноразові, багаторазові або тривалі повторювані події, є надзвичайно різноманітними залежно від таких чинників, як характеристики та поточний вік і етап розвитку дитини, сприйняття нею подій, її минулий травматичний досвід та роль опікунів.

Значна група дітей має емоційні та поведінкові труднощі після війни та вимушеної еміграції». [48]

«Травма може суттєво вплинути на розвиток дитини, позначитись на її гормональній системі та мозковому шляху, на стосунках між батьками та дитиною, а також спричинити зміни в діях, притаманних віку дитини, таких як участь в іграх. Той факт, що діти зазнають травматичного досвіду на війні, є порушенням їхніх основних прав людини та може мати довготривалий вплив на їхній розвиток, фізичне й психічне здоров'я». [49]

Війна, хаос і загальний розлад можуть мати важкі наслідки: ПТСР, депресію, тривогу та проблеми з тим, щоб нормально жити й справлятися з повсякденними справами. Але якщо говорити лише про найсерйозніші психічні розлади, можна не помітити велику групу дітей, які теж пережили травматичні події. Багато з них стикаються з конфліктами та тривожними ситуаціями, але травма в них не формується. Тому варто зважати і на захисні чинники, завдяки яким деякі діти проходять через дуже тяжкі переживання і водночас залишаються психологічно стійкими.

2.2. Види травматичних подій для дітей дошкільного віку

Зазвичай виділяють кілька категорій травматичних подій у ранньому дитинстві та дошкільному віці. Це одноразові гострі травматичні події. Такі як природні або техногенні катастрофи (землетрус, пожежа, повінь). Нещасні випадки, такі як ДТП, падіння з висоти, утоплення. Насильство з боку сторонніх людей, такі як напад, пограбування або викрадення. Медичні стручання- операції, інтенсивна терапія, сильний біль.

Хронічні (комплексні) травматичні події- це фізичне, сексуальне чи емоційне насильство в родині. Коли потребами дитини нехтують (бракує емоційної уваги або базового догляду). Домашнє насильство, яке дитина бачить як свідок вдома, на майданчику, в садочку. Тривала хвороба самої дитини або когось із близьких із частими госпіталізаціями.

Травма втрати та розлуки. Смерть близького дорослого (особливо мами). Розлучення батьків, коли це супроводжується конфліктами. Потрапляння в інтернат або дитячий будинок (травма депривації). Довга госпіталізація, коли дитина надовго розлучається з мамою.

Вікарна (опосередкована) травма- це коли дитина стає свідком травматичної події, що трапилась з іншою людиною (особливо з батьками). Коли дитина чує розповіді про травму, і це сильно її емоційно зачіпає. Для дошкільнят особливо ризикованими є травми, пов'язані з прив'язаністю.

Понад 50 років тому Джон Боулбі запропонував ідею, що саме ранні прив'язаності багато в чому задають те, як ми поведимось вже в дорослому віці. [23]

Проблема в тому, що такі переживання можуть похитнути базову довіру до світу й сформувати дезорганізований тип прив'язаності, який згодом нерідко розглядають як один із сигналів прикордонного стану.

Вікова специфіка переживання психологічної травми у дітей 3–7 років.

Таблиця 2.3

Особливості психотравматизації порівнюючи з раннім дитинством та молодшим шкільним віком

Вікова підгрупа	Особливості реагування на травму	Типові симптоми
3–4 роки	Домінування тілесних та сенсомоторних реакцій; слабка вербалізація; травма сприймається через матір (реакція матері є фільтром)	Порушення сну (кошмари, нічні жахи), регресія (сечовипускання, смоктання пальця), афективні спалахи, страх розлуки, сепараційна тривога
4–5 років	Поява елементарних когнітивних оцінок; активне запитання про подію; гра як основний спосіб переробки травми (повторювані тематичні ігри)	Повторювана травматична гра (без катарсису), дратівливість, агресивність до однолітків, порушення концентрації уваги, соматичні скарги
5–7 років	Часткове усвідомлення незворотності та небезпеки; здатність до елементарної вербалізації переживань; поява почуття провини (магічне мислення – «я зробив це»); формування уникнення	Уникання нагадувань про травму, інтрузивні образи (малюнки, сни), гальмування або гіперактивність, труднощі з довільною регуляцією, регрес у соціальних навичках

Ключовою характеристикою дошкільної психотравматизації є феномен «емоційну замороженість» – неможливість повного пропрацювання травми через незрілість функцій, що призводить до фіксації на рівні психосоматичних реакцій або симптомоутворення (енурез, мутизм, тики, заїкання).

Дитяча психіка швидко розвивається, тому вона гнучкіша за психіку дорослої людини. І наче вона повинна швидче опрацьовувати навантаження після травматичних подій, але деякі вагомні залишаються до більш дорослого віку. Це впливає на розвиток індивіда в майбутньому, на його якість життя та звички. Вибір майбутнього оточення, відношення та сприймання себе, як цілісний організм.

У сучасній психології існує кілька теоретичних підходів до розуміння механізмів виникнення та перебігу дитячої психотравми:

Психодинамічний підхід (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн) – травма розглядається як прорив надмірного збудження через захисні бар'єри психіки. Дошкільна травма блокує нормальний психосексуальний розвиток, фіксуючи дитину на ранніх стадіях (оральній, анальній). А. Фрейд описала механізми захисту дітей (регресія, ідентифікація з агресором).

Теорія прихильності (Дж. Боулбі, М. Ейнсворт) – травма розлуки або нестабільності фігури прихильності призводить до формування ненадійного (тривожного, уникаючого) або дезорганізованого типу прихильності. Дошкільна травма порушує формування внутрішньої робочої моделі (Internal Working Model), що визначає подальшу здатність до близьких стосунків.

Нейробіологічний підхід (Б. Перрі, А. Шор, С. Ван дер Колк) – хронічна травма в дитинстві змінює архітектуру мозку: гіпертрофія мигдалеподібного тіла (реакція страху), гіпофункція префронтальної кори (регуляція), порушення зв'язків гіпокамп-амігдала (консолідація спогадів). У дошкільників

це проявляється як «сенсibilізація» стрес-системи – навіть слабкі стимули запускають бурхливу реакцію.

Когнітивно-поведінковий підхід (Ф. Джонс, Дж. Марчак) – травматична подія формує патологічні асоціації між нейтральними стимулами та небезпекою, а також дезадаптивні когнітивні схеми («світ небезпечний», «я безпорадний»). У дітей домінують поведінкові уникнення та генералізований страх.

Таблиця 2.4

Розмежування для коректної діагностики

Стан	Характеристика	Відмінність від травми
Гострий стресовий розлад	Симптоми тривають від 3 днів до 1 місяця після події	Якщо симптоми зникають протягом місяця – це не ПТСР, а гостра реакція
Адаптаційний розлад	Стресор нижчої інтенсивності (зміна садка, народження сиблінга)	Немає загрози життю чи цілісності; симптоми пов'язані з конкретним стресором
Невротичні реакції	Специфічні симптоми (енурез, тики, заїкання) без критерію «А» для травми	Можуть бути наслідком хронічного дистресу, але не гострої події з жахом
Реакція горя (втрата)	Сум, туга, ідеалізація померлого, поступове прийняття	Не супроводжується інтрузіями та гіперзбудженням (якщо смерть не була раптовою/насильницькою)

Висновки до 2 розділу

Психологічна травма у дітей 3–7 років є якісно відмінним феноменом порівняно з дорослою травмою, що зумовлено незрілістю когнітивних структур, залежністю від фігури прихильності та переважанням тілесного і сенсомоторного рівнів переробки досвіду.

Ключовими поняттями є «травматична подія» (головним є- загроза життю чи цілісності), «травматичний стрес» (гостра реакція під час/після події) та «ПТСР» (стійкий симптомокомплекс впровадження, уникнення, когнітивних спотворень та гіперзбудження). Дошкільні варіанти ПТСР часто мають нетипові прояви – через гру, малюнки, регрес.

Існує чотири категорії травматичних подій: гострі одномоментні, хронічні (комплексні), травми втрати/розлуки та вікарні. Найбільш патогенною для дошкільника є хронічна травма в системі прихильності (наси́льство, нехтування, недостатність), оскільки вона порушує формування базової довіри до світу.

Вікова специфіка переживання травми змінюється від домінування тілесних реакцій (3–4 роки) до появи елементарних когнітивних оцінок і почуття провини (5–7 років). Суцільним феноменом залишається регресія – повернення до більш ранніх форм поведінки як захисний механізм.

Основними теоретичними моделями дитячої травми є психодинамічна (порушення розвитку Еґо), теорія прихильності (дезорганізація), нейробіологічна (чутливість стрес-систем) та когнітивно-поведінкова (патологічні асоціації, схеми безпорадності).

