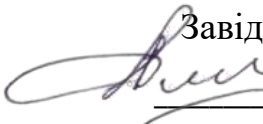


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології

«Допущений до захисту»


Завідувач кафедри
Карсканова С. В.
(підпис)

«10» __12__ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: ПТСР у дітей, які пережили психотравмуючі події

Виконала: студентка групи 6559мз


Борсукевич В.В.
(підпис)

Керівник роботи:

к. пед. н., доцент


Білюк О.Г.
(підпис)

Миколаїв – 2025 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально-науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Гарант освітньої
програми

Литвиненко І.С.

(підпис)

« 5 » 09 2025 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студентці Борсукевич Вікторії Володимирівні

1. Тема роботи: ПТСР у дітей, які пережили психотравмуючі події

Керівник роботи к. психол. н., доцент Білюк Олена Геннадіївна

Затверджені наказом ректора № 967-уч від «5» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи: 1 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):

Розділ 1. Теоретичні засади дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей, які пережили психотравмуючі події

Розділ 2. Методологічна основа та методи дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей

Розділ 3. Експериментальне дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей та аналіз отриманих результатів

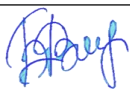
5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 11 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (2 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (5 слайдів), висновки (1 слайд).

7. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	Список використаної літератури має включати не менше 40 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	Розділ 1. (15-20 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	Розділ 2. (15-20 сторінок)
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	Розділ 3 (20-30 сторінок)
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 40 – 50 сторінок.
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	

Студентка



Борсукевич В.В.

(підпис)

Керівник роботи



Білюк О.Г.

(підпис)

АНОТАЦІЯ

Борсукевич Вікторія Володимирівна. Посттравматичний стресовий розлад у дітей, які пережили психотравмуючі події: магістерська робота. Спеціальність: 053 Психологія. Національний університет кораблебудування імені Адмірала Макарова. Миколаїв, 2025. 98 сторінок.

У роботі досліджено одну з найбільш актуальних проблем сучасної психологічної науки – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей, які пережили психотравмуючі події, з урахуванням викликів воєнного часу та масової травматизації дитячого населення. Визначено місце ПТСР у структурі психічних порушень дитячого віку, охарактеризовано основні теоретичні підходи до розуміння цього феномену та його особливості у дітей різних вікових груп. Мета роботи полягає у визначенні психологічних особливостей ПТСР у дітей, які зазнали психотравмуючих впливів, і розробці практичних рекомендацій щодо профілактики й подолання цього розладу.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у дітей.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву, діагностики та подолання ПТСР у дітей, які пережили психотравмуючі події.

Для досягнення мети вирішено такі завдання: розкрито поняття і специфіку ПТСР у дітей; встановлено типи, чинники та наслідки психотравми в дитячому віці; узагальнено теоретичні моделі виникнення та перебігу ПТСР; обґрунтовано методологічні підходи до дослідження; окреслено сучасні психодіагностичні інструменти; описано організацію та етапи проведення емпіричного дослідження; проаналізовано результати експериментального вивчення ПТСР; розроблено практичні рекомендації з профілактики та зменшення негативного впливу психотравмуючих подій на дітей.

Структура роботи складається зі вступу, трьох основних розділів, висновків, списку використаних джерел (58 найменувань) та додатків. Основний текст містить 92 сторінки, у роботі подано 8 таблиць, 1 діаграми. У першому розділі теоретично обґрунтовано поняття ПТСР у дітей, види і

наслідки психотравм, а також моделі розвитку розладу. У другому розділі розкрито методологічну основу дослідження, наведено характеристику наукових підходів, інструментів діагностики й організацію емпіричного дослідження. Третій розділ присвячено аналізу експериментальних результатів, узагальненню отриманих даних щодо особливостей прояву ПТСР у дітей різних вікових груп і наданню практичних рекомендацій.

У ході дослідження доведено, що діти, які пережили психотравмуючі події, відзначаються високим рівнем стресової симптоматики, що проявляється на когнітивному, емоційному, поведінковому та фізіологічному рівнях. Виявлено залежність специфіки ПТСР від віку дитини, типу травматичної події, індивідуальних і соціальних чинників. Обґрунтовано доцільність застосування комплексної психодіагностики (CAPS-5, IES-R, SCL-90-R) для диференціальної оцінки симптомів і динаміки стану дітей у групі ризику. Наукова новизна полягає у поєднанні міждисциплінарного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження із застосуванням сучасних методик. Теоретичне значення роботи полягає в узагальненні й систематизації підходів до проблеми ПТСР у дитячому віці. Практична цінність полягає у формулюванні рекомендацій для психологів, педагогів, соціальних працівників щодо організації допомоги та реабілітації дітей, які пережили психотравмуючі події.

Результати можуть бути використані у психолого-педагогічній, медичній, соціальній практиці, а також слугувати підґрунтям для подальших досліджень у сфері дитячої травматерапії.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, діти, психотравма, CAPS-5, IES-R, SCL-90-R, психологічна діагностика, війна, Миколаїв, психічне здоров'я дітей, психологічна допомога.

ABSTRACT

Borsukevych Viktoriia Volodymyrivna. Post-Traumatic Stress Disorder in Children Who Have Experienced Psychotraumatic Events: Master's Thesis. Specialty: 053 Psychology. Admiral Makarov National University of Shipbuilding. Mykolaiv, 2025. 98 pages.

This thesis explores one of the most pressing issues of modern psychological science—post-traumatic stress disorder (PTSD) in children who have experienced psychotraumatic events, with a particular focus on the challenges of wartime and the mass traumatization of the child population. The place of PTSD within the structure of childhood mental disorders is defined, and the main theoretical approaches to understanding this phenomenon and its features in children of different age groups are characterized. The purpose of the study is to determine the psychological characteristics of PTSD in children exposed to psychotraumatic influences and to develop practical recommendations for the prevention and management of this disorder.

The object of the study is post-traumatic stress disorder in children.

The subject of the study is the psychological features of the manifestation, diagnosis, and management of PTSD in children who have experienced psychotraumatic events.

To achieve the goal, the following tasks were addressed: the concept and specificity of PTSD in children were clarified; the types, factors, and consequences of psychotrauma in childhood were identified; theoretical models of the onset and course of PTSD were summarized; methodological approaches to the study were substantiated; modern psychodiagnostic tools were outlined; the organization and stages of empirical research were described; experimental results of PTSD study were analyzed; and practical recommendations for the prevention and reduction of the negative impact of psychotraumatic events on children were developed.

The structure of the thesis includes an introduction, three main chapters, conclusions, a list of references (58 sources), and appendices. The main text consists of 92 pages and contains 8 tables, 1 diagrams. The first chapter provides a

theoretical justification of the concept of PTSD in children, types and consequences of psychotrauma, and models of the disorder's development. The second chapter presents the methodological framework of the research, characterizes scientific approaches, diagnostic tools, and the organization of the empirical study. The third chapter is devoted to the analysis of experimental results, the generalization of data on the manifestation of PTSD in children of different age groups, and the provision of practical recommendations.

The study demonstrates that children who have experienced psychotraumatic events display a high level of stress symptomatology, manifesting at cognitive, emotional, behavioral, and physiological levels. The specificity of PTSD was found to depend on the child's age, type of traumatic event, and individual and social factors. The rationale for the use of comprehensive psychodiagnostics (CAPS-5, IES-R, SCL-90-R) for the differential assessment of symptoms and state dynamics in children at risk is substantiated. The scientific novelty lies in the integration of interdisciplinary theoretical analysis with empirical research using modern methods. The theoretical significance of the thesis is in the generalization and systematization of approaches to the problem of PTSD in childhood. Its practical value is in the formulation of recommendations for psychologists, educators, and social workers regarding the organization of support and rehabilitation for children who have experienced psychotraumatic events.

The results may be used in psychological, educational, medical, and social practice and can serve as a basis for further research in the field of child trauma therapy.

Keywords: post-traumatic stress disorder, children, psychotrauma, CAPS-5, IES-R, SCL-90-R, psychological diagnostics, war, Mykolaiv, children's mental health, psychological support.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ	8
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у дітей, його визначення та особливості	8
1.2. Психотравма в дитячому віці, її види, чинники та наслідки	15
1.3. Моделі виникнення та перебігу ПТСР у дітей	24
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ	33
2.1. Загальнонаукова парадигма дослідження та методологічні підходи	34
2.2. Методи та методики дослідження ПТСР у дітей	37
2.3. Організація дослідження та етапи його проведення	47
Висновок до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ТА АНАЛІЗ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	50
3.1. Характеристика вибірки, процедура дослідження та методи збору даних	50
3.2. Узагальнення результатів діагностики ПТСР у дітей	66
3.3. Практичні рекомендації щодо зменшення впливу психотравмуючих подій на дітей	75
Висновки до розділу 3	81
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86

ВСТУП

Актуальність теми. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей, які пережили психотравмуючі події, є надзвичайно актуальною проблемою сучасної психологічної науки та практики. Особливого значення ця проблема набуває в умовах сучасних воєнних конфліктів, стихійних лих та інших кризових ситуацій, що супроводжуються масовою травматизацією дитячого населення. Згідно з даними українських та міжнародних досліджень, значна кількість дітей, які зазнали впливу бойових дій, внутрішнього переміщення чи втрати близьких, демонструють високий рівень посттравматичних симптомів. Це свідчить про необхідність розробки ефективних стратегій психологічної підтримки та реабілітації травмованих дітей. Водночас, незважаючи на значний обсяг накопичених знань, проблема системного підходу до діагностики, оцінювання та терапевтичного супроводу ПТСР у дітей ще не є достатньо вирішеною і потребує подальших наукових розробок.

У підготовці теоретичних, методологічних та практичних основ дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей, які пережили психотравмуючі події, було проаналізовано та узагальнено позиції таких провідних українських та зарубіжних дослідників і фахівців, як Ю.С. Бондарук, О. Булгакова, М. Савченкова, С.Б. Власенко, П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, М.Ю. Галич, В.В. Литвин, Дж. Герман, В. Горбунова, О.І. Зик, В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан, Н.Ф. Каліна, К.С. Калмикова, М.А. Падун, Ю.Я. Карпюк, В.О. Климчук, В.В. Горбунова, О. Литвиненко, С.П. Макушева, Н.В. Оніщенко, Б.В. Плєскач, Н.В. Пророк, О.Б. Растроста, З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла, Г.П. Лазос, М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко, А.П. Мельник, О.Л. Туриніна, О.І. Романчук,

О.Л. Корольчук, О.В. Куліш, І.В. Сірик, О.С. Спартак, К. Суєтинова, О.А. Соловей, О.М. Христук, О.Л. Христюк, В.П. Цихоня, В.В. Чорна, І.М. Хоменко, В.В. Коломієць, С.С. Хлєстова, В.М. Шевченко, а також таких знаних зарубіжних фахівців, як U. Bronfenbrenner, M. Horowitz, D.S. Weiss, C.R. Marmar, M. Creamer, R. Johnson, D. Martsenkovskyi, R. Gulevych, S. Sorokopud, A. Petryna, F.W. Weathers, M.J. Bovin, D.J. Lee, L.R. Derogatis, а також використано стандартизовані клінічні та психометричні рекомендації та посібники (NICE, PTSD National Center for PTSD, CAPS-5 Manual). Цей міждисциплінарний аналіз дозволив комплексно підійти до розкриття специфіки ПТСР у дітей та забезпечив наукову глибину і системність дослідження.