Розуміння описаних понять та механізмів створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного вивчення проявів психологічної травми у дітей дошкільного віку з ООП та розробки діагностичних і корекційних підходів.

РОЗДІЛ 3. ФАКТОРИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО ЧАСУ НА ПСИХОФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ООП ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Війна як екстремальна ситуація розвитку: специфіка травматизації дітей дошкільного віку

Воєнний час створює екстремальну ситуацію розвитку – комплекс умов, які виходять за межі звичних адаптаційних можливостей дитини та її родини. Для дітей дошкільного віку війна є не просто сукупністю окремих травматичних подій, а хронічним травматичним стресором, що триває місяцями або роками.

Виділяють ключові характеристики воєнного часу як екстремальної ситуації розвитку:

- 1) Поліморфність стресорів – дитина стикається з різномірними травматичними впливами (звуки вибухів, вимушене переселення, розлука з близькими, втрата дому);
- 2) Хронічність – загроза не є одноразовою, а зберігається протягом тривалого часу («режим очікування небезпеки»);
- 3) Непередбачуваність – неможливість передбачити час, місце та інтенсивність наступної небезпеки;
- 4) Порушення базової безпеки – війна руйнує фундаментальне відчуття захищеності світу, яке у дошкільному віці лише формується.

Для дітей з особливими освітніми потребами (розлади аутичного спектру, затримка психофізичного розвитку, мовленнєві порушення, сенсорні та моторні розлади) вплив воєнних факторів є потенційними – їх обмежені адаптаційні ресурси, порушені сенсорні відчуття, труднощі з розумінням контексту та комунікацією роблять їх значно вразливішими до травматичних впливів порівняно з нейротиповими однолітками.

Класифікують декілька факторів воєнного часу, що впливають на психофізичний розвиток.

Таблиця 3.5

Класифікація факторів, що впливають на психофізичний розвиток

Група факторів	Конкретні прояви	Особливість впливу на дітей з ООП
Фактори безпосередньої загрози	Обстріли, бомбардування, мінування, бойові дії в безпосередній близькості	Сенсорна перевантаженість (гучні звуки, спалахи); для дітей з РАС – катастрофічні реакції на непередбачувані сенсорні стимули
Фактори втрати та розриву	Загибель близьких, поранення, розлука з батьками, втрата домівки	Порушення базової прихильності; для дітей із ЗПР – регрес набутого рівня функціонування
Фактори вимушеного переселення	Евакуація, проживання у тимчасовому житлі, зміна соціального оточення, втрата звичного середовища	Руйнування структурованого середовища (критично для дітей з РАС та РДУГ); втрата доступу до корекційних послуг
Фактори соціально-економічної дестабілізації	Безробіття батьків, брак ресурсів, обмежений доступ до їжі, тепла, води	Посилення стресу в родині (батьківська дисрегуляція → вторинна травматизація дитини)
Інформаційно-психологічні фактори	Тривожні повідомлення, чутки, перегляд новин (дорослими в присутності дітей), булінг через статус ВПО	Для дітей із затримкою розуміння мовлення – незрозумілий, але емоційно заряджений контекст → хронічна тривога .

За часом дії:

Гострі фактори (одиночні травматичні події) – вибух, обстріл, пожежа. Викликають класичні посттравматичні симптоми (інтрузії, уникнення, гіперзбудження).

Хронічні фактори (тривалі стресові умови) – постійне перебування в зоні бойових дій, тривала евакуація, життя в умовах невизначеності. Вони призводять до комплексної травми розвитку – порушення формування базових психофізичних регуляторних систем. Пролонговані фактори віддалених наслідків – відсутність доступу до реабілітації, втрата корекційного супроводу, порушення сенситивних періодів розвитку.

Специфічні механізми впливу воєнного стресу на дітей з різними категоріями ООП.

Діти з розладами аутичного спектра (РАС).

Найбільш уразлива категорія під час війни через сенсорну гіперчутливість – звуки вибухів, сирени, гуркіт генераторів сприймаються як фізичний біль, викликаючи аутоstimуляцію, агресію, регрес навичок. Потребу в передбачуваності та ритуалах – війна руйнує звичний розпорядок, що може спричинити важкі поведінкові кризи. Труднощі комунікації – дитина не може повідомити про свій страх, біль, потребу, що призводить до екстерналізації дистресу через тілесні симптоми або агресію.

Діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

Для цієї категорії воєнний стрес призводить до регресу набутих навичок – повернення на більш ранній рівень функціонування (втрата мовленнєвих навичок, самообслуговування). Посилення когнітивного дефіциту – хронічний стрес погіршує концентрацію уваги, робочу пам'ять, здатність до навчання. Емоційно-поведінкових порушень – підвищення агресивності, страхи, порушення сну, енурез.

Діти з мовленнєвими порушеннями.

Посилення мовленнєвої патології – заїкання, мутизм, регрес граматичної будови. Комуникативний блок – у ситуації небезпеки дитина не може покликати на допомогу або пояснити, що з нею. Втрата логопедичного супроводу – переривання корекційних занять консервує порушення.

Діти з порушеннями слуху та зору.

Сенсорна недостатність в умовах небезпеки – дитина не чує попередження про небезпеку (сирени) або не бачить загрози. Дезорієнтація під час евакуації – втрата звичних орієнтирів, неможливість самотійно пересуватися. Втрата засобів комунікації – відсутність сурдоперекладу, тактильних засобів інформування.

Опосередковані фактори: родинний контекст та мікросередовище. Найважливішим модератором впливу війни на дитину з особливими освітніми потребами є стан її найближчого оточення – в першу чергу батьків (домінуючих дорослих).

Батьківський стрес та його трансмісія.

Дослідження, які проводили Мокія- Сербіна С.О., Заболотня Н.І., Мавропуло М.І., які були описані [42] дуже дотичні для нашого емпіричного дослідження. Вони показують, що рівень посттравматичного синдрому у дітей дошкільного віку сильно взаємопов'язаний з рівнем посттравматичного синдрому у матерів. Виділяють основні механізми передачі:

1) Моделювання – дитина «зчитує» емоційний стан дорослого (тонус м'язів, темп мовлення, міміка);

2) Дефіцит регуляторної функції матері – виснажена мати не здатна контролювати тривогу дитини;

3) Вербальне інфікування – розмови дорослих про небезпеку, втрати, майбутнє.

Для дітей з особливими освітніми потребами, які особливо чутливі до емоційного стану дорослого (розлад аутичного спектру, тривожні розлади), цей ефект є критичним.

Руйнування корекційного середовища.

Через війну діти вимушені припинити заняття з психологом, логопедом та дефектологом. Втрачається доступ до сенсорної кімнати, лікувальної фізкультури, спеціального середовища для дітей з особливими освітніми потребами. Відсутнє звичне реабілітаційне середовище, виникає потреба шукати нових спеціалістів та новий безпечний простір для корекційних занять.

Для дитини з особливими освітніми потребами- це означає не просто зупинку розвитку, а регрес – оскільки відсутність корекційної підтримки в сенситивний період призводить до часткових або незворотних втрат.

Зміна прихильності та втрата безпечної бази. Вимушене переселення часто супроводжується:

- 1) Тимчасовим або постійним розміщенням окремо від одного з батьків;
- 2) Проживанням з чужими людьми (у гуртожитках, шелтерах);
- 3) Втратою фізичних об'єктів прихильності (улюблена іграшка, ліжко, кімната).

Для дітей із порушеннями прихильності (часто поєднується з особливими освітніми потребами) це може спровокувати дезорганізований тип прихильності – найбільш патогенний варіант.

Фактори резильєнтності (протективні чинники).

Попри значні ризики, існують чинники, що зменшують негативний вплив війни на розвиток дітей з особливими освітніми потребами.

Таблиця 3.6

Чинники, які зменшують негативний вплив війни на розвиток дітей з особливими освітніми потребами

Рівень	Протективні фактори	Механізм дії
Індивідуальний	Відносно збережений інтелект, хороші комунікативні навички (навіть альтернативні), наявність спеціальних інтересів (як ресурс)	Здатність розуміти пояснення, знаходити альтернативні способи регуляції
Сімейний	Емоційна стабільність батьків, збереження рутини (навіть мінімальної), тілесний контакт, спільні ритуали	Безпечна прихильність як буфер проти стресу; передбачуваність як основа регуляції
Соціальний	Підтримка громади (волонтери, сусіди), збереження зв'язку з корекційними фахівцями (онлайн), інклюзивне середовище в новій локації	Зниження соціальної ізоляції, доступ до ресурсів
Інституційний	Наявність державних програм підтримки дітей з ООП, центри раннього втручання, мобільні реабілітаційні бригади	Системна підтримка, безперервність корекційного процесу

Віддалені наслідки воєнного стресу для дітей з особливими освітніми потребами. В Боснії та Герцеговині у 1992-1995 роках, та у Косово у 1998-1999 роках проводили масштабне дослідження дітей, що пережили збройні конфлікти, та який вплив пережита війна мала на їх психіку [37].