Мета дослідження – визначити особливості посттравматичного стресового розладу у дітей, які пережили психотравмуючі події, та розробити практичні рекомендації щодо його профілактики й подолання.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі *завдання*:

1. Розкрити сутність поняття ПТСР у дітей, визначити його специфіку та особливості прояву в залежності від віку дитини.
2. Встановити типи та основні чинники психотравм, що виникають у дитячому віці, та проаналізувати їхні можливі наслідки.
3. Узагальнити теоретичні моделі виникнення та перебігу ПТСР у дітей.
4. Обґрунтувати методологічні підходи та загальнонаукову парадигму дослідження ПТСР у дітей.
5. Охарактеризувати методи та психодіагностичні методики, що застосовуються у дослідженні дитячого ПТСР.
6. Описати організацію та етапи проведення емпіричного дослідження ПТСР у дітей.

7. Проаналізувати та узагальнити результати експериментального дослідження ПТСР у дітей.

8. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та зменшення впливу психотравмуючих подій на дітей.

Об'єкт дослідження – посттравматичний стресовий розлад у дітей.

Предмет дослідження – психологічні особливості прояву, діагностики та подолання посттравматичного стресового розладу у дітей, які пережили психотравмуючі події.

Методи дослідження. У роботі застосовано комплекс методів: теоретичний аналіз та узагальнення наукової літератури; спостереження; клінічне та напівструктуроване інтерв'ю; психодіагностичні методики (CAPS-5, IES-R, SCL-90-R); методи математико-статистичного аналізу (описова статистика, кореляційний аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленому аналізі психологічних особливостей ПТСР у дітей різних вікових груп, а також у розробці практичних рекомендацій щодо профілактики та зменшення симптомів ПТСР.

Теоретичне значення дослідження полягає в інтеграції та узагальненні сучасних теоретичних підходів до проблеми ПТСР у дитячому віці, що сприятиме розширенню наукового розуміння механізмів травматизації та реабілітації дітей.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування отриманих результатів у роботі психологів, педагогів, соціальних працівників та медичних фахівців для покращення психологічної підтримки та реабілітації дітей, які пережили психотравмуючі події.

Структура роботи охоплює вступ, три основні розділи, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг основного

тексту становить 80 сторінок, без урахування списку використаних джерел та додатків. До списку використаних джерел включено 68 найменувань. У роботі представлено 9 таблиць, 4 діаграми та 3 схеми, які ілюструють результати теоретичного аналізу, методичного забезпечення та емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ

1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу у дітей, його визначення та особливості

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це хронічний психічний розлад, що виникає як відтермінована і/або затяжна реакція на екстремально стресову, травматичну подію чи ситуацію, яка загрожувала життю чи благополуччю і викликала інтенсивний страх, жах та відчуття безпорадності. Термін «*posttraumatic stress disorder*» (посттравматичний стресовий розлад) був уперше введений американським психологом М. Хоровіцом у 1980 році, коли діагностичні критерії ПТСР увійшли до класифікації DSM-III [50]. У вітчизняній науці поняття ПТСР почало широко застосовуватись із кінця XX ст., при цьому в науково-популярній літературі іноді вживаються спрощені терміни на кшталт «травматичний стрес». Згідно з класичним визначенням В.О. Климчук, ПТСР являє собою комплекс психофізіологічних реакцій

людини на психотравму – подію, що у більшості людей викликає сильний страх, жах або відчай. Важливою особливістю ПТСР є те, що розлад може проявитися не тільки безпосередньо після травматичної події, але й через кілька місяців або навіть років після неї [16].

У дітей ПТСР має ту саму основну природу, що й у дорослих, проте дитяча психіка більш вразлива до травматичних впливів через стадію розвитку. Не сформованість психіки, обмежений життєвий досвід, слабший волевий контроль емоцій та переважання підкіркових структур у нервовій регуляції зумовлюють специфічні наслідки психологічної травми в дитячому віці. ПТСР у дитини виникає в результаті надсильного травматичного впливу на психіку і проявляється низкою стійких психічних симптомів, що суттєво послаблюють її здоров'я та адаптацію. Дослідники відзначають, що за силою реакції на травму діти мало поступаються дорослим: дитина так само може переживати класичний посттравматичний симптомокомплекс. Разом з тим, існує хибне уявлення, ніби діти «легше» переносять сильний стрес. Справді, дитячий мозок більш пластичний, що сприяє адаптації, але водночас він і психіка дитини перебувають у процесі формування, тому значно вразливіші до важких обставин розвитку. Дітям значно складніше зрозуміти та прийняти травматичні події, вони часто не можуть усвідомити, що саме відбувається і чому, не в змозі передбачити наслідки чи самостійно знайти вихід із кризи. Таким чином, травматичний досвід може мати для дитини глибші та довготриваліші психічні наслідки, ніж для дорослого, і потребує спеціальної уваги та допомоги [1].

ПТСР діагностується за сукупністю симптомів, об'єднаних у три основні групи (критерії): нав'язливе повторне переживання травми (інтрузії), уникання нагадувань про травму та емоційне оніміння (емоційний *numbing*), а також стан постійного підвищеного збудження

(гіперароза). У дітей ці симптоми за змістом схожі, проте форма їх прояву може відрізнятися залежно від віку та рівня розвитку. До основних ознак ПТСР у дітей відносять:

- Нав'язливі спогади та повторне переживання травми: дитина постійно подумки повертається до пережитої події. Можливі нав'язливі страшні спогади або картини, про які дитина може не розповідати дорослим; повторювані нічні кошмари, від яких дитина прокидається. У молодших дітей повторне переживання часто проявляється у вигляді гри або малюнків на тему травми – дитина несвідомо «розігрує» травматичну ситуацію, намагаючись її опрацювати.

- Уникання та емоційна відстороненість: дитина всіляко уникає будь-яких людей, місць або ситуацій, що нагадують про травму. Вона може ставати емоційно нечулою, замкнутою, відстороненою (стан «емоційного оніміння»). Спостерігається втрата інтересу до раніше улюблених занять, почуття відчуженості від інших, «виключення» емоцій, щоб не відчувати болю.

- Підвищене психофізіологічне збудження: дитина перебуває у стані постійної напруги. Характерні дратівливість, спалахи агресії або, навпаки, надмірна апатичність, проблеми зі сном (труднощі засинання, часті пробудження, нічні жахи), підвищена лякливність (дитина здригається від несподіваних звуків, різко реагує на раптові нагадування про травму). Також можуть спостерігатись фізіологічні прояви страху – прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння тощо при тригерних ситуаціях [39].

Окрім цих головних кластерів, у дітей часто фіксуються додаткові симптоми, що відображають вікові особливості реагування на травму. Дослідження свідчать, що у дітей молодшого та старшого віку традиційні симптоми ПТСР (повторне переживання, уникання, гіперзбудження) зазвичай присутні, але доповнюються рядом

специфічних для дитячого віку проявів. Зокрема, у дітей, які пережили психологічну травму, часто спостерігаються: загальна емоційна дестабілізація, поява нових страхів, регресивні форми поведінки, соматичні розлади та інші ознаки дезадаптації. До типових ознак стресу/ПТСР у дітей дослідники відносять наступні реакції:

- **Загострені емоції:** часті спалахи агресії, дратівливості, або навпаки – надмірної тривожності і страхів. Діти можуть раптово плакати або сердитись без очевидної причини. Підсилюються старі страхи і з'являються нові, часом безпредметні страхи, яких раніше не було (темряви, самотності, гучних звуків тощо).

- **Регресивна поведінка:** можливе повернення до більш ранніх вікових моделей. Наприклад, дитина, яка вже навчилася контролювати фізіологічні потреби, після травми може знову почати мочитися в ліжку, смоктати палець; дошкільники можуть поводитися як малюки, вимагати більше уваги, буквально «чіплятися» за батьків і боятися навіть ненадовго залишатися без них.

- **Порушення фізіологічних функцій:** зниження або відсутність апетиту, розлади сну (безсоння, нічні кошмари). Тіло теж реагує на психічний стрес: спостерігається ослаблення імунітету, часті застуди, загострення хронічних захворювань; можливі скарги на головний біль, біль у животі та інші психосоматичні прояви. Деякі діти переживають стан «психомоторного збудження» – підвищену рухливість, суєтливість – або протилежно, загальмованість та апатію.

- **Поведінкові проблеми:** травмована дитина може демонструвати часті конфлікти з однолітками, проявляти ворожість до оточуючих без явних причин. У підлітків нерідко відзначаються саморуйнівні тенденції – схильність до ризикованої поведінки, втеч з дому, в деяких випадках самопошкоджень чи навіть зловживання психоактивними речовинами.

- Зниження когнітивного функціонування: після травми багато дітей мають труднощі з концентрацією уваги та навчанням. Може спостерігатися погіршення пам'яті: дитина забуває навіть раніше відому інформацію, особливо пов'язану з травмою. В окремих випадках фіксують втрату набутих навичок – наприклад, вже здобутих мовних чи соціальних умінь. Дитяче сприйняття світу після травми стає фрагментарним, хаотичним, сповненим плутанини. У важко травмованих можливі нав'язливі думки про смерть чи загибель [2].

Як бачимо, ПТСР у дітей проявляється на різних рівнях – емоційному, когнітивному, поведінковому та фізіологічному – і впливає фактично на всі сфери життя дитини. Діти часто не в змозі зрозуміти й вербалізувати свій стан, тому їхній психологічний дистрес може виражатися через поведінку та тілесні симптоми. Наприклад, після психотравми малюки нерідко стають «чемними» і тихими або, навпаки, некерованими, оскільки ще не навчилися по-іншому сигналізувати про свої переживання. Дитина може відчувати провину за те, що сталося («все погане сталося через мене»), особливо маленька, яка схильна до егоцентричних пояснень. Важливо, що симптоми у дітей тривають довше, ніж у дорослих, і без належної підтримки можуть не згасати, а навіть посилюватись.

Зважаючи на сказане, для коректної діагностики ПТСР у дітей слід враховувати вікові особливості проявів. Фахівці рекомендують проводити опитування батьків про поведінку та сон дитини молодшого віку, а з дітьми старшими 6–7 років – комбінувати бесіду і психологічне тестування, адаптоване для їх рівня розуміння. Визнано, що вже починаючи з 3-річного віку у дітей можуть проявлятися симптоми посттравматичного стресу, якщо вони пережили екстремальну подію. При цьому клінічна картина певною мірою змінюється з віком: так, дошкільнятам більш властиві регресивні симптоми і страхи, тоді як

підлітки можуть реагувати ризикованою поведінкою, бунтом чи депресивністю [47]

Для ілюстрації вікової специфіки наведемо Таблицю 1.1, у якій узагальнено найбільш поширені реакції стресу у дітей різних вікових груп (ясельного/дошкільного віку, молодшого шкільного віку та підлітків).