Дослідження показали, що майже 94% дітей, які перебували у певних регіонах на яких відбувались бойові дії, відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу [36].

В Боснії до 30% дітей, які були вимушено переміщеними втратили батьків під час конфлікту, що викликало високу поширеність посттравматичного розладу до 50%. Ще визначили, що у них була депресія навіть через 7 років після війни.

У дітей, які були вимушено переміщеними спостерігались серйозні порушення психіки навіть після багатьох років після завершення конфлікту.

В Косово дослідження [39] показали, що близько 30% учасників (з 10000 опитаних дітей та дорослих) мали ознаки посттравматичного стресового розладу.

Дослідження 2023 року [38] підтвердило, що діти, народжені після війни у батьків, які мали участь у бойових діях, часто мали найвищий рівень симптомів посттравматичного розладу, ніж самі батьки, через передачу травми.

Завдяки проведеним дослідженням [32] в 2000 році в Приштині було зафіксовано масові психосоматичні розлади у дітей- часті головні болі в 60%, безсоння у 18% та почуття небезпеки.

На основі досліджень дітей, які пережили збройні конфлікти (Боснія, Герцоговина, Косово), можна виділити такі наслідки:

1) Стійкі психоемоційні порушення – хронічний ПТСР, тривожні розлади, депресія.

2) Когнітивний дефіцит – зниження уваги, пам'яті, виконавчих функцій (навіть при початково легких порушеннях).

3) Регрес психофізичного розвитку – втрата раніше сформованих навичок, неможливість надолужити втрачене в сенситивний період.

4) Формування дезадаптивних патернів поведінки – агресія, аутоагресія, тілесна напруга, порушення соціальної взаємодії.

5) Соматизація – психосоматичні розлади (біль у животі, головний біль, порушення травлення, енурез).

3.2. Хібукі-терапія як інноваційний метод подолання воєнної травми у дітей з ООП

Розглянемо більш детально історію виникнення та наукові теоретичні засади, на яких базується Хібукі-терапія.

Хібукі-терапія – це метод психологічної підтримки дітей, які пережили травматичні події, розроблений в Ізраїлі під час Другої Ліванської війни (2006 р.) доктором Шаєм Хен-Галем, професором Аві Садехом з Тель-Авівського університету за участі Міністерства освіти Ізраїлю. Дафна Шарон Максимов доктор психологічних наук, адаптувала цей метод під українських дітей разом із колежанками та колегами із України. [25, 24]

Таблиця 3.7

Характерні ознаки терапевтичної іграшки песика Хібукі

Ознака	Функціональне призначення
Великі сумні очі	Відзеркалення емоційного стану дитини; створення ефекту «мене розуміють»
Дуже довгі лапи (з ліпучками)	Можливість обіймати дитину; створення тактильного контакту та відчуття безпеки
Сумний вираз мордочки	Запрошення до проєкцій власних переживань; зниження захисних бар'єрів
Розмір, пропорційний дитині	Можливість брати іграшку з собою, спати з нею, доглядати за нею

Назва «Хібукі» походить від івритського слова «хібук», що означає «обійми». Центральним елементом методу є спеціально розроблена м'яка іграшка – песик Хібукі.

Хібукі-терапія базується на трьох теоретичних підходах: психоаналітичній теорії об'єктних відносин (іграшка виступає як перехідний об'єкт), арт-терапевтичних техніках (проекція емоцій через творчість та гру) та нейропсихологічному підході (сенсорна інтеграція, тактильна стимуляція).

Розглянемо детально механізм дії та терапевтичний протокол означеного різновиду терапії.

Терапевтичний вплив Хібукі-терапії реалізується через три ключові механізми:

Активна роль дитини – дитина виступає не як пасивний об'єкт допомоги, а як «опікун», який піклується про Хібукі. Це відновлює відчуття контролю та само-ефективності, знижує відчуття безпорадності.

Переключення уваги – фокус дитини зміщується з власного болю на біль Хібукі, що створює терапевтичну дистанцію та дозволяє опрацювати травму без повторної травматизації.

Проекція емоцій – через взаємодію з іграшкою дитина проєктує на неї свої страхи, тривоги, сум, агресію, що робить ці емоції доступними для усвідомлення та опрацювання.

Терапевтичний протокол складається з двох етапів :

Перший етап- знайомство та проєкція:

Психолог знайомить дитину з Хібукі, розповідає його «історію» (як він сумує, бо пережив щось страшне)

При цьому дитину запитують: «Як ти думаєш, що відчуває Хібукі?», «Чого він боїться?»

Дитина проєктує власні переживання: «Він боїться вибухів», «Він сумує за домом», «Йому страшно спати самому»

Наступний етап- турбота та зцілення:

Дитину спонукають піклуватися про Хібукі: обійняти, заспокоїти, покласти спати, нагодувати. Через турботу про Хібукі дитина навчається само-заспокоєнню та регуляції емоцій. За потреби дитина може брати Хібукі додому, спати з ним, брати в школу/садок.

Таблиця 3.8

Основні методи адаптації методу Хібукі- терапії

Категорія ООП	Адаптація методу	Обґрунтування
Діти з розладом аутичного спектру	Додавання обтяження іграшки (до 700 г піску/наповнювача); створення соціальних історій про Хібукі	Глибокий тиск має заспокійливий ефект при сенсорних порушеннях; структуровані історії полегшують розуміння контексту
Діти із затримкою психічного розвитку	Спрощення мовленнєвих інструкцій; використання візуальної підтримки (картки з емоціями)	Складні мовленнєві конструкції можуть бути недоступними для розуміння
Діти з мовленнєвими порушеннями	Акцент на невербальних засобах комунікації (обійми, жести, малювання емоцій Хібукі)	Компенсація труднощів вербалізації через альтернативні канали
Діти з порушеннями слуху	Використання жестів при «розмові» з Хібукі; візуальна демонстрація емоцій	Забезпечення доступності методу

Адаптація методу для дітей з особливими освітніми потребами. Для дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами спектра аутизму,

затримкою психічного розвитку та сенсорними порушеннями, метод Хібукі-терапії було модифіковано .

3.3. Застосування Хібукі-терапії в Україні для дітей, постраждалих від війни

Починаючи з 2022 року, метод Хібукі-терапії було адаптовано та впроваджено в Україні завдяки зусиллям Дафни Шарон Максимов та співпраці з ізраїльськими колегами та колежанками. Разом із психологами та психологинями було розроблено новий формат Хібукі- терапії, адаптований саме під українських дітей. Таким чином метод Хібукі- терапії став актуальним та дієвим у подоланні психологічної травми та посттравматичного стресового розладу.

Завдяки старанням Дафни Шарон Максимов метод Хібукі- терапії був впроваджений на рівні освітницького процесу в Україні. Зараз досвідчені терапевти можуть працювати в школах та садочках на базі цього методу, щоб допомагати дітям дошкільного віку, молодшого шкільного віку та середнього шкільного віку.

Масштаби впровадження (станом на 2025 рік):

- Понад 20 000 українських дітей отримали психологічну підтримку за методом Хібукі;
- Створено фахову спільноту «Хібукі-терапія» у Facebook (понад 4 400 учасників);
- Метод використовується в школах, дитячих садках, реабілітаційних центрах, шелтерах для ВПО.

Емпіричне дослідження ефективності методу Хібукі- терапії, яке проводила Дафна Шарон Максимов, допомогло нам краще дослідити ефективність впровадження цього методу для підтримки дітей з

психологічною травмою та посттравматичним стресовим розладом [43] (яке тривало вересень 2022 – березень 2023, і було задіяно, що найменше 400 дітей віком 6-8 років) :

- В експериментальній групі (200 дітей) 75% дітей продемонстрували повне зникнення емоційно-вольових порушень та соматичних симптомів, пов'язаних із травмою;

- Решта 25% експериментальної групи показали часткове покращення;

- У контрольній групі (200 дітей, які не отримували Хібукі-терапію) симптоми посилювалися у всіх дітей;

- Ключовим фактором успіху визнано залученість батьків до терапевтичного процесу.

Приклад успішного впровадження:

Проведення сесії Хібукі-терапії з дитиною з особливими освітніми потребами.

Робочий протокол в Додатку А.

Тема: Знайомство з Хібукі та проєкція страху.

Вік: 5 років.

Категорія ООП: Затримка психічного розвитку, евакуація з Констянтинівки Донецької області.