Таблиця 1.1

Типові ознаки стресових реакцій у дітей різних вікових груп [35]

Вікова група	Емоційні реакції	Поведінкові прояви	Соматичні симптоми	Когнітивні особливості	Типові особливості реакції на травму
Діти раннього та дошкільного віку	- Гнів, дратівливість - Тривожність - Страх самотності, покинутості - Частий плач	- Регресія (повернення до дитячих звичок, енурез) - Уникнення контактів - Тремтіння, збудження - Порухання харчування - Замкненість, аутичні риси	- Порушення сну, нічні кошмари - Відмова від їжі - Соматичні скарги (болі в животі)	- Вужкість мислення, зосередженість на страху - Труднощі в запам'ятовуванні нової інформації	- Прив'язаність до дорослих - Потреба у фізичній безпеці - Яскраво виражена регресія

Продовження Таблиці 1.1

Діти молодшого шкільного віку	- Недовірливість, підозрілість - Відчуття нелюбимості, занижена самооцінка - Надмірні переживання щодо майбутнього	- Байдужість до навчання, втеча у фантазії - Замкненість, уникнення друзів - Часте сечовипускання на нервовому ґрунті - Втрата інтересу до ігор, апатія	- Головні болі, біль у животі - Порушення сну, безсоння - Втрата апетиту	- Зниження здатності до навчання - Проблеми з концентрацією уваги - Нав'язливі думки про подію	- Схильність звинувачувати себе - Шукають підтримки у дорослих, але можуть приховувати свої почуття
Діти 10-12 років та підлітки	- Злість, агресивність - Втрата ілюзій, цинізм - Почуття безперспективності, ізоляція - Низька самооцінка	- Бунтівна, девіантна поведінка - Ризиковані дії (утеча з дому, агресія, самопошкодження) - Вживання алкоголю/наркотиків - Конфлікти з дорослими - Недовіра до світу	- Хронічна втома - Психосоматичні симптоми (серцебиття, головні болі, болі в животі) - Розлади сну	- Депресивні думки - Зниження академічної успішності - Труднощі у плануванні майбутнього	- Ізоляція від оточення - Відчуття самотності, нікчемності - Сприйняття світу як ворожого

Як видно з таблиці 1.1, молодші діти найчастіше реагують на травму страхами та регресією: вони бояться залишатися самі, повертаються до більш «дитячої» поведінки, багато плачуть. У цій віковій групі помітна соматизація переживань – стрес проявляється через тілесні симптоми (нудота, тремтіння, розлади сну, апетиту). Молодші школярі вже більше вербалізують емоції, проте також можуть відчувати себе незахищеними та нелюбимими; їм властиві недовіра і почуття небезпеки. Для них характерні як психосоматичні скарги, так і ознаки зниження самооцінки та мотивації (байдужість до навчання, ігор). Підлітки під впливом травми нерідко стають агресивними або цинічними, у них руйнуються колишні світоглядні установки («втрата ілюзій»). Вони можуть демонструвати бунтівливість, відкидання авторитетів, а також авторуйнівну поведінку. Старші підлітки іноді

намагаються заглушити переживання алкоголем чи іншими небезпечними способами. Таким чином, із дорослішанням дітей посттравматичні прояви зсуваються з безпосередніх страхів та регресії – до більш складних афективних і поведінкових розладів (депресивність, девіантність тощо). Проте в основі всіх цих варіантів лежить спільний механізм травми, а саме – незавершене психологічне опрацювання шокowego досвіду.

Особливості ПТСР у дітей тісно пов'язані з чинниками підтримки або ризику в їхньому оточенні. Зокрема, однією з головних умов успішного подолання дитячої травми є реакція найближчих дорослих. Батьки та сім'я слугують для дитини своєрідним «буфером» при зіткненні зі страшними подіями. Якщо батьки зберігають спокій і забезпечують відчуття безпеки, дитині легше відновитися; натомість паніка або байдужість дорослих значно ускладнюють перебіг стресового розладу у дитини. Так, наголошується, що характер реагування батьків на катастрофу є, по суті, вирішальним фактором у формуванні симптоматики ПТСР у дітей. Дорослим важливо уважно ставитися до емоційних станів дітей, демонструвати підтримку, говорити з ними про їхні почуття мовою, зрозумілою для віку, та ні в якому разі не ігнорувати чи знецінювати пережитого досвіду дитини. Як зауважує О. А. Соловей, дорослі повинні допомогти дитині відчувати себе в безпеці, коли навколишній світ здається їй небезпечним; розуміти, як правильно реагувати на сильні дитячі емоції, залежно від обставин кожного випадку [35]. Отже, поняття ПТСР у дітей включає не лише клінічний синдром, але й унікальний контекст дитячого розвитку, де вирішальну роль у перебігу розладу відіграють соціально-психологічні умови – підтримка або її відсутність, стабільність чи продовження травматизації тощо.

На сучасному етапі значущість проблеми ПТСР у дітей, особливо в умовах воєнних конфліктів та інших криз, різко зросла. Згідно з епідеміологічними даними, наведеними ЮНІСЕФ, приблизно 3–15% дівчат і 1–6% хлопчиків, які пережили хоча б один травматичний епізод, у результаті розвивають симптоми ПТСР. При багаторазових або особливо тяжких травмах ризик значно підвищується. Так, за результатами українського дослідження Д. Марценковського, серед підлітків 15–17 років, котрі зазнали впливу війни, у 53,7% було виявлено ознаки посттравматичного стресового розладу [52]. Інше дослідження, R. J. Johnson, O. V. Ivashchenko, V. Borisevich, N. Potapova показало, що серед внутрішньо переміщених дітей та підлітків у містах України майже чверть (23%) мають високий рівень посттравматичних симптомів [51]. Ці тривожні дані підкреслюють, що ПТСР у дітей є нині реальною загрозою для цілого покоління, і розуміння його природи та особливостей є надзвичайно важливим завданням науки і практики.

1.2. Психотравма в дитячому віці, її види, чинники та наслідки

Термін «психологічна травма» (або «психотравма») вживається для опису ушкоджувального впливу надзвичайно сильних стресових чинників на психіку, що призводить до довготривалих негативних наслідків для психічного здоров'я. Згідно з визначенням, поданим у Психологічній енциклопедії, психологічна травма – це «шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей». Глибина травми залежить від суб'єктивної значущості події для людини, її емоційної стійкості та психологічного захисту. У науковій літературі

психотравму часто визначають як екстремальне потрясіння, що виходить за межі звичайного досвіду і порушує нормальне функціонування особистості (Н.В. Оніщенко) [21]. Іншими словами, психотравма – це такий вплив, з яким особистість не може впоратися за допомогою наявних адаптаційних ресурсів; він викликає стан дистресу і залишає глибокий слід у психіці.

Від звичайних стресових подій психотравмуючі події відрізняються катастрофічним або загрозливим характером. До них належать, зокрема, військові дії, терористичні акти, стихійні лиха, серйозні нещасні випадки, насильство (фізичне, сексуальне), жорстоке поводження з дітьми, раптова втрата близьких тощо. О. В. Куліш та І. В. Сірик, аналізуючи природу психологічної травми, зазначала, що для опрацювання травматичного досвіду жертві необхідне підтримуюче соціальне середовище, яке дає можливість говорити про пережите і не замовчувати його [19]. Історично інтерес до вивчення психотравми зростав хвилями – після масових потрясінь (воєн, епідемій, суспільних катаклізмів) увага науковців фокусувалася на цьому явищі. Ще в кінці XIX ст. U. Bronfenbrenner та його учні показали, що важкі емоційні переживання можуть лежати в основі істеричних симптомів [47]. Після Першої світової війни D.S. Weiss та C.R. Marmar описали так званий «shell-shock» (контузія) – невротичний стан солдат, викликаний жахами окопної війни [58]. Поступово сформувалося розуміння, що психологічна травма здатна провокувати широкий спектр психічних розладів – від гострих реакцій і неврозів до затяжних порушень особистості. Наукові дослідження другої половини XX – початку XXI ст. підтвердили, що переживання подій, які несуть загрозу життю чи безпеці, майже неминуче спричиняє медико-психологічні та соціальні наслідки для потерпілих. Найбільш тяжкими серед таких наслідків визнано

посттравматичні стресові розлади та пов'язані з ними порушення адаптації.

Психотравмуючі ситуації можна класифікувати за різними критеріями. За визначенням О. Л. Христук, «за характером дії психотравмуючі впливи поділяються на три види»:

1. За інтенсивністю впливу: масивні (катастрофічні) травми, які виникають раптово і з надзвичайною силою (наприклад, техногенні аварії, бойові дії); раптові гострі травми (автомобільна аварія, напад), що також перевищують адаптаційні можливості психіки. Обидва підтипи відзначаються різкою, потужною дією стресора, яка пригнічує нормальні механізми психологічного захисту особистості.

2. За соціальною масштабністю наслідків: вузькоспрямовані травми, що впливають лише на окрему сферу життя людини (наприклад, втрата роботи впливає переважно на професійну самореалізацію), і багатопланові травми, що тягнуть системні соціальні зміни (війна, вимушена міграція, стигматизація тощо змінюють соціальну позицію людини, її статус, коло спілкування та можливості самоствердження).

3. За особистісними наслідками: біологічні травми – ті, що спричиняють безпосереднє фізичне ушкодження або загрожують життю, та особистісно-руйнівні травми – такі, що ведуть до глибоких психологічних змін, неврозів, психосоматичних захворювань [43].

Інші автори також пропонували ділити травми на одноразові (т.зв. «шокові» травми, як-от аварія, природна катастрофа) та хронічні або повторювані (тривале насильство, бойові дії, життя в умовах війни). Окремо виділяють травми, завдані людьми (антропогенні – війна, злочин, теракт) та нелюдського походження (стихійні лиха, техногенні аварії). Для дитячого віку дуже значущою є також категорія «*developmental trauma*» – травматичні події, що сталися в критичні

періоди розвитку дитини (раннє дитинство, підлітковий період) і потенційно вплинули на формування особистості [3].

Дитячий вік має свою специфіку переживання травматичних подій. Вік дитини на момент психотравми – важливий фактор, що визначає глибину і характер наслідків. Чим менша дитина, тим менш зрілими є її психологічні захисні механізми, досвід подолання труднощів, тим більш руйнівним може стати зовнішній стресор. Як підкреслює О. Л. Туриніна, психотравма у дитинстві часто має психосоматичний профіль, тобто психологічний біль у дитини виявляється через соматичні симптоми. Дитина може не усвідомлювати і не вербалізувати свого горя, але воно проявиться у вигляді болю живота, головного болю, енурезу, тіків тощо [41].

Важливо врахувати, що реакція на травму у дітей залежить також від низки інших чинників: індивідуально-психологічних особливостей (темпераменту, рівня тривожності, емоційної чутливості), попереднього досвіду (чи були травми раніше), сімейного оточення та соціальної підтримки. Дослідники наголошують, що у певні вікові періоди діти особливо вразливі: зокрема, розлука з батьками, втрата близьких, свідчення сцен насильства чи війни можуть мати надзвичайно травматичний вплив на психіку дитини і її подальший розвиток. Переживання сильного потрясіння в дитинстві може привести до змін в особистості – зростає ймовірність формування девіантної поведінки або інших небажаних форм реагування як способу психологічного захисту і компенсації болісних переживань. Наприклад, дитина, що пережила жорстоке поводження, може надалі проявляти агресію до інших як засвоєну модель, або навпаки – піти в себе, розвинути недовіру до людей, труднощі у стосунках. Психотравма в ранньому віці здатна порушити базове почуття безпеки, довіру до світу, які є фундаментом нормального розвитку [57].

До специфічних видів дитячої травми відносять також травми розвитку, пов'язані з особливими освітніми потребами. Діти з інвалідністю, розладами спектра аутизму та іншими ООП нерідко зазнають хронічної психологічної травматизації через нерівні можливості, неприйняття з боку оточення, булінг у школі. З одного боку, такі діти особливо вразливі (через стан здоров'я, залежність від дорослих), а з іншого – сама їхня соціальна ситуація розвитку може породжувати травматичні переживання, коли їхні особливі потреби ігноруються або висміюються суспільством. Психотравма у дітей з ООП стала предметом сучасних українських досліджень, які акцентують на необхідності створення безпечного інклюзивного середовища і спеціальної підтримки для таких дітей (В. В. Чорна, І. М. Хоменко, В. В. Коломієць, С. С. Хлєстова) [45].

Чинники, що впливають на наслідки травми. Наслідки психотравми в дитячому віці визначаються складною взаємодією багатьох факторів. До ключових належать:

- Характер і сила травматичної події. Загальновизнано, що більш інтенсивні, тривалі та загрозливі за характером події спричиняють тяжчі наслідки. Масштаб катастрофи, пряма загроза життю, наявність фізичних поранень під час події – усе це значно підвищує ймовірність розвитку ПТСР у дитини. Скажімо, діти, які безпосередньо пережили бойові дії, бомбардування, насильство, в середньому мають вищий рівень травматичних симптомів, ніж ті, чий досвід обмежився переглядом тривожних новин.

- Індивідуальна значущість травми. Те, наскільки подія суб'єктивно страшна для дитини, відіграє першорядну роль. Дві дитини можуть по-різному пережити схожу ситуацію: для однієї, приміром, перебування в укритті під час обстрілу стане жахливим потрясінням, тоді як інша сприйме це як невелику пригоду – залежно від особистих

обставин, пояснень дорослих, попереднього досвіду. Особиста травмованість визначається тим, наскільки подія порушує базові уявлення дитини про світ (про доброту людей, справедливість, безпеку дому тощо).

- Вік дитини та стадія розвитку. Як вже згадувалося, діти молодшого віку і навпаки люди похилого віку є більш вразливими до травми. Для дитячої психіки критично значимо, на якій стадії розвитку сталася подія: травма, пережита в період формування базової довіри до світу (наприклад, в дошкільному дитинстві), може підірвати основу цього довір'я. Старші діти та підлітки мають більше когнітивних ресурсів, але й складнішу особистісну реакцію – часто у формі протесту, ризикованої поведінки.

- Індивідуально-психологічні особливості. До них відносять тип темпераменту, рівень резиліентності (психологічної стійкості), особливості емоційної сфери, наявні копінг-стратегії та механізми психологічного захисту дитини. Наприклад, діти з більш гнучкими копінг-стратегіями, вмінням просити про допомогу та конструктивно виражати емоції, легше долають потрясіння. Натомість схильність до ізоляції, заперечення або агресії як способів захисту може ускладнювати відновлення. Важливе значення має також попередній стан психічного здоров'я: наявність до травми якихось емоційних чи поведінкових розладів підвищує ризик важчого ПТСР.

- Соціальні фактори: рівень соціально-економічного благополуччя сім'ї, загальна атмосфера в родині, стосунки з однолітками, підтримка з боку громади – усе це або пом'якшує, або погіршує наслідки травми. Наприклад, низький соціально-економічний статус часто корелює з накопиченням стресів і меншими можливостями отримати психологічну допомогу. Навпаки, якщо після травми дитина одержує

багато тепла, уваги, психологічної та матеріальної підтримки, шанси на успішне подолання значно зростають [30].

Таблиця 1.2

Фактори ризику і фактори захисту щодо розвитку ПТСР у дітей після травматичних подій [31]

Категорія	Фактори ризику (ускладнюють перебіг травми)	Фактори захисту (сприяють успішній адаптації)
1. Індивідуальні	• Ранній (дошкільний) вік дитини на момент травми. • Схильність до тривожності, емоційна лабільність. • Слабкі навички саморегуляції, відсутність ефективних копінг-стратегій. • Попередній досвід психологічних проблем чи травм. • Висока інтенсивність чи тривалість травмуючої події. • Переживання почуття провини чи сорому. • Низька самооцінка, песимізм щодо майбутнього.	• Старший вік дитини, психологічна зрілість. • Висока стресостійкість, розвиток резиліентності. • Сформовані адаптивні копінг-стратегії. • Вміння саморегулювати емоції відповідно до віку. • Позитивне сприйняття власних ресурсів та досвіду. • Схильність до активного пошуку допомоги, відкритість.
2. Сімейні	• Негативна реакція дорослих на подію: паніка, дезорганізація, або емоційна відстороненість. • Відсутність підтримки та відкритої комунікації у сім'ї. • Високий рівень конфліктності в родині, насильство. • Схильність батьків до уникнення, заперечення проблем. • Втрата близьких, руйнування сім'ї. • Психічні або залежні розлади у батьків.	• Емоційна підтримка та турбота з боку батьків/опікунів. • Відкриті розмови про пережите, роз'яснення подій. • Забезпечення фізичної та психологічної безпеки. • Позитивна модель поведінки дорослих у кризових ситуаціях. • Спільна участь у відновленні повсякденного життя. • Сімейні традиції, спільні ритуали, згуртованість.
3. Соціальні	• Відсутність або слабкість соціальної підтримки (ізоляція сім'ї, відсутність друзів, переміщення). • Перебування в несприятливому оточенні (бідність, міграція, стигматизація). • Продовження або повторення травмуючих впливів (життя в зоні війни, насильство в громаді). • Відсутність доступу до освіти,	• Стабільність найближчого оточення: присутність друзів, учителів, вихователів. • Підтримка з боку однолітків, сусідів, громади. • Збереження звичного розпорядку дня, швидке повернення до навчання. • Участь у групових та творчих активностях. • Активна громадська

	розрив зв'язків із школою, дитсадком.	допомога, програми.	волонтерські
--	--	------------------------	--------------

Продовження Таблиці 1.2

4. Контекстуальні	• Висока особиста значущість травми (безпосередня загроза життю, втрата значущих людей чи місця проживання). • Масштаб катастрофи (масове насильство, війна, природна катастрофа). • Відсутність інформації про подію, невідомість, хаос. • Несвоєчасне або неадекватне реагування державних/соціальних служб.	• Помірна сила і короткочасність травматичної події. • Якісна інформованість дитини і родини про події. • Своєчасне залучення професійної допомоги (психолог, психотерапевт, соціальні служби). • Доступ до медичних, психологічних і соціальних послуг. • Приклади успішного подолання у найближчому оточенні.
----------------------	---	---

Як випливає з Таблиці 1.2, перебіг і наслідки психотравми – не фатально наперед визначені, а значною мірою залежать від балансу негативних та позитивних факторів. Якщо негативні чинники переважають (надзвичайно тяжка подія, вразлива дитина, відсутність підтримки, повторні травми), висока ймовірність розвитку прогресуючих патологічних станів – таких як затяжний ПТСР чи інші психічні розлади. Наприклад, низький соціальний статус і переміщення (ВПО) нерідко супроводжуються тривалими психотравмуючими обставинами, тому серед дітей-переселенців фіксують високі рівні тривожності, порушень сну та ПТСР. Навпаки, за наявності протекторних факторів – підтримки, стійкості, короткочасності стресу – навіть переживши важкий епізод, дитина може продемонструвати дивовижні здатності до відновлення. Психологи називають такі випадки проявом резиліентності, або психологічної стійкості. Різниця у впливі чинників добре простежується на прикладі перебігу розладів адаптації у травмованих дітей: близько 50–55% дітей переживають регредієнтний тип реакції – коли симптоми поступово зменшуються і стан поліпшується (це спостерігається при менш значущій травмі, хорошій підтримці тощо). Близько 38–40% мають стабільний тип –

симптоматика залишається на тому самому рівні, без погіршення чи покращення. І лише найменша частка (5–10%) демонструє прогредієнтний тип, коли з часом стан погіршується – саме в цих випадках, за відсутності допомоги, адаптаційний розлад переростає у повноцінний ПТСР. Таким чином, результати психотравми не визначені раз і назавжди самою тільки подією – вони є наслідком взаємодії події з особистістю і оточенням. Тому профілактика важких наслідків полягає як у мінімізації дії травмуючих факторів (припинення насильства, евакуація із зони бойових дій тощо), так і в максимальному посиленні захисних – психологічної підтримки, терапевтичної допомоги, відновлення відчуття контролю над життям [4].

Психологічна травма в дитинстві може мати широкий спектр наслідків – як короткострокових, так і віддалених. До безпосередніх наслідків відносять гострі стресові реакції (шок, ступор або, навпаки, паніка, істерика незабаром після події), а також розлади адаптації – мозаїчні психопатологічні прояви, що виникають у перші тижні чи місяці після травми. У дітей розлади адаптації часто проявляються як поєднання астеничних, тривожних та поведінкових симптомів: дитина може стати кволою, швидко втомлюватися, втратити інтерес до ігор; одночасно спостерігаються нав'язливі спогади, страхи, дратівливість, агресивні випадки, замкнутість чи уникання контактів. Часто у клінічній картині домінують соматовегетативні порушення: зниження апетиту, порушення серцевого ритму, м'язова напруга, болі незрозумілого походження (психосоматичні) [5].

Якщо допомога надана вчасно і чинники сприятливі, поступово гострі прояви слабшають – дитина повертається до нормального життя. Проте у частини дітей (особливо за наявності описаних факторів ризику) психотравма переходить у хронічну фазу. У цих випадках формуються стійкі психічні розлади, насамперед посттравматичний стресовий

розлад. ПТСР можна розглядати як відстрочений наслідок психотравми, який проявляється через кілька місяців після події (або й пізніше) і триває роками. Без лікування ПТСР має тенденцію ставати хронічним. Дослідження К. Суятинової показали, що близько 20% осіб з ПТСР внаслідок воєнних дій потребують тривалої професійної допомоги, оскільки не можуть самостійно подолати розлад [40]. У дітей хронічний ПТСР може негативно впливати не лише на психічне, а й на фізичне та соціальне благополуччя: спостерігаються затримки розвитку, труднощі в навчанні, розлади поведінки (агресивність або соціальна ізоляція), підвищений ризик депресії та тривожних розладів у підлітковому віці. Наявність нелікованої психотравми в дитинстві підвищує також імовірність різних проблем у дорослому житті – від психосоматичних захворювань до труднощів у побудові стосунків та професійній самореалізації [7].

Варто окремо відзначити, що масові травматичні події (такі як війна) призводять до колективних наслідків серед дітей, створюючи цілі групи високого ризику. Сучасні українські реалії воєнної агресії РФ спричинили безпрецедентну кількість травмованих дітей – як тих, хто безпосередньо постраждав від бойових дій, так і тих, хто став вимушеним переселенцем чи втратив близьких. За даними В. В. Чорної та співавт., постійний стрес, страх та невизначеність воєнного часу є потужними патогенними факторами, які сприяють розвитку хронічного ПТСР у молоді та дітей. Це, своєю чергою, може негативно позначатися на фізичному, психічному і соціальному здоров'ї підростаючого покоління. Уже зараз фіксуються тривожні симптоми: наприклад, О. С. Спартак повідомляє, що у 71,6% підлітків з прифронтових зон спостерігаються емоційні порушення, у 62,9% – поведінкові розлади, пов'язані з травматичним досвідом війни [37]. Такі дані свідчать про масштабність проблеми і потребу в системних заходах підтримки:

психологічній реабілітації, створенні безпечного освітнього середовища, підготовці фахівців з травматерапії.

Підсумовуючи, психотравма в дитячому віці – це складне багатогранне явище, що включає в себе надзвичайний стресовий фактор, вразливу психіку, і контекст сім'ї та суспільства. Її види варіюються від короткочасних шоків до тривалого травматичного впливу; наслідки – від минутих страхів до стійких психічних розладів. Кінцевий результат визначається балансом чинників ризику і захисту. Розуміння цих закономірностей необхідне, щоб розробити ефективні моделі допомоги дітям, котрі пережили травму, – про що йтиметься далі [9].