Тривалість: 20-25 хвилин.

Матеріали: Іграшка Хібукі, PECS- картки з емоціями (сум, страх, радість, спокій), фломастери, папір.

Андрій не міг спати в ночі, через нічні жахіття. Постійно просинався та шукав маму. Не міг спати в темряві, потрібен був ліхтар. Вони з батьками виїхали з Донецької області місто Констянтинівка в 2025 році, влітку. Адаптація до нового середовища проходила дуже важко. Через затримку у розвитку, він не міг контактувати з дітьми його віку, а натомість обирав дітей

молодших за себе, але з розвитком, як і в нього. Це 3- 3.5 роки. В дитини не було розуміння повної картини подій, які відбувались з ним, та його сім'єю. Було почуття страху, яке ставало все сильнішим. Він лякався гучних звуків, проїзжаючих мотоциклів, звуку сирени, гучного закривання дверей та дитячого голосного крику. Через пережиту травматизацію у дитини з'явився неусвідомлений тремор нижніх кінцівок (ніг).

Андрію, був представлений Хібукі. Пояснюючи, що він дуже сумує, бо він пережив страшні події, та запропоновано з ним познайомитись. Андрій почав роздивлятись його не одразу, не розуміючи, що його можна торкатись. Але після розуміння, що це безпечно, почав торкатись та роздивлятись його. Після Андрію було запропоновано подумати про те, що відчуває Хібукі, та показати картку з емоціями, яка найбільше відповідає його емоційному стану. Після довгого розглядання та визначення всіх представлених карток він обрав картку страху. Дитині було запропоновано зробити якусь дію, щоб Хібуку стало краще. Це були обійми або заспівати якусь пісню. Андрій обрав обійми. Та дуже міцно обіймав Хібукі, гойдаючись зі сторони в сторону, наче приколисуючи його. Хібукі подякував йому, тому що, тепер він знає, що в нього з'явився друг та запропонував побути з ним. Андрій вирішив забрати Хібусика з собою.

Під час проведення сесії, Андрій був налякан та не міг розслабитись. Але після знайомства з Хібукі та обіймів, тремор нижніх кінцівок в моменті пропав. Дитина відчула полегшення та безпеку, яка допомогла розслабити м'язи та прибрати тремор.

Відзначимо і те, що після проходження повного курсу, що охопив 10 сесій, психіка дитини адаптувалась під травматичні навантаження. Значно покращився сон, Андрій повноцінно може спати цілу ніч, не просинаючись посеред ночі, та шукаючи маму. Світло в кімнаті, під час ночного сну,

включати вже немає потреби, так як дитина постійно знаходиться зі своїм другом, Хібукі. Хібукі дає йому відчуття комфорту, безпеки, та відчуття підтримки. У Андрія припинився тремор нижніх кінцівок та покращився загальний стан розвитку. З'явився прогрес у розвитку, речі, які раніше давались важко (призначення предметів- для чого вони; пам'ять- розказати про події, які відбувались за день, не плутаючи порядок дій; когнітивні функції покращились, більше розуміє про свої емоції, та може їх класифікувати).

Проведення сесії Хібукі- Терапії з дитиною дошкільного віку з розладом аутичного спектру.

Робочий протокол в Додатку Б.

Мета сесії: зниження рівня тривожності, стабілізація емоційного стану, розвиток навичок емоційної регуляції та соціальної взаємодії у дитини з розладом аутичного спектру, яка пережила травматичні події воєнного часу.

Тривалість: 15–20 хвилин (для дітей з розладом аутичного спектру рекомендується коротша тривалість порівняно з нейротиповими дітьми через швидке виснаження уваги та сенсорне перевантаження).

Формат: індивідуальний (на початковому етапі); можливий перехід до мікрогрупи (2–3 дитини) після встановлення довірчих стосунків.

Категорія ООП: 7 років з діагнозом розлад аутичного спектру, евакуювались з Маріуполя Донецької області.

Матеріали: іграшка Хібукі, картки із зображенням етапів заняття, PECS-картки з емоціями (сум, страх, спокій, злість, радість), пісочний годинник або таймер зі зворотнім відліком, м'який килимок з різною текстурою, навушники, обтяжна ковдра, сенсорна іграшка.

Рівень психофізичного розвитку дитини (Нікіта, 3,5–4 роки) на момент початку дослідження відповідав віковому періоду 2–2,5 років. Регресія в

розвитку чітко проявилася після початку повномасштабного вторгнення у 2022 році. До цього періоду дитина розвивалася відповідно до вікових норм.

Зазначається значне порушення зорового контакту, який вдається встановити лише на короткий час та за спеціальних умов. Експресивне мовлення відсутнє. У березні 2022 року сім'я евакуювалася з м. Маріуполь Донецької області. Дитина не усвідомлювала подій, що відбувалися, проте важко адаптувалася до нового місця проживання. Не відвідував дошкільний заклад, інтересу до однолітків не виявляв, комунікація з дітьми була відсутня. На майданчику грався переважно самотійно.

Після проведення курсу АВА-терапії спостерігалася позитивна динаміка в загальному розвитку та з'явилися перші елементи мовлення. Водночас саме на цьому етапі почала активізуватися відкладена психологічна травма. Значно погіршився сон: дитина відмовлялася спати самотійно, потребувала постійної присутності матері для відчуття безпеки. Виявлялася гіперчутливість до звуків: голосні розмови, директивний тон, шум транспорту провокували сильну тривогу, істерики, плач і крик. Зміна звичного маршруту (наприклад, до магазину) також супроводжувалася вираженою реакцією страху.

Спілкування з однолітками було відсутнє. Контакти з молодшими дітьми мали епізодичний та мінімальний характер.

Під час першої зустрічі для встановлення контакту спеціаліст присідав на рівень очей дитини, звертався спокійним тихим голосом. Після встановлення первинної уваги було проведено ознайомлення з лялькою Хібукі (Hibuki), яка була одягнена у спеціальний обважнювальний жилет. Для структуризації сесії дитині продемонстрували візуальний алгоритм занять та таймер.

Під час знайомства з Хібукі виражених емоцій дитина не демонструвала. При роботі з картками емоцій обрав карту «страх». У подальшому діалозі зміг

повідомити, що Хібукі лякає «великий чорний дядя», який видає голосні звуки, переважно вночі, і може забрати його від батьків. Даний образ є проекцією пережитих воєнних травматичних подій (вибухи, спускання в укриття), трансформованих психікою дитини в уявну загрозу.

На пропозицію заспокоїти Хібукі дитина самостійно обрала співати йому улюблену колискову. Під час прощання виникла сильна емоційна реакція: Нікіта плакав і відмовлявся залишати ляльку, побоюючись, що «чорний дядя» забере її також. Таким чином Хібукі став «новим другом», якого потрібно захищати.

Після 10 системних сесій Хібукі-терапії спостерігається значна позитивна динаміка. Дитина почала спати в окремому ліжку разом із Хібукі, зменшилася загальна тривожність, сформувалося відчуття безпечного простору. Нікіта розпочав відвідування дошкільного закладу разом із лялькою та демонструє перші спроби спілкування з однолітками. Відзначається суттєве покращення адаптації до навколишнього середовища та загальний прогрес у психоемоційному розвитку.

Розглянемо більш детально особливості поєднання Хібукі-терапії з іншими арт-терапевтичними методами в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами.

Хібукі-терапія може бути інтегрована в комплексні програми психологічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами. Дослідження Дафни Шарон Максимов [43] описує поєднання Хібукі-терапії з наступними арт-терапевтичними методами в груповій роботі з дітьми шкільного віку різних інклюзивних категорій :

Таблиця 3.9

Поєднання Хібукі- терапії з різними терапевтичними методами

Метод	Форма поєднання з Хібукі-терапією	Ціль
Малювання	Дитина малює емоції Хібукі, його страх, його мрії	Візуалізація емоційних станів; розвиток емоційного інтелекту
Казкотерапія	Створення історій про пригоди Хібукі; складання безпечного фіналу	Опрацювання травматичного сюжету через метафору
Лялькова терапія	Хібукі виступає головним персонажем лялькової вистави	Відпрацювання соціальних навичок та поведінкових патернів
Музикотерапія	Співання колискових для Хібукі; створення «заспокійливих звуків»	Релаксація; розвиток ритмічної регуляції
Пісочна терапія	Хібукі «живе» в пісочниці, будує безпечний дім	Просторове моделювання безпечного середовища

Поєднання методів дозволяє досягти комплексного впливу: через Хібукі створюється «безпечний об'єкт» для проєкції, а арт-терапевтичні техніки надають додаткові канали для вираження та опрацювання травматичного досвіду .

Рекомендації для практичних психологів щодо впровадження Хібукі-терапії в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами.