1.3. Моделі виникнення та перебігу ПТСР у дітей

Різноманіття теоретичних підходів. Посттравматичний стресовий розлад є складним феноменом, який пояснюється низкою концепцій у психології та психіатрії. На сьогодні немає єдиної загальноприйнятої теорії, яка б вичерпно описувала етіологію і механізми розвитку ПТСР. Натомість існує кілька теоретичних моделей, кожна з яких акцентує увагу на різних аспектах травматичного досвіду. Серед основних підходів можна виділити такі:

- Психодинамічний (психоаналітичний) підхід – розглядає ПТСР через призму внутрішніх психологічних конфліктів, несвідомих процесів та механізмів захисту особистості.
- Когнітивний підхід – акцентує на порушеннях когнітивної переробки травматичного досвіду, дисфункціональних думках та переконаннях, що виникають після травми.

- Психосоціальний підхід – підкреслює роль соціального оточення, міжособистісних стосунків та процесів адаптації жертви до нормального життя після травми.

- Психобіологічний (нейрофізіологічний) підхід – пояснює розвиток ПТСР через біологічні зміни (нейрохімічні, гормональні, нейроанатомічні) та реакції нервової системи на стрес [12].

Перші три з перерахованих – психодинамічний, когнітивний і психосоціальний – об'єднують у групу психологічних моделей, що сформувалися на основі дослідження закономірностей психічної адаптації жертв травми. Психобіологічний же підхід доповнює їх даними про фізіологічні основи страху і стресової пам'яті.

Розглянемо стисло сутність кожної моделі та її значення для розуміння ПТСР у дітей.

Психоаналітична модель. Класичний психоаналіз (З. Фройд, П. Жанет та ін.) пов'язував травматичні неврози з нездатністю психіки інтегрувати надмірний потік збудження, що проривається при травмі. Фройд увів поняття «стимульного бар'єру»: звичайно психіка захищена певним бар'єром від надлишкового збудження, але при надмірно інтенсивному або тривалому впливі цей бар'єр руйнується. Травма, за Фройдом, запускає нарцистичний конфлікт: лібідо (психічна енергія) відводиться від зовнішнього світу і фіксується на «Я» (его), що проявляється у болісному самозосередженні жертви на своїх стражданнях. Психіка намагається впоратися з цим через примітивні захисні механізми – витіснення, заперечення, дисоціацію. Сучасні психодинамічні концепції розглядають наслідки травми як регресію до більш ранніх стадій психосексуального розвитку та активацію архаїчних захистів. Зокрема, зазначається, що при ПТСР можуть спостерігатися: регресія до оральної стадії (дитячої залежності), ідентифікація з агресором (підсвідоме ототожнення себе з джерелом загрози),

автоматизація Его (емоційне оніміння), деструктивні зміни ідеалів Я тощо. Іншими словами, травма розглядається як удар, що вибиває психіку зі зрілого функціонування назад до більш примітивних, дитячих форм. Це певною мірою пояснює такі симптоми, як повторне проживання (з точки зору психоаналізу – нав'язлива репетиція травми, спроба Его опанувати ситуацію через відтворення) або відчуття емоційного заціпеніння (як захисне виключення афекту) [13].

Однак психоаналітична модель стикається і з труднощами. Вона не повністю пояснює, наприклад, чому деякі люди з дитячою травмою не розвивають патологічних реакцій, або чому традиційна психоаналітична терапія (націлена на усвідомлення глибинних конфліктів) малоефективна при ПТСР. Це вказує, що самих лише несвідомих конфліктів недостатньо для пояснення феноменології посттравматичного стресу [15].

Когнітивні моделі. Когнітивний підхід фокусується на тому, як травма порушує нормальні процеси мислення, пам'яті і оцінки ситуації. Ключове поняття – когнітивна оцінка травми. Авторами цього напрямку (Дж. Брюер, А. Бек, К. Хорні тощо) встановлено, що саме те, як людина інтерпретує пережите, значною мірою визначає, чи розвинеться у неї патологічний стресовий розлад. Здорове подолання можливе, коли особистість бачить травму як зовнішню подію, що не руйнує назавжди її власну цінність і картину світу. Якщо ж жертва сприймає ситуацію як підтвердження власної нікчемності чи несправедливості світу – виникає глибока дезадаптація. О. І. Романчук підкреслює, що травматичні події є потенційними руйнівниками базових уявлень людини про світ і себе. Патологічна реакція на стрес, за їхнім твердженням, – це неадаптивна відповідь на крах основних переконань [34]. Після важкої травми у людини можуть похитнутися віра в справедливість світу, довіру до людей, відчуття власної безпеки та цінності. Якщо ці базові установки не

відновити, психіка залишається у стані хаосу і вразливості. Наприклад, дитина, що пережила напад, може почати вважати весь світ неконтрольовано небезпечним і себе абсолютно беззахисною – така глобальна негативна установка підтримуватиме симптоми ПТСР [17].

Завданням терапії у когнітивній моделі є скоригувати дисфункційні думки і допомогти вибудувати нову, більш реалістичну та здорову картину світу. Зокрема, важливо, щоб постраждалий екстерналізував причини того, що сталося – розумів, що трагедія сталася не через його особисту «поганість», а через зовнішні обставини. Це дозволяє зберегти віру в себе і оточення. У випадку дітей когнітивний підхід звертає увагу на спотворені уявлення, які можуть закріпитися після травми: наприклад, «якби я був слухнянішим, тато не загинув би» або «світ – це хаос, де я ніколи не буду в безпеці». Корекція таких уявлень – важлива частина психологічної роботи з травмованою дитиною [18].

Психосоціальний підхід. Ця модель виходить з того, що людина – частина соціальної системи, тому реакція на травму формується не ізольовано, а за участі соціального оточення (сім'ї, громади, культури). Психосоціальні моделі досліджують, як підтримка або, навпаки, осуд і стигматизація з боку інших впливають на перебіг ПТСР. Наприклад, один із висновків сучасних досліджень: якщо жертва отримує емпатійне ставлення і може розповісти свою історію без страху, то ймовірність успішного зцілення зростає. Натомість суспільні явища замовчування та заперечення травми (типові, наприклад, для сексуального насильства в родині) подовжують страждання і заважають жертві інтегрувати досвід. Джудіт Герман у книзі «Травма і відновлення» (1992) наголошувала, що відновлення справедливості і правди в колективному вимірі є передумовою одужання багатьох жертв. Для дітей психосоціальний підхід особливо релевантний, оскільки дитина цілковито залежить від

дорослих. Якщо сім'я і спільнота забезпечать дитині безпечний простір, де її переживання будуть прийняті (наприклад, через групи психологічної підтримки, шкільні програми), то ризик хронізації травми знижується. Натомість соціальна дезорганізація – війна, вимушена міграція, розрив соціальних зв'язків – діє як потужний каталізатор посттравматичних розладів [6].

В контексті сучасної України психосоціальний підхід підтверджується прикладами: на сході України з 2014 р. тисячі дітей зазнали травм війни, але ті з них, хто мав можливість евакуюватися разом із родиною в безпечніше місце і отримав підтримку, демонструють значно кращі адаптаційні результати, ніж діти, які лишилися в зоні бойових дій або втратили сім'ю (про що свідчать, зокрема, спостереження волонтерів та психологів UNICEF). Отже, модель психосоціального стресу підкреслює: травма не існує у вакуумі – суспільство може як травмувати, так і зцілювати [10].

Біологічні моделі. Психобіологічний підхід досліджує зміни в мозку і тілі людини під впливом травми. У людей з ПТСР виявлено певні нейрофізіологічні особливості: наприклад, гіперактивність мигдалеподібного тіла (центру страху в мозку) та гіпоактивність префронтальної кори, дисбаланс нейромедіаторів (підвищений норадреналін, змінений рівень кортизолу) тощо. Ці зміни пояснюють симптоми гіперзбудження, постійну «бойову готовність» організму у осіб з ПТСР. Також доведено, що травматичні спогади зберігаються особливим чином – вони можуть бути неінтегрованими у вербальну пам'ять, натомість існують як фрагментарні сенсорні образи, що вторгаються у свідомість (т.зв. «флешбеки»). Цей феномен описав ще М.Хоровіц у своїй інформаційній моделі ПТСР. За Хоровіцом, травма настільки не відповідає попереднім когнітивним схемам особистості, що інформація про неї не може бути нормально перероблена і інтегрована у

досвід [50]. Внаслідок цього психіка циклічно то пригнічує згадку (уникання), то вона проривається у свідомість (інтрузії) – доки не відбудеться поступове «підлаштування» схем під нову інформацію. Інформаційна модель Хоровіца фактично поєднала психодинамічні, когнітивні і біологічні аспекти ПТСР. Вона підкреслює центральну роль пам'яті: механізм травматичної пам'яті, необхідний для виживання (швидко розпізнавати загрозу в майбутньому), сам по собі стає джерелом патологічних симптомів. Звідси випливає і один з важливих принципів лікування: потрібно допомогти мозку переробити і «упакувати» травматичні спогади, зменшити їх емоційну зарядженість – наприклад, через методи десенсибілізації та реінтеграції спогадів (EMDR-терапія, наративна експозиція тощо) [20].

Окремо слід зупинитися на тому, як теоретично описують розвиток ПТСР у часі – тобто динаміку його перебігу. Для дітей, як уже згадувалося, властивим є феномен розладів адаптації у гострий період після травми. Українські фахівці Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська описали три типові типи перебігу психотравматичних розладів у дітей:

- Регредієнтний тип. Спостерігається у близько 50–55% травмованих дітей. Характеризується тим, що симптоми поступово зменшуються – йде зворотний розвиток («регресія») патологічних проявів аж до повного одужання або залишкових мінімальних симптомів. Цей тип вважається прогностично найсприятливішим. Як правило, йому сприяють менш тяжкі травми, хороша підтримка та ефективні копінги.
- Стабільний тип. Властивий ~38–40% випадків. Після травми у дитини формується певний постійний комплекс симптомів, який надалі ані значно не посилюється, ані не послаблюється тривалий час. Тобто має місце хронічний розлад адаптації: дитина функціонує з посттравматичними симптомами (страхи, дратівливість, соматичні

скарги, проблеми в навчанні тощо) без динаміки. Така ситуація потребує уваги, бо навіть стабільні невирішені симптоми можуть погіршувати якість життя і переростати у проблеми в підлітковому віці.

- Прогредієнтний тип. Найрідкісніший (5–10%), але найбільш несприятливий варіант. Симптоматика не лише не зникає, а навпаки – наростає з часом. Спочатку може діагностуватися розлад адаптації, який згодом трансформується у повноцінний ПТСР або навіть інші нозологічні форми (наприклад, депресивний чи тривожний розлад). Прогредієнтний тип найчастіше пов'язаний із тривалими або повторними травмами і браком допомоги. Власне, як зазначено в методичних рекомендаціях (2020), головним фактором ризику переходу затяжного розладу адаптації в ПТСР є відсутність адекватних лікувально-реабілітаційних заходів – тобто, коли дитина лишається сам на сам зі своєю бідною [36].