Організаційні умови:

- Хібукі-іграшки не є комерційно доступними – вони надаються в межах сертифікованих програм підготовки ;

- Психолог має пройти спеціальне навчання (сертифікацію) для використання методу;

Оптимальна тривалість курсу – 8-10 сесій .

Адаптація для дітей з різними категоріями особливими освітніми потребами:

- для дітей з сенсорними порушеннями – забезпечити додаткову тактильну стимуляцію (обтяжена іграшка) ;
- для дітей з розладом аутичного спектру – використовувати соціальні історії для пояснення мети та процесу терапії;
- для невербальних дітей – акцент на невербальних засобах комунікації (жести, малюнки, обійми).

Робота з батьками:

- батьки мають бути проінформовані про метод та залучені до процесу ;
- надавати батькам рекомендації щодо підтримки ди вдома (спільні ігри з Хібукі, читання казок, обійми);
- за потреби проводити окремі консультації для батьків.

Інтеграція в освітнє середовище:

- можливе використання Хібукі в інклюзивних класах/групах як інструменту емоційної регуляції для всіх дітей;
- вихователі та вчителі можуть бути навчені базовим навичкам використання методу для стабілізації стану дитини в кризових ситуаціях.

Попри високу ефективність, Хібукі-терапія має певні обмеження:

- метод не замінює глибинної психотерапії при важких психічних розладах ;
- у разі відсутності залученості батьків ефективність методу знижується.

Принципи надання психологічної допомоги.

Принцип безпеки – першочерговим є створення фізично та психологічно безпечного середовища (стабільний розпорядок, передбачуваність, відсутність сенсорних перевантажень).

Принцип сенситивності – врахування вікових та нозологічних особливостей дитини (сенсорна чутливість при розладі аутичного спектру, уповільнений темп переробки інформації при затримці психофізичного розвитку).

Принцип залученості родини – психологічна допомога дитині неможлива без підтримки батьків (батьківський стрес є ключовим модератором стану дитини).

Принцип безперервності – навіть в умовах переміщення необхідно забезпечувати безперервність корекційного супроводу (онлайн-формат, мобільні бригади).

Таблиця 3.10

Алгоритм діагностики дітей з особливими освітніми потребами перед початком Хібукі- терапії

Етап	Зміст	Інструменти
1. Скринінг	Виявлення дітей з ООП, які зазнали травматичного впливу	Опитувальник для батьків (наявність травматичних подій, зміна поведінки)
2. Оцінка актуального стану	Визначення рівня тривоги, стресу, регресу	Шкала ПТСР для дітей (модифікована), спостереження за грою
3. Оцінка ресурсів	Виявлення збережених функцій, сімейної підтримки	Бесіда з батьками, аналіз звичних стратегій подолання
4. Призначення втручання	Вибір методу залежно від тяжкості стану та діагнозу	Хібукі-терапія (легкий/середній ступінь), індивідуальна терапія (важкі випадки)

Базові техніки стабілізації.

Техніка «Безпечне місце» (адаптована для дітей з особливими освітніми потребами):

Використання Хібукі як «провідника» в безпечне місце («Давай уявимо, що Хібукі знайшов чарівне місце, де немає вибухів...»).

Для дітей з розладом аутичного спектру – візуалізація через малювання безпечного простору.

Техніка «Дихання з Хібукі» (регуляція через тактильний контакт):

Дитина кладе Хібукі на живіт і спостерігає, як він підіймається при вдиху та опускається при видиху.

Допомагає при гіпервентиляції та панічних атаках.

Техніка «Розмова з Хібукі» (проекція страху):

Дитина розповідає Хібукі про те, що її лякає, а потім заспокоює його.

Для невербальних дітей – малювання емоцій Хібукі.

Профілактика вторинної травматизації фахівців.

Психологи, які працюють з травмованими дітьми з особливими освітніми потребами, самі перебувають у зоні ризику емоційного вигорання та вторинної травматизації.

В таких випадках при роботі з психологічною травмою рекомендують:

- 1) Регулярний супервізійний супровід (груповий або індивідуальний);
- 2) Дотримання балансу «робота – відпочинок» (не більше 5-6 клієнтів з важкою травмою на тиждень);

Використання технік саморегуляції для фахівців (включно з Хібукі-терапією для дорослих, що також має позитивні результати).

Тимчасові протипоказання (сесію перенести):

- 1) Гостра соматична хвороба дитини (температура, біль).

2) Виражений поведінковий зрив до початку сесії (тривала істерика, аутоагресія).

3) Відсутність згоди дитини (якщо дитина категорично відмовляється заходити до кабінету – не наполягати).

Абсолютні протипоказання (метод не застосовується):

1) Психотичні стани (галюцинації, маячіння) – потребують медичного втручання.

2) Розлад аутичного спектру з вираженою аутоагресією, яка не контролюється фармакологічно.

Висновки до 3 розділу

Війна є екстремальною ситуацією розвитку з поліморфними, хронічними, непередбачуваними стресорами, що порушують базове відчуття безпеки дитини. Для дітей з особливими освітніми потребами цей вплив є потенційним через обмежені адаптаційні ресурси, сенсорну вразливість та труднощі в комунікації.

Існують певні фактори воєнного часу: безпосередня загроза життю, втрата та розрив, вимушене переселення, соціально-економічна дестабілізація, інформаційно-психологічний. Кожен з них має специфічний механізм впливу на різні категорії дітей з особливими освітніми потребами.

Найбільш уразливими категоріями є діти з розладом аутичного спектру (через сенсорну гіперчутливість та потребу в рутині), діти із затримкою психофізичного розвитку (високий ризик регресу) та діти з сенсорними порушеннями (дезорієнтація в небезпеці).

Ключовим впливом у війни- є родинний контекст. Рівень батьківського стресу, здатність матері витримувати тривогу дитини, збереження ритуалів та передбачуваності.

Хібукі- терапія- є ефективним, науково обґрунтованим методом психологічної підтримки дітей, які пережили воєнну травму, в тому числі дітей з особливими освітніми потребами. Дослідження Дафни Шарон Максимов за участю 400 українських дітей підтвердили високу ефективність методу (75% повне зникнення симптомів посттравматичного стресового розладу в експериментальній групі).

Метод може бути адаптований для різних категорій дітей з особливими освітніми потребами шляхом модифікації іграшки (обтяження) та терапевтичного протоколу (спрощення інструкцій, використання візуальної підтримки). Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення

довготривалої ефективності Хібукі-терапії для дітей з різними категоріями дітей з особливими освітніми потребами, а також на розробку спеціалізованих протоколів для роботи з дітьми з важкими формами аутизму та множинними порушеннями розвитку.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі вирішено актуальне науково-прикладне завдання – визначено особливості та основні фактори впливу воєнного стану на психоемоційний розвиток дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами (ООП).

У першому розділі встановлено, що психоемоційний розвиток дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами базується на взаємодії біологічних (тип порушення, стан нервової системи) та соціальних (родина, середовище, корекційна підтримка) чинників. Дошкільний вік є сенситивним періодом для формування емоційної регуляції, самоусвідомлення та соціальних навичок. У дітей з особливими освітніми потребами цей процес має специфічні риси: вищу вразливість до стресорів, труднощі з ідентифікацією та вербалізацією власних емоцій, а також обмежені можливості використання захисних механізмів, властивих нейротиповим одноліткам. Це створює необхідність у спеціально організованому психолого-педагогічному супроводі, орієнтованому на індивідуальний розвиток дитини.

У другому розділі з'ясовано, що психологічна травма у дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами має специфічну динаміку: вона не лише виникає внаслідок надзвичайних подій (війна), але й накладається на наявний нейробіологічний дефіцит, посилюючи прояви порушень індивідуального розвитку організму. Аналіз теоретичних підходів показав, що найбільш доречним для досліджуваної ситуації є Хібукі- терапія. Симптоми травми (гіперзбудження, дисоціація, регресія навичок, соматизація) у дітей з особливими освітніми потребами часто маскуються під прояви основного порушення, що ускладнює діагностику та потребує спеціальної підготовки фахівців.

У третьому розділі виокремлено та систематизовано групи факторів воєнного часу, що руйнівні впливають на психоемоційний розвиток дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку. Такі як:

Сенсорно-сприймальні (звуки вибухів, сирени, візуальні образи руйнувань, порушення звичних світлових/шумових режимів в укриттях);

Соціально-середовищні (вимушене переселення, розрив соціальних зв'язків, втрата звичного простору та розпорядку);

Фактор дефіциту корекційно-розвивальної допомоги (неможливість регулярних занять із дефектологом, логопедом, психологом, фізіотерапевтом, руйнування реабілітаційних маршрутів);

Батьківський фактор (виснаження, посттравматичний стресовий розлад у батьків, зниження батьківської чутливості та здатності до емоційної регуляції дитини).

Системний аналіз засвідчив, що в умовах воєнного стану відбувається якісна зміна траєкторії психоемоційного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку: від відносно стабільної до зворотно-прогресуючої з фазами регресії набутих навичок. При цьому найбільш уразливими виявилися діти з розладами аутистичного спектра (через сенсорне руйнування), діти з мовленнєвими порушеннями (через втрату логопедичної допомоги) та діти з емоційно-вольовими розладами (через неможливість передбачуваності ситуації).

Практичне значення роботи полягає в тому, що визначені фактори можуть слугувати основою для розробки:

Скринінгових протоколів оцінки психоемоційного стану дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни;

Алгоритмів первинної психологічної допомоги та стабілізації;

Моделі психолого-педагогічного супроводу, яка має включати дистанційні форми корекційної роботи, сенсорну підтримку в укриттях та психоедукацію батьків.

Отже, результати магістерської роботи підтверджують гіпотезу про те, що воєнний час є не просто додатковим стресором, а потужним руйнівним чинником, який потребує перегляду традиційних підходів до психолого-педагогічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Chan, W. W. Y., Shum, K. K., Downs, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2025). Are ADHD trajectories shaped by the social environment? A longitudinal study of maternal influences on the preschool origins of delay aversion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(6) с., 892–905 с..
2. Chan, W. W. Y., Shum, K. K., Downs, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2024). An experimental task to measure preschool children's frustration induced by having to wait unexpectedly: The role of sensitivity to delay and culture. *Journal of Experimental Child Psychology*, 237 с., 105763.
3. Wang, L., Jiang, D., Chen, Y., Zhang, S., & Rozelle, S. (2024). Paths of cognitive and social-emotional delays before age three in rural China: Predictive power on skills at preschool age. *PLoS ONE*, 19(9) с., e0310016.
4. .Autism.ua. (б.д.). Науковий журнал. Критерії DSM-5. Режим доступу до журн. URL: <https://www.autism.ua/about-autism/18-diagnostyka/41-kriteriji-dsm-5>
5. Живило Л.М. Порушення нейророзвитку у дітей — сучасний погляд на проблему. INTO-SANA. Режим доступу URL: <https://into-sana.ua/articles/porushennya-mozkovogo-rozvitku-u-ditej/>.
6. Аутузон. Науковий журнал. Затримка психічного розвитку та затримка психо-мовного розвитку (ЗПР, ЗППР). Режим доступу URL: <https://aytuzon.com.ua/zatrumka-psuxologichnogo-rozvytky/>.
7. Logoped.clinic. Науковий журнал. Затримка психомовленнєвого розвитку (ЗПМР). Режим доступу URL: <https://logoped.clinic/uk/diagnosis/zatrymka-psyhomovlennyevogo-rozvytku-zpmr/>.

8. Promova.center. Журнал. Що таке затримка психічного розвитку (ЗПР у дитини). Режим доступу URL: <https://promova.center/uk/blog/shho-take-zatrymka-psyhichnogo-rozvytku-zpr-u-dytyny>.

9. Buss, K. E., Warren, J. M., & Horton, E. (2015). Trauma and treatment in early childhood: A review of the historical and emerging literature for counselors. *The Professional Counselor*, 5(2), 225–237с.

10. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258 с.

11. Giannopoulou, I. (2012). Neurobiological inscriptions of psychological trauma during early childhood. *Psychiatrike*, 23(Suppl 1), 27–38 с.

12. Nader, K. (2020). *Handbook of trauma, traumatic loss, and adversity in children: Development, adversity's impacts, and methods of intervention*. New York: Routledge. 3-30 с.

13. Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook*. New York: Basic Books.

14. Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2) , 201–269 с.

15. Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking. 15-35 с.

16. Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83–93 с.

17. Semenova, N., Semenov, O., Nedilskyi, S., Alendar, N., Onyshchuk, I., & Paguta, T. (2025). Preschool education and war: New strategies and challenges for inclusion. *Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University*, 12(3), 37–51 с. Режим доступу URL: <https://doi.org/10.15330/jpnu.12.3.37-51>
18. Hollander, C. (2025). War and prolonged early-life stressors: Cross-sectional comparison of children's functional cognition as measured with the BRIEF. *Journal of Visualized Experiments (JoVE)*.
19. Crouch, E., Andersen, T. A., & Smith, H. P. (2024). Adverse childhood experiences and positive childhood experiences among United States military children. *Military Medicine*, 189(5-6), e1072–e1079. Режим доступу URL: <https://doi.org/10.1093/milmed/usad416>.
20. Hinojosa, M. S., Hinojosa, R., Condon, J., & DaSilva, S. (2024). Adverse childhood experiences in military, veteran, and civilian families. *Armed Forces & Society*, 50(4), 1196–1217. Режим доступу URL: <https://doi.org/10.1177/0095327X231161365>.
21. Chernichenko, L. (2024). Peculiarities of children's with special lighting needs speaking development at war time. *Scientific Journal of Polonia University*, 64(3), 9–15 с. Режим доступу URL: <https://doi.org/10.23856/6401>.
22. Туриніна, О. Л. (2017). Психологія травмуючих ситуацій. Київ: ДП «ВД «Персонал». 24-50 с.
23. Maksimov, D. S., Melnychuk, T., Inzhyievska, L., Sadykina, A., & Shynkarova, V. (2025). Hibuki therapy as a method of psychological support for war trauma in Ukrainian children. *European Journal of Trauma & Dissociation*. Режим доступу URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100546>.
24. Bryl, M., & Maksimov, D. S. (2023). Hibuki therapy combined with other art-therapy methods in group work with school-age children of different inclusive

categories during the war in Ukraine. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*, 18(3-4), 152–160 с.

25. Hen-Gal, S. (2023). Interview on Hibuki therapy for wartime trauma. *Psychology Today*. Режим доступу до журн. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-legacy-of-distorted-love/202603/how-a-huggy-dog-is-helping-children-with-wartime-trauma>

26. Alon, M. (2024, November 19). The pilot conducted in several kindergartens in Rishon LeZion has already shown impressive results – Hibuki: One doll that changes the lives of children on the autism spectrum. *Rishon Local Newspaper*.

27. ORT. (2025, September 16). Israeli toy dog therapy used to alleviate Ukrainian students' war trauma. *World ORT*. 1-3 с. Режим доступу до журн. URL: <https://ort.org/news/israeli-toy-dog-therapy-used-to-alleviate-ukrainian-students-war-trauma/>

28. Міністерство освіти і науки України національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова «Вікова та педагогічна психологія. Київ, «Просвіта». Скрипченко О.В., Долинська Л.В., Огороднійчук З.В.. 92-112 с.

29. BBC. Стаття Фергал Кін. Як життя в умовах війни впливає на мозок дитини і як це насправді позначається на ньому через роки. Режим доступу до журн. URL: <https://www.bbc.com/news/articles/cre3pdxde7vo>

30. Психологічний журнал. Стаття Естер Коул і Роберт С. Браун. Психологічні потреби дітей післявоєнного періоду Косово: попередній аналіз. Режим доступу до журн. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0143034302023002912>

31. Національна бібліотека про медицину. США. Нермина Кравич, Ізет Паєвич, Мевлудін Хасанович. Боснійські військові сироти- батьки: психічне

здоров'я у повоєнний час. Режим доступу URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36996318/>

32. Medical mondiale. Сараєво: Діти війни- десятичне мовчання. Стаття. Режим доступу до журн. URL: <https://medicamondiale.org/en/news/sarajevo-children-of-war-decades-of-silence>

33. Стаття Мелвудін Хасанович. Психологічні наслідки воєнної травми у дітей та підлітків в Боснії та Герцеговині. Режим доступу до журн. URL: https://www.researchgate.net/publication/216577368_Psychological_consequences_of_war-traumatized_children_and_adolescents_in_Bosnia_and_Herzegovina

34. Hasanovic M, Sinanovic O, Selimbasic Z, Pajevic I, Avdibegovic E. Psychological disturbances of wartraumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina. Croatian Medical Journal 47: 85-94 с., 2006 Режим доступу до журн. URL: <https://www.worldculturalpsychiatry.org/wp-content/uploads/2019/08/04-Psychological-V01N2.pdf>

35. Національна бібліотека про медицину. США. Воєнний досвід і симптоми стреса у боснійських дітей. Режим доступу до журн. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9346989/>

36. Стаття Мелвудин Хасанович. Психологічні наслідки воєнної травми у дітей та підлітків в Боснії та Герцеговині. Режим доступу до журн. URL: https://www.researchgate.net/publication/216577368_Psychological_consequences_of_war-traumatized_children_and_adolescents_in_Bosnia_and_Herzegovina