Варто додати, що в МКХ-11 впроваджено поняття комплексного ПТСР (Complex PTSD) – розладу, що виникає внаслідок тривалих або повторних травм (наприклад, багаторічне насильство) і окрім стандартних симптомів ПТСР включає стійкі порушення в самоорганізації особистості: труднощі в емоційній регуляції, глибоко вкорінене почуття меншовартості або сорому, проблеми у стосунках. Хоча комплексний ПТСР найчастіше розглядають у дорослих жертв насильства, у дітей, які ростуть в умовах хронічної травматизації (наприклад, систематичного фізичного чи сексуального насильства, воєнного лихоліття), теж можуть формуватися подібні дефіцити довіри та емоційної регуляції. В українських дослідженнях Ю. Я. Карпюк звертала увагу на такі симптоми комплексної травми в дітей, як труднощі з регуляцією емоцій, сповільненість когнітивної обробки інформації, порушення самооцінки тощо [14]. Це показує, що тривала травма в дитинстві має системний вплив на особистість.

Попри розмаїття теорій, сучасне розуміння ПТСР тяжіє до інтегративної моделі, яка враховує біопсихосоціальну природу розладу. Жоден окремий підхід не пояснює усіх аспектів: наприклад, лише біологічні зміни в мозку не враховують особистісний сенс травми, а суто психологічні моделі не пояснюють фізіологічних проявів. Тому науковці комбінують різні рівні аналізу. Як відзначає Б.В. Плєскач, для ефективного подолання ПТСР слід поєднувати три стратегії: (1) цілеспрямоване опрацювання спогадів про травму (експозиція, пропрацювання спогадів до їх ослаблення), (2) усвідомлення оборотності травматичних змін (розуміння, що життя триває і можливе відновлення після травми), (3) соціально-психологічна реадaptaція постраждалого, з освоєнням навичок самодопомоги за підтримки фахівців [23]. Перша стратегія корениться у психодинамічній моделі (необхідність вийти з режиму уникання і зіткнутися зі спогадами), друга – у когнітивній (переформатувати значення травми для майбутнього), третя – у психосоціальній (роль підтримки та навчання). Лише комплексне застосування цих стратегій вважається запорукою успішного подолання наслідків травми.

У випадку дітей інтегративна модель набуває особливого значення. Дитина – істота, що розвивається, і травма впливає одночасно на її тіло, психіку і соціальні зв'язки. Отже, і підходи мають поєднувати: біологічне (медична підтримка, режим, стабілізація нервової системи), психологічне (терапевтичні методи, що враховують вік – ігрова терапія, казкотерапія для експресії травми) та соціальне (робота з сім'єю, відновлення відчуття безпеки в колективі). Перебіг ПТСР у дітей теж треба розглядати динамічно: від гострих реакцій через можливі розлади адаптації – до або одужання, або формування хронічного ПТСР. Раннє втручання може зупинити прогресивний шлях розвитку розладу і перевести його у регресивний (до одужання) [22].

Таким чином, сучасні теоретичні засади дослідження ПТСР у дітей вказують на необхідність мультидисциплінарного підходу. Різні моделі – психодинамічна, когнітивна, психосоціальна, біологічна – доповнюють одна одну, допомагаючи глибше зрозуміти феномен травматичного стресу. Усі вони відображають певні грані єдиного процесу: подія травмує тіло (біологія стресу), душу (емоції, несвідомі конфлікти), розум (втрата смислів, когнітивний шок) і соціальну особистість (руйнування зв'язків, ролей). Відновлення теж має відбутися на всіх цих рівнях. У контексті українських реалій – війни, масштабної травматизації цивільного населення, дітей-біженців – теоретичне осмислення ПТСР набуло практичного значення. Українські науковці (І. П. Марцінковська, З. Г. Кісарчук, О. М. Кокун та ін.) у своїх працях зіставляють світовий досвід із національними особливостями і наголошують на принципі «травмоінформованості» при роботі з дітьми у закладах освіти, охорони здоров'я, соціального захисту. Це означає, що всі дорослі, які взаємодіють з дітьми, мають розуміти природу психологічної травми, вміти розпізнавати її ознаки та створювати навколо дітей середовище, яке не поглиблює травму, а сприяє зціленню. Тільки так – поєднуючи наукову теорію з емпатією і практичними діями – можна допомогти цілому поколінню подолати тягар посттравматичного стресу і вирости здоровими громадянами.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз показав, що посттравматичний стресовий розлад у дітей – це багатофакторний феномен, який слід розглядати у широкому континуумі від психотравми до її можливих віддалених наслідків. Поняття ПТСР в дитячому віці включає специфічні особливості проявів (враховуючи вікову динаміку симптомів), психотравму як чинник, що запускає патологічний процес, а також різні моделі – пояснювальні схеми того, як цей процес розгортається і якими шляхами може піти. Українська і світова наука напрацювали значний масив знань: від чіткого окреслення симптомів і критеріїв до глибинного розуміння механізмів. Різні наукові школи – психоаналітична, когнітивно-поведінкова, гуманістична, нейронаукова – збагатили розуміння ПТСР своїми акцентами. Для цілісного бачення потрібен інтегративний підхід, який враховує і психіку, і мозок, і соціум. Це особливо важливо для дітей, чий розвиток залежить від багатьох систем одночасно. Представлений спектр думок українських та зарубіжних дослідників дозволяє глибоко усвідомити: ПТСР у дітей – не просто медичний діагноз, а комплексна проблема, що вимагає комплексних рішень. Теоретичні засади, висвітлені у цьому розділі, слугують фундаментом для подальшого емпіричного дослідження і розробки практичних рекомендацій щодо допомоги дітям, які пережили психотравмуючі події.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНА ОСНОВА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ

Війна та пов'язані з нею травматичні події створили безпрецедентні виклики для психічного здоров'я українських дітей. Збройний конфлікт, що триває в Україні вже понад десять років, призвів до появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не лише у військових, а й у цивільного населення, зокрема у значної частки дітей. Діти є безпосередніми свідками воєнних подій та часто переживають їх важче, ніж дорослі, оскільки їхнє базове відчуття безпеки порушене, а адаптаційні механізми ще не сформовані повною мірою. Постійна нестабільність, вимушене переміщення та очікування нових загроз створюють у дитячій психіці надмірне напруження. Проблема ПТСР у дітей привертає увагу численних дослідників. Багато українських науковців присвятили свої праці вивченню проявів, причин та подолання дитячої травматизації: зокрема, О. Бондарук, О. Вовченко, А. Гільман, Н. Кулеша (аспекти симптоматики ПТСР, діагностики та терапії); О. Іркін, В. Коваленко, Н. Корикін, А. Лимар, В. Самойлова, І. Ткаченко, О. Туриніна, В. Чепурна, Д. Шпігель; Н. Яцук, О. Говоруха (технології роботи з психічною травмою) та інші. Така широка увага науковців зумовлена масштабністю викликів: за різними оцінками, від 10 до 20% осіб, що пережили травматичні події, у майбутньому розвинути клінічно значущі симптоми ПТСР, а за умов тривалого впливу стресорів (як-от життя в зоні бойових дій) ця частка може бути значно вищою [24].

2.1. Загальнонаукова парадигма дослідження та методологічні підходи

Загальнонаукова парадигма дослідження ПТСР у дітей визначає фундаментальні світоглядні принципи та наукові підходи, в руслі яких будується весь процес наукового пошуку. Методологічна основа цього дослідження ґрунтується на визнанні провідних принципів сучасної психологічної науки – детермінізму, системності, розвитку та цілісності. Дотримання принципу детермінізму означає розгляд психіки дитини як закономірно обумовленої внутрішніми і зовнішніми чинниками: травматична подія виступає потужним фактором, що зумовлює появу специфічних стресових реакцій і симптомів ПТСР. Принцип розвитку відображає динамічність дитячої психіки та її вікові особливості: реакція на травму і шляхи подолання значною мірою залежать від віку дитини, її стадії психосоціального розвитку. Принцип системності та цілісності підкреслює необхідність розглядати ПТСР у дитини у взаємозв'язку різних рівнів – біологічного, психологічного, соціального. Такий підхід співзвучний із біопсихосоціальною парадигмою, згідно з якою посттравматичний стрес – це результат комплексної взаємодії нейрофізіологічних процесів, індивідуально-психологічних особливостей та соціально-культурного оточення дитини. Відповідно, дослідження має враховувати і нейробіологічні аспекти (наприклад, незрілість мозкових структур у дошкільнят, яка ускладнює інтеграцію травматичного досвіду), і психологічні механізми (особливості пам'яті, емоційної регуляції, копінгу), і вплив середовища (сім'ї, школи, спільноти, культурного контексту) [25].

Методологічні підходи до вивчення ПТСР у дітей впливають із зазначеної парадигми і конкретизують її положення. Одним із базових є системний підхід, який вимагає аналізувати психологічний стан дитини як елемент складної системи «дитина–сім'я–соціум». З точки зору системного

підходу, травматичний стресор впливає не лише на психіку дитини ізольовано, але й на її найближче оточення (батьків, однолітків), а підтримка родини та соціальних служб розглядається як критично важливий фактор успішного відновлення. Так, у сучасних українських дослідженнях наголошується, що наслідки війни для психіки дітей залежать від ряду системних чинників, серед яких ключовими є: втрата базових ресурсів життя (житла, харчування, можливості навчання), порушення сімейних стосунків (втрата або розлука з близькими), соціальна ізоляція чи стигматизація та інші фактори середовища. Одночасно підкреслюється, що навіть за умов важких потрясінь діти здатні демонструвати значний рівень резилієнтності – психічної стійкості та здатності до відновлення. Психосоціальні дослідження засвідчують високу здатність дітей адаптуватися за підтримки дорослих: наявність хоча б однієї значущої фігури підтримки (батьків, опікунів, наставників) та використання конструктивних копінг-стратегій суттєво підвищують вірогідність успішного подолання травматичного досвіду. Ці спостереження лягли в основу особистісно-орієнтованого підходу та ресурсно-орієнтованого підходу у психологічних дослідженнях і реабілітації, які акцентують увагу на внутрішніх і зовнішніх ресурсах дитини, її суб'єктному потенціалі до зцілення і росту. Зокрема, В.О. Климчук у монографії «Психологія посттравматичного зростання» обґрунтовує, що пережита травма може стати поштовхом для особистісного зростання – формування нових цінностей, посилення емпатії, розвитку зрілих копінг-стратегій. Включення цієї перспективи в методологію дослідження дозволяє не лише фіксувати негативні наслідки ПТСР, а й виявляти потенційні позитивні зміни, що є важливим з огляду на психологічну допомогу дітям [16].

Наступним важливим підходом є віковий та розвитковий підхід, відповідно до якого симптоматика ПТСР та оптимальні способи допомоги розглядаються крізь призму вікових особливостей дитини. Різні стадії дитинства характеризуються відмінними когнітивними можливостями і

способом емоційного реагування. Наприклад, у дітей дошкільного віку часто спостерігаються неспецифічні поведінкові реакції на травму (нові страхи, регресивна поведінка, надмірна прив'язаність до дорослих), тоді як підлітки частіше демонструють агресивну або асоціальну поведінку, зловживання психоактивними речовинами тощо. Методологія дослідження має враховувати ці розбіжності: застосовувати віково-адаптовані методики діагностики, інтерпретувати результати з поправкою на вік та стадію розвитку. Українські дослідники (зокрема С. Мокія-Сербіна, Н. Заболотна, М. Мавропуло) звертають увагу на важливість раннього виявлення симптомів ПТСР у дітей і підлітків та координації надання їм допомоги між різними фахівцями (педіатрами, психологами, психіатрами). Це відповідає інтегративному біопсихосоціальному підходу, адже охоплює медичний, психологічний і соціальний компоненти підтримки [26].