37. Дослідницька стаття. Zamira Hyseni Duraku, Genta Jahiu and Donjeta Geci. Травма, що передається з покоління до покоління, і травматичний стресовий розлад, спричинений війною у Косово: висновки на прикладі албанської етнічної групи. Режим доступу до журн. URL:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1195649/pdf>

38. Райан М. Джарра, Ксенета Вітія, Фатьона Кельменді, Фросильда Пушані, Ергест Ісак, Амарільдо Адемадж. Психосоціальні наслідки війни в Косово: систематичний огляд з рекомендаціями по наданню медичної допомоги косовським пацієнтам. Режим доступу URL: <https://www.authorea.com/users/602632/articles/633390-the-psychosocial-impact-of-the-kosovo-war-a-systematic-review-with-recommendations-for-kosovar-patient-care>

39. Хорватський медичний журнал. Стаття Арпат Барат. Благополуччя дітей після війни в Косово дослідження 2000. Режим доступу до журн. URL: https://www.researchgate.net/publication/11478180_Children's_well-being_after_the_war_in_Kosovo_Survey_in_2000

40. Nation Librari of medicine USA . Національна бібліотека про медицину. США. Благополуччя дітей після війни в Косово: дослідження 2000. Режим доступу до журн. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11885048/>

41. Сучасна педіатрія. Київ 2023р. Режим доступу URL: https://med-expert.com.ua/journals/ua/publishing-activity-uk/sovremennaya-pediatriya-ukraine-ua/suchasna-pediatrija-ukraina-%E2%84%96-4_2023-2/#dfli-pdf_36376/91/

42. Дисертація Дафни Шарон Максимов. Психологічні особливості трансформації травмівних переживань молодших школярів засобами Хібукі-терапії. Режим доступу URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745338/6/2_Sharon%20Maksimov_Manuscript_30.03.2025.pdf

43. Міжнародний класифікатор хвороб. Розділ 5. Розлади психіки та поведінки. Режим доступу URL: <https://medical-club.net/information/mkb-10-klass-v-psihicheskie-rasstrojstva-i-rasstrojstva-povedeniya/>

44. Журнал про дитячу психологію та психіатрію. Чи формується траєкторія розвитку РДУГ під впливом соціальної середовища. Дослідження впливу матері на формування несприйняття затримки розвитку в дошкільному віці. Режим доступу до журн. URL:

<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.14103>

45. Національна бібліотека про медицину. Шляхи розвитку когнітивних та соціально-емоційних затримок до трьох років в сільських районах Китаю: прогностична у співвідношенні навичок у дошкільному віці. Режим доступу до журн. URL:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11379282/#:~:text=Using%20a%20longitudinal%20data%20collected,path%20of%20child%20developmental%20delays>

46. Куртуа К.А., та Форд Дж. Д. (2009 р.) Лікування складних травматичних стресових розладів: Доказовий посібник. Ххі, 468 с. Нью-Йорк, штат Нью-Йорк, США: Guilford Press; США.

47. Фазель М., Штайн А. (2003 р.). Психічне здоров'я дітей-біженців: порівняльне дослідження. *British Medical Journal* («Британський медичний журнал»), С. 327 (7407), стаття 134. Грем Х.Р., Мінхас Р.С., Пакстон Дж. (2016 р.) Проблеми з навчанням у дітей біженців: Систематичний огляд. *Pediatrics* («Педіатрія»), С. 37 (6), стаття e20153994.

48. Бургін Д., Анагностопулус Д., Правління та Відділ політики ESCAP та інших. Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей - багаторівневі підходи, орієнтовані на потреби та з урахуванням інформації про травму. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, С. 845-853 (2022).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Проведення сесії Хібукі-терапії з дитиною з особливими освітніми потребами.

Тема: Знайомство з Хібукі та проєкція страху.

Вік: 5-7 років.

Категорія ООП: Затримка психічного розвитку.

Тривалість: 20-25 хвилин.

Матеріали: Іграшка Хібукі, картки з емоціями (сум, страх, радість, спокій), фломастери, папір.

Хід заняття:

Етап	Дії психолога	Дії дитини (очікувані)	Адаптація для ЗПР
1. Вступ (2-3 хв)	«Дивись, хто до нас сьогодні прийшов. Це Хібукі. Він дуже сумує, бо пережив страшно. Давай познайомимось»	Дитина розглядає іграшку, торкається, можливо, обіймає	Повільний темп, прості речення, дозвіл на тактильне дослідження
2. Проєкція (5-7 хв)	«Як ти думаєш, що відчуває Хібукі? Покажи на картці» (показує картки емоцій)	Дитина обирає картку «сум» або «страх»	Візуальна підтримка (картки); приймається будь-яка відповідь

3. Контейнування (5-7 хв)	«А що ми можемо зробити, щоб Хібукі стало краще? Давай його обіймемо. Можна заспівати йому пісеньку»	Дитина обіймає іграшку, гладить, може щось шепотіти	Акцент на тілесних діях (обійми – зрозуміло всім)
4. Завершення (3-5 хв)	«Хібукі каже тобі "дякую". Тепер він знає, що в нього є друг. Хочеш, він побуде з тобою?»	Дитина вирішує, чи взяти Хібукі додому	Дати дитині вибір; не наполягати
5. Зворотний зв'язок з батьками	Поінформувати батьків про тему заняття, дати рекомендації щодо підтримки вдома	Батьки отримують рекомендації	Надати прості, конкретні поради.

ДОДАТОК Б

Проведення сесії Хібукі- Терапії з дитиною дошкільного віку з розладом аутичного спектру.

Мета сесії: зниження рівня тривожності, стабілізація емоційного стану, розвиток навичок емоційної регуляції та соціальної взаємодії у дитини з розладом аутичного спектру, яка пережила травматичні події воєнного часу.

Тривалість: 15–20 хвилин (для дітей з розладом аутичного спектру рекомендується коротша тривалість порівняно з нейротиповими дітьми через швидке виснаження уваги та сенсорне перевантаження).

Формат: індивідуальний (на початковому етапі); можливий перехід до мікрогрупи (2–3 дитини) після встановлення довірчих стосунків.

Категорія дітей: дошкільний вік (4–7 років) з діагнозом розлад аутичного спектру, які мають досвід перебування в зоні бойових дій, евакуації, втрати близьких або тривалого стресу.

Необхідні матеріали:

Матеріал	Характеристика	Функція
Іграшка Хібукі	М'який песик з довгими лапами на липучках, великими сумними очима, обтяжений (додатково) до 500–700 г	Тактильна стимуляція, проєкція емоцій, «перехідний об'єкт»
Візуальне розклад	Картки із зображенням етапів заняття (5–6 карток)	Структурування, зниження тривоги через передбачуваність
Картки емоцій	PECS-картки з базовими емоціями (сум, страх, радість, спокій, злість)	Візуальна підтримка для ідентифікації емоцій
Таймер (візуальний)	Пісочний годинник (5, 10, 15 хвилин) або	Означення тривалості активності, зниження

	цифровий таймер зі зворотним відліком	страху «невідомої тривалості»
Сенсорний килимок (опційно)	М'який килимок з різною текстурою	Організація простору, створення «безпечної зони»
Заспокійливі предмети (опційно)	Навушники (шумоізоляція), обтяжена ковдра, сенсорна іграшка	Регуляція сенсорного перевантаження

Підготовчий етап (до початку сесії):

Для психолога:

Ознайомитися з індивідуальними особливостями дитини (сенсорні профілі, наявність вербальної комунікації, типові форми дистресу, стимули, що заспокоюють).

Підготувати Хібукі (перевірити, чи достатньо обтяження, чи чисті лапи-липучки).

Організувати простір: мінімальна кількість відволікаючих стимулів, приглушене світло (за потреби), тиша або білий шум.

Розмістити візуальне розклад на рівні очей дитини (послідовність карток зліва направо).

Підготувати «зелену зону» (місце, куди дитина може піти, якщо відчуває перевантаження).

Для батьків (інформування перед сесією):

Повідомити про тривалість та структуру сесії.

Запитати про актуальний стан дитини (сон, їжа, наявність кризових реакцій за останні 24 години).

Домовитися про спосіб комунікації (чи залишається батько в кабінеті, чи спостерігає через вікно, чи чекає за дверима).

Порадити взяти улюблену річ дитини (за потреби) для плавного переходу.

Структура сесії (покроковий опис).

Етап 1. Вхід та візуальне ознайомлення (2–3 хвилини).

Завдання: Створити передбачувану, безпечну ситуацію входження в терапевтичний простір.

Дії психолога:

1. Зустрічає дитину на рівні її очей (присідає).
2. Говорить спокійним, тихим голосом, короткими фразами.
3. Показує на візуальне розклад: «Дивись, що ми будемо робити.

Спочатку – привітання (показує картку). Потім – знайомство з Хібукі (картка). Потім – гра (картка). Потім – відпочинок (картка). Потім – прощання (картка)».

4. За потреби використовує таймер: «Ми будемо займатися ось стільки (показує 15-хвилинний пісочний годинник)».

Адаптація для розладу аутичного спектру:

1. Якщо дитина не дивиться на розклад – психолог тримає картки перед собою на рівні грудей (поле зору).

2. Якщо дитина вербально не відповідає – психолог не наполягає на відповіді, продовжує спокійно.

3. За наявності стереотипій – не переривати, але м'яко запрошувати до наступного етапу («Давай подивимось на Хібукі»).

Етап 2. Знайомство з Хібукі – сенсорне дослідження (3–5 хвилин).

Завдання: Дозволити дитині дослідити іграшку у власному темпі, сформувати тактильний контакт.

Дії психолога:

1. Достає Хібуки з «спеціального місця» (наприклад, з кошика або коробки, щоб підкреслити особливість іграшки).
2. Говорить: «Це Хібуки. Він прийшов з тобою пограти. Він м'який. Хочеш поторкати?»
3. Якщо дитина не проявляє інтересу – психолог сам демонструє: гладить Хібуки, обіймає, каже «М'який, теплий».

Пропонує дитині виконати прості дії: «Погладь», «Обійми», «Поторкай носик».

Адаптація для розладу аутичного спектру:

Сенсорна гіперчутливість: Якщо дитина відштовхує іграшку або відвертається – покласти Хібуки на відстані, де дитина може бачити, але не торкатися. Дозволити дитині самій підійти, коли буде готова.

Сенсорна гіпочутливість: Якщо дитина хоче кидати, стискати, бити Хібуки – дозволити (в межах безпеки). Це форма дослідження. Поступово пропонувати альтернативи («Можна обійняти, а не бити»).

Стереотипії: Якщо дитина починає стереотипно обертати лапу Хібуки – приєднатися до дії («Так, лапа крутиться. А давай подивимось, що ще вміє Хібуки»), потім м'яко переключити.

Відсутність вербальної комунікації: Використовувати жести (показати – погладити себе по руці – погладити Хібуки). Не вимагати слів.

Етап 3. Проекція емоцій через візуальну підтримку (3–5 хвилин)

Завдання: Допомогти дитині ідентифікувати та проєктувати емоційний стан (свій або Хібуки) через візуальні картки.

Дії психолога:

Розкладає картки емоцій перед дитиною (2–3 картки спочатку, не більше).

Показує на Хібукі: «Подивись на Хібукі. Як ти думаєш, що він відчуває? Сумний? (показує картку "сум") Страшно? (показує картку "страх")».

Якщо дитина обирає картку (вказує, бере в руку, киває) – психолог підтверджує: «Так, Хібукі сумний. Йому страшно».

Запитує: «А чому Хібукі сумний?» (не очікувати розгорнутої відповіді; достатньо будь-якої реакції – погляду, жесту, окремого слова).

Адаптація для розладу аутичного спектру:

Труднощі з розпізнаванням емоцій: Починати з однієї картки («сум»). Показувати на обличчі Хібукі (опущені кутики рота, сумні очі). Не вимагати правильної відповіді – сам психолог називає емоцію.

Ехолалія: Якщо дитина повторює «Хібукі сумний», не вимагаючи розуміння – прийняти як комунікацію («Так, ти сказав: Хібукі сумний. Добре»).

Уникання погляду на картки: Тримати картку біля Хібукі (на рівні іграшки), а не біля свого обличчя.

Алекситимія (нездатність описати емоції): Не наполягати на називанні емоцій. Замість цього – «Хібукі хоче обіймів. Давай обіймемо».

Етап 4. Турбота та регуляція (4–6 хвилин)

Завдання: Через турботу про Хібукі навчити дитину навичкам саморегуляції, знизити рівень збудження.

Дії психолога:

Пропонує конкретні дії турботи: «Давай обіймемо Хібукі. Обійми міцніше. Ось так. Тепер йому тепліше».

«Давай заспіваємо Хібукі тиху пісеньку» (навіть якщо дитина не співає – психолог співає тихо, наспівуючи).

«Давай подихаємо разом з Хібукі. Поклади Хібукі на живіт. Коли ти вдихаєш – Хібукі підіймається. Коли видихаєш – опускається».

Якщо дитина проявляє агресію до Хібуки – перевести в гру: «Хібуки впав! Йому боляче. Давай його підніmemo, пошкодуємо».

Адаптація для розладу аутичного спектру:

Обійми: Не наполягати, якщо дитина уникає тілесного контакту. Запропонувати альтернативу: «Можна погладити Хібуку рукою. Або просто подивитись на нього».

Дихання: Для дітей, які не розуміють інструкцію «вдих-видих» – використовувати візуальну підказку (рука підіймається – опускається) або вербальну імітацію («Як я» – психолог демонструє дихання з Хібуки на своєму животі).

Спів: Якщо дитина не переносить спів (сенсорне перевантаження) – замінити на тихе нашіптування заспокійливих слів («Все добре, Хібука з тобою»).

Стереотипне заколисування: Якщо дитина починає ритмічно заколисувати Хібуку – приєднатися, потім поступово зменшити амплітуду та частоту.

Ключові фрази для психолога:

«Ти в безпеці. Хібука з тобою».

«Хібука тобі вдячний. Ти дуже добре його заспокоїв».

«Ми можемо робити це разом. Ти не сам».

Етап 5. Завершення та перехід (2–3 хвилини).

Завдання: Забезпечити плавний вихід із терапевтичної ситуації, зберегти відчуття безпеки після сесії.

Дії психолога:

Показує на візуальне розклад: «Ми зараз закінчуємо. Остання картка – прощання».

Пропонує попрощатися з Хібукі: «Скажи Хібукі "до побачення" або помахай рукою. Хібукі прийде ще, якщо ти захочеш».

Запитує: «Хочеш взяти Хібукі додому? Він може побути з тобою». (Якщо дитина бере – важливо узгодити з батьками умови повернення).

Якщо дитина не хоче віддавати Хібукі – психолог м'яко нагадує: «Хібукі залишиться тут, щоб прийти до тебе наступного разу. Він чекатиме».

Проводить ритуал прощання (наприклад, коротке помахання рукою або дотик до долоні).

Адаптація для розладу аутичного спектру:

Ригідність, труднощі з переходом: Використовувати таймер («Залишилось 2 хвилини», «Залишилась 1 хвилина», «Час прощатись»). Дотримуватись візуального розкладу.

Прощання без слів: Якщо дитина не говорить «до побачення» – достатньо погляду на Хібукі або жесту.

Бажання забрати Хібукі: Якщо дитина сильно прив'язалась і не віддає – дозволити взяти додому, але узгодити з батьками чіткі правила (повернення через 2 дні, на наступну сесію). Для дітей з РАС розлука з Хібукі може бути додатковим стресом.

Спостереження та фіксація результатів.

Психолог фіксує після сесії:

Критерій	Ознаки (так/ні/частково)
Контакт з Хібукі	Торкався самостійно / після стимуляції / не торкався
Проекція емоцій	Назвав/показав емоцію Хібукі / проігнорував / відповідь не відповідає контексту

Регуляція	Зменшення стереотипій/ажитації після обіймів/дихання / посилення дистресу / без змін
Завершення	Плавний перехід / труднощі з віддаванням Хібукі / відмова прощатись
Загальний стан	Спокійний / підвищена активність / сонливість / ознаки дистресу

Динаміка за курсом (8-10 сесій):

Зменшення латентного періоду до першого контакту з Хібукі.

Поява самостійних актів турботи (без вербальної підказки).

Зменшення інтенсивності дистресу при згадуванні травматичної події.

Перенесення навичок регуляції в повсякденне життя (за звітами батьків).

Критерії ефективності сесії (для психолога)

Сесія вважається успішною, якщо досягнуто хоча б 2 з наступних показників:

Дитина самостійно (або з мінімальною допомогою) вступила в контакт з Хібукі (торкання, погляд, наближення).

Зафіксовано хоча б один акт турботи про Хібукі (обійми, погладжування, спокійна вербалізація).

Рівень дистресу (оцінюваний за поведінковими проявами – стереотипії, вокалізації, тремтіння, уникання) знизився до кінця сесії порівняно з початком.

Дитина змогла завершити сесію без значного опору (перехід до наступної активності зайняв не більше 2-3 хвилин).

Батьки повідомили про позитивні зміни вдома (дитина згадує Хібукі, просить пограти, спить з іграшкою).