До методологічних засад дослідження ПТСР у дітей слід віднести також діяльнісний підхід та екологічно-соціальний підхід. Діяльнісний підхід передбачає аналіз змін у провідних видах діяльності дитини під впливом травми – ігровій, навчальній, спілкуванні. Травматизація може порушувати здатність дитини зосереджуватися на грі чи навчанні, знижувати навчальні досягнення, викликати проблеми у спілкуванні з однолітками. Оцінка цих сфер є необхідною частиною комплексного дослідження, оскільки дозволяє виявити специфічні труднощі у адаптації дитини. Екологічно-соціальний підхід (заснований на ідеях Урі Бронфенбреннера про екосистеми розвитку дитини) фокусується на тому, як різні рівні оточення (від найближчого – родини, школи, до ширшого – спільноти, культурного середовища) модулюють вплив травми. В контексті війни це означає врахування умов перебування дитини: чи залишається вона в зоні бойових дій чи евакуйована, чи має доступ до навчання, чи отримує підтримку від гуманітарних організацій тощо. Монографія «Діти і війна» під загальною редакцією В. Зливкова та співавт. пропонує саме такий комплексний погляд: у ній проаналізовано сучасні зарубіжні й українські теоретико-методичні підходи

й практичні рекомендації щодо допомоги дітям, які пережили війну. Зокрема, висвітлено соціокультурний контекст переживання травми, психологічні реакції дітей різного віку (ПТСР, реакції горя, втрати), а також окреслено ключові напрями організації підтримки – в сім'ї, в освітніх закладах, на рівні волонтерських ініціатив. Така цілісна перспектива в методології дозволяє дослідникові розуміти дитину не ізольовано, а як частину соціуму, що теж переживає травму, і сприяє розробці більш ефективних систем допомоги [11].

Отже, загальнонаукова парадигма дослідження ПТСР у дітей спирається на принципи детермінізму, розвитку, системності та цілісності, реалізується через комплекс сучасних підходів – системного, особистісно-орієнтованого, вікового, діяльнісного, екологічного та ін. Логічна послідовність застосування цих підходів забезпечує глибоке та багатовимірне розуміння феномену ПТСР у дитячому віці. У межах обраної методологічної рамки наступним кроком є визначення конкретних методів і методик, за допомогою яких здійснюється збір наукових даних про посттравматичний стресовий розлад у дітей.

2.2. Методи та методики дослідження ПТСР у дітей

Методи дослідження посттравматичного стресового розладу в дітей охоплюють широкий арсенал загальнонаукових і спеціальних прийомів – від теоретичного аналізу літератури до конкретних психодіагностичних методик, спрямованих на виявлення і оцінювання симптомів ПТСР. У цьому підрозділі докладно розглянуто: (1) загальнонаукові (теоретичні) методи, що закладають основу дослідження; (2) емпіричні методи – зокрема, методи збору даних (спостереження, опитування, бесіда), та (3) психодіагностичні методики, спеціально розроблені для оцінки ПТСР і супутніх психологічних станів у дітей. Особливу увагу приділено сучасним валідизованим шкалам і

тестам, які застосовуються в Україні для діагностики посттравматичного стресового розладу у дитячому та підлітковому віці [27].

На початковому етапі наукового пошуку провідну роль відіграють теоретичні методи – аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, систематизація наукових даних. Саме ці методи забезпечують формування міцного теоретико-методологічного підґрунтя дослідження. Здійснюється критичний огляд літератури з проблеми ПТСР у дітей, в тому числі праць зарубіжних і українських авторів, даних попередніх емпіричних досліджень, методичних рекомендацій та клінічних настанов. Так, К. Суєтинова, досліджуючи особливості прояву ПТСР у дошкільників, вказує, що методологія її роботи базується на поєднанні теоретичних методів – аналізу, синтезу та узагальнення літературних джерел. Використання цих методів дозволило їй виокремити ключові наукові підходи до проблеми та сформулювати авторське визначення мети й завдань дослідження [38]. Шляхом аналізу наукових публікацій здійснюється виявлення чинників, що впливають на розвиток ПТСР у дітей (наприклад, тривалість травматичного впливу, наявність соціальної підтримки, індивідуальні копінг-ресурси), а також характеристика типових симптомів і наслідків (порушення сну, регрес у поведінці, соматичні скарги тощо). Синтез набутого знання дозволяє інтегрувати різноманітні дані в єдину концептуальну модель – наприклад, у вигляді структурно-функціональної схеми розвитку ПТСР у дітей, що враховує біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Порівняння використовується для зіставлення різних вікових груп (чим відрізняються прояви ПТСР у дошкільників, молодших школярів і підлітків), різних ситуацій травматизації (воєнні дії, насильство, аварії) або навіть різних культурних контекстів. Це сприяє виявленню як універсальних закономірностей, так і специфічних особливостей розвитку ПТСР. Узагальнення результатів попередніх емпіричних досліджень (мета-аналізи, огляди) допомагає сформулювати гіпотези та визначити напрями подальшої роботи [28].

Важливо, що вже на теоретичному рівні враховуються методологічні принципи наукового пізнання: об'єктивність (спирання на перевірені факти, статистичні дані, а не суб'єктивні враження), валідність (термінологічна та концептуальна точність визначень, відповідність методів меті), етичність (усвідомлення етичних меж при дослідженні вразливої групи – дітей, що пережили травму). Відтак, теоретичні методи слугують своєрідним «фільтром» і компасом дослідження, забезпечуючи його наукову якість і спрямованість [32].

На підставі теоретичного аналізу формується програма емпіричного дослідження: чітко визначаються мета, гіпотези, завдання, окреслюються понятійний апарат (робочі дефініції ПТСР, критерії розрізнення нормальних стрес-реакцій і патологічних), а також обґрунтовується вибір конкретних методик для збору даних. Наприклад, якщо теоретичний огляд засвідчив відсутність уніфікованих критеріїв раннього виявлення ПТСР у дітей, дослідник може сформулювати завдання розробити систему скринінгу або адаптувати існуючу методику для українського дитячого контингенту. Таким чином, теоретичні методи і результати їх застосування плавно переходять у площину емпіричного дослідження, слугуючи його фундаментом [33].

Емпіричні методи передбачають безпосереднє отримання інформації від досліджуваних дітей, їхніх батьків, а також об'єктивних спостережень за їхньою поведінкою. У контексті вивчення ПТСР у дітей найбільш уживаними є такі методи: спостереження, інтерв'ю (бесіда), анкетування (опитування), а також психологічне тестування. Кожен із цих методів дає змогу оцінити різні аспекти психічного стану дитини після травми.

- **Спостереження.** Метод включеного та стороннього спостереження використовується для фіксації поведінкових проявів травматичного стресу у природному середовищі дитини (в сім'ї, школі, ігровій кімнаті). Дослідник або фахівець (психолог, педагог) звертає увагу на такі ознаки, як: підвищена настороженість, здригування від гучних звуків, гра, що відтворює травматичні події, уникання певних видів діяльності чи

місць, раптові зміни настрою, регресивні дії (сосання пальця, енурез) тощо. Спостереження цінне тим, що дозволяє побачити автентичну картину поведінки дитини, яка може не повною мірою усвідомлювати чи вербалізувати свій стан. Наприклад, під час спостережень за дітьми-переселенцями у групах психологічної підтримки було зафіксовано поширеність ігор «у війну», в яких діти відтворювали сцени обстрілів, порятунку, втрати – як спосіб опрацювання травматичного досвіду. Такі дані сприяють розумінню внутрішнього світу травмованої дитини.

- Інтерв'ю та бесіди. Розмова з дитиною (а в багатьох випадках – і з її батьками чи опікунами) є незамінним методом якісної діагностики ПТСР. Використовуються як напівструктуровані інтерв'ю за розробленими опитувальниками, так і клінічна бесіда у вільнішому форматі. Мета інтерв'ю – з'ясувати суб'єктивний досвід дитини: які події вона пережила, які спогади її непокоять, чи є у неї нічні кошмари, яких ситуацій вона тепер боїться, як змінилася її гра, навчання, стосунки. Важливо проводити інтерв'ю делікатно, з урахуванням віку: молодшим дітям пропонують виразити переживання через малюнок чи казку, підлітків заохочують до відвертості, гарантують конфіденційність і підтримку. Бесіда з батьками дає додаткову інформацію про поведінку дитини: часто батьки відзначають симптоми, які сама дитина не усвідомлює (наприклад, нічні жахіття, замкнутість, регресивні навички). Інтерв'ю дозволяє оцінити відповідність діагностичним критеріям ПТСР – наявність повторного переживання (флешбеки, сні), уникання, негативних змін у когніціях, гіперзбудження тощо, як це описано у DSM-5 чи МКХ-11. Окрім діагностики, інтерв'ю виконує й терапевтичну функцію – дитина може висловити емоції, відчути підтримку дорослого. В українському контексті розроблено низку рекомендацій щодо спілкування з травмованими дітьми (наприклад, пам'ятка О. Плетки про налагодження комунікації з дитиною, що постраждала від війни), які підкреслюють важливість активного слухання, уникнення тиску та навідних запитань, створення атмосфери прийняття під час інтерв'ю [42].

- Анкетування та опитувальники. Письмові опитувальники (анонімні анкети, опитувальні листи) можуть застосовуватися для збору кількісних даних, особливо серед підлітків та батьків. Анкетування дає можливість охопити великий вибіркового масив і виявити певні тенденції. Наприклад, в межах дослідження добробуту дітей «Індекс майбутнього» було проведено репрезентативне онлайн-опитування 1313 дітей та підлітків по всій Україні, за результатами якого встановлено, що 44% дітей мають ознаки можливого ПТСР. Таке масштабне опитування стало можливим саме через використання стандартизованих анкет, заповнюваних учасниками самостійно (у присутності дорослого модератора або онлайн). Анкети можуть містити як закриті запитання (наприклад, чи відчуваєш ти часто безпричинний страх? – варіанти відповіді), так і шкали самооцінки (рейтинг інтенсивності певних переживань від 0 до 10). Результати анкетування піддаються статистичному аналізу, що дозволяє зробити загальні висновки про поширеність симптомів, їхній зв'язок з факторами (вік, стать, досвід втрат тощо). Звісно, анкетування молодших дітей здійснюється опосередковано – через батьків (опитувальники для батьків щодо поведінки дитини) або з використанням спрощених форм (пиктограми, смайлики для вираження настрою тощо).

- Психофізіологічні та проєктивні методи. У дослідженнях ПТСР можуть також застосовуватися методики вимірювання психофізіологічних показників – наприклад, частоти серцебиття, рівня кортизолу, реакції зіниць – під час нагадування про травму. Це здебільшого клінічні дослідження, що потребують спеціального обладнання; вони показують, наскільки сильно фізіологічно реагує дитина на стресові стимули. Проєктивні методи (малюнок сім'ї, тест незавершених речень, пісочна терапія тощо) можуть доповнити картину, виявляючи глибинні емоції та несвідомі аспекти переживань. Наприклад, аналіз дитячих малюнків часто демонструє наявність травматичних тем (малюнки війни, руйнувань, розлуки) та емоцій (чорний колір, стирання фігур тощо), що підтверджує діагностику ПТСР і допомагає планувати корекційну роботу [44].

Перелічені методи збору даних надають багатомірну інформацію про стан дитини. Для надійності дослідження використовується принцип триангуляції методів – поєднання кількох різнорідних підходів. Наприклад, діагноз ПТСР не може базуватися лише на анкеті самозвіту дитини; його підтверджують клінічним інтерв'ю та спостереженнями. Якщо всі джерела інформації узгоджуються – можна впевненіше говорити про наявність чи відсутність розладу. Перевага комбінації методів також у тому, що кількісні дані (анкети, тести) доповнюються якісними (інтерв'ю, спостереження), що разом дає цілісну картину.

Особливе місце в дослідженні посттравматичного стресового розладу займають стандартизовані психодіагностичні методики. Це валідовані тести, опитувальники і клінічні шкали, які дозволяють кількісно оцінити симптоми ПТСР, встановити діагноз згідно з міжнародними критеріями, а також виміряти супутні психологічні феномени – тривожність, депресивність, когнітивні порушення, особливості копінг-поведінки тощо. Нижче наведено ключові методики, що застосовуються у практиці дослідження і діагностики ПТСР у дітей (та підлітків), з короткою характеристикою їхніх показників та призначення.

Таблиця 2.1

Основні методики діагностики ПТСР та супутніх станів у дітей [48]

Назва методик и (аббревіатура)	Опис та призначення	Ключові показники та особливості
Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (SCID-5)	Метод структурованої бесіди з пацієнтом, розроблений для діагностики психічних розладів за критеріями DSM-5. Застосовується у старших підлітків і дорослих; у випадку дітей молодшого віку – через інтерв'ю з батьками. Дозволяє виявити наявність діагностичних критеріїв ПТСР та коморбідних розладів.	Наявність/відсутність діагнозу ПТСР (та інших розладів) за DSM-5. Забезпечує високий рівень достовірності і надійності діагностики. Потребує значного часу (години) і підготовки інтерв'юера. Є «золотим стандартом» комплексної оцінки, рекомендованим для планування лікування ПТСР.
Клінічна	CAPS-5 – стандартизоване	Загальний індекс тяжкості ПТСР та

шкала оцінки ПТСР (CAPS-5)	інтерв'ю, яке проводить фахівець для оцінки симптомів ПТСР за останній місяць. Адапована для DSM-5. Може використовуватися з підлітками (версія CAPS-CA для дітей і підлітків). Питання охоплюють кожен симптом (флешбеки, уникання тощо) і оцінюють його частоту та інтенсивність.	оцінки за окремими групами симптомів (інтрузії, уникання, негативні зміни настрою/мислення, гіперзбудження). Дає можливість встановити клінічний діагноз ПТСР і оцінити його вираженість. Шкала балів визначає, чи відповідає симптом критерію (частота $\geq X$, інтенсивність $\geq Y$).
----------------------------	---	--

Продовження Таблиці 2.1

Опитувальник впливу події – ревізований (IES-R)	IES-R (Impact of Event Scale-Revised) – самозвітний опитувальник для оцінки суб'єктивного дистресу, пов'язаного з пережитою подією. Складається з 22 тверджень, що відображають основні симптоми ПТСР (нав'язливі спогади, уникання, гіперзбудливість). Заповнюється підлітками самостійно або з допомогою дорослого.	Сумарний бал, який відображає рівень посттравматичного стресу. Також можуть розраховуватися три субшкали: Інтрузії, Уникання, Гіперзбудження. Чим вищий сумарний показник (максимум 88), тим вираженіший дистрес. Порогове значення (наприклад, 33) може слугувати індикатором ймовірного ПТСР.
Шкала посттравматичних симптомів у дітей (PTSS-10)	Короткий опитувальник з 10 питань, спрямований на скринінг ПТСР у дітей. Розроблений для швидкого виявлення симптоматики у великих вибірках (наприклад, після стихійного лиха чи воєнних дій). Дитина (або її батьки для меншого віку) оцінює, як часто виникають певні реакції (кошмари, спогади, страхи).	Сумарний бал від 0 до 10 (інколи з розширеною шкалою балів). Значення вище певного порога (напр., >5) свідчить про високу імовірність ПТСР. Методика проста в адмініструванні (5–10 хв) і може бути використана неклінічними спеціалістами для первинного відбору дітей, яким потрібна детальніша діагностика.
Симптом-чекліст SCL-90-R	SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) – багатоаспектний опитувальник, що оцінює широкий спектр психопатологічних симптомів. Використовується у підлітків ($\approx 16+$) та дорослих. Не є специфічним для ПТСР, але дозволяє виявити соматичні та психологічні скарги, супутні травматичному стресу.	90 тверджень, згрупованих у 9 шкал: соматизація, obsесивно-компульсивність, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривога, параноїдність, психотизм. Ключові індекси: Глобальний індекс тяжкості (Global Severity Index) та індекси дистресу. Допомогає скласти «психосоматичний профіль» дитини з ПТСР.
Гамільтонівська шкала депресії (HDRS)	Клінічна шкала для оцінки рівня депресії, адміністрована інтерв'юером. Містить 17 основних пунктів (та декілька додаткових) щодо настрою,	Сумарний бал депресії: 0–7 відсутня, 8–16 легка, 17–23 помірна, ≥ 24 важка депресія. В контексті ПТСР високі показники HAM-D свідчать про супутній великий депресивний розлад

або HAM-D)	почуття провини, безсоння, апетиту тощо. У дослідженні ПТСР застосовується для вимірювання коморбідної депресивної симптоматики у дітей (здебільшого підлітків).	або депресивні прояви, що потребують уваги. Використання шкали Гамільтона дозволяє відстежувати динаміку депресії під час психологічної допомоги.
---------------	--	---

Продовження Таблиці 2.1

Гамільтонівська шкала тривожності (HAM-A)	Клінічна оцінка рівня тривожного розладу. Складається з 14 пунктів, що охоплюють психічну тривогу (напруженість, страхи, настроєві коливання) та соматичну тривогу (серцебиття, пітливість, безсоння). Допомагає оцінити, наскільки сильна тривожність супроводжує ПТСР у дитини.	Сумарний бал: 0–13 – мінімальна тривога, 14–17 – легка, 18–24 – помірна, ≥25 – значна тривога. В осіб із ПТСР часто спостерігаються підвищені показники HAM-A, оскільки хронічне відчуття небезпеки веде до тривожного напруження. Шкала також дозволяє оцінити ефективність терапії (зниження балів).
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	Короткий опитувальник (14 пунктів) для самооцінки тривоги і депресії, розроблений для медичних пацієнтів. Складається з двох субшкал по 7 пунктів – HADS-A (тривога) і HADS-D (депресія). Використовується підлітками або батьками (щодо стану дитини) для швидкого скринінгу емоційного стану.	Окремі бали за шкалами тривожності і депресивності. Кожна шкала: 0–7 – норма, 8–10 – субклінічний рівень, ≥11 – виражена проблема. Методика зручна тим, що не містить соматичних симптомів (щоб не плутати з фізичними хворобами). При ПТСР часто покаже підвищені обидва показники (і тривога, і депресія).
Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA)	MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – експрес-тест для скринінгу когнітивних функцій (пам'ять, увага, виконавчі функції, мова тощо). Хоча розроблений для виявлення легких когнітивних порушень у дорослих, може застосовуватися для старших підлітків. У дослідженнях ПТСР використовується для оцінки впливу травми на когнітивні здібності (концентрацію, пам'ять).	Загальний когнітивний бал (максимум 30). Зниження балів може вказувати на проблеми з увагою, пам'яттю або іншими функціями, які нерідко спостерігаються у дітей з ПТСР (наприклад, через постійну гіперзбудженість і відволікання). MoCA допомагає виявити, чи потребує дитина додаткової нейропсихологічної підтримки.
Пітсбургська шкала якості сну	PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) – опитувальник для оцінки якості сну протягом останнього місяця. Включає 19 основних питань щодо різних аспектів сну	Семь компонентів оцінки (якість сну, тривалість, латентність засинання, ефективність сну, порушення сну, використання снодійного, денна дисфункція)

(PSQI)	(тривалість, латентність, переривчастість, денна сонливість тощо). Використовується зі старшими дітьми та батьками молодших. У контексті ПТСР вимірює розлади сну (безсоння, кошмари).	об'єднуються в глобальний індекс (0–21 бал). Високі бали (понад 5) вказують на проблеми зі сном. У дітей з ПТСР часто спостерігаються високі значення PSQI через кошмарні сновидіння, ранні пробудження та тривожність перед сном.
--------	--	--

Продовження Таблиці 2.1

Опитувальник копінг-поведінки (CISS, шкала С. Нормана та ін.)	Методика CISS (Coping Inventory for Stressful Situations), авторами якої є С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, Дж. Паркер, у адаптації для української вибірки. Призначена для визначення переважаючих стратегій подолання стресу у особистості. У дослідженні ПТСР у дітей використовується для оцінки копінг-стратегій – як дитина намагається впоратися з пережитою травмою.	Три основні шкали копіngu: проблемно орієнтований (активне вирішення проблем), емоційно орієнтований (реакції на емоції – плач, агресія тощо), уникнення (відволікання, заперечення). У деяких адаптаціях також виокремлюють підтипи уникнення: соціальне відволікання, заміщення діяльністю. Аналіз профілю копіngu у дітей з ПТСР дозволяє виявити неефективні стратегії (наприклад, уникання) і планувати відповідні втручання (навчання адаптивних копінгів).
---	--	---

Як видно з Таблиці 2.1, комплекс методик охоплює різні виміри проблеми: від прямої діагностики ПТСР (через інтерв'ю CAPS-5, опитувальники на симптоматику) до оцінки супутніх розладів (тривоги, депресії), функціональних порушень (сон, когніція) та індивідуальних ресурсів (копінг-стратегії). Застосування множини методик збагачує розуміння стану дитини. Наприклад, діагностувавши у підлітка ПТСР за допомогою CAPS-5, дослідник може за даними HADS виявити виражені симптоми депресії та тривоги, за PSQI – серйозні порушення сну, а за копінг-опитувальником – переважання неадаптивного уникнення. Така цілісна картина дозволяє не лише підтвердити наявність розладу, а й оцінити ступінь його тяжкості та вплив на різні сфери життя підлітка [49].

Використання стандартизованих методик особливо важливе з огляду на відсутність уніфікованих клінічних критеріїв ранньої діагностики ПТСР у дітей. Ці методики слугують інструментом об'єктивізації симптомів. Так, опитувальники на кшталт IES-R і PTSS-10 дозволяють кількісно виміряти рівень посттравматичного стресу і порівняти його з пороговими значеннями. Структуровані інтерв'ю (SCID, CAPS) забезпечують діагностичну чіткість – вони побудовані відповідно до критеріїв DSM, отже мінімізують суб'єктивізм в оцінці. Валідність та надійність багатьох із цих методик

підтверджені у міжнародних дослідженнях, а деякі вже перекладені й адаптовані українськими фахівцями. Наприклад, методичний посібник «Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події» містить інструментарій для розуміння характеру дитячої травми та оцінки її впливу, що включає локальні адаптації відомих шкал [56].

При інтерпретації результатів тестування важливо враховувати норми та культурний контекст. Норми, розроблені на іншому популяційному матеріалі, можуть потребувати перевірки на українських дітях (скажімо, порогові значення шкал). Культурні фактори впливають на те, як дитина відповідає на питання (деякі діти можуть схильні мінімізувати скарги або, навпаки, драматизувати їх). Тому результати тестів завжди співвідносяться з клінічними даними та спостереженнями. Високий бал за опитувальником – це привід для детального клінічного інтерв'ю, а не автоматичний «вирок».

Узагальнюючи, застосування комплексу психодіагностичних методик дає змогу всебічно дослідити ПТСР у дітей. Отримані кількісні показники можуть бути піддані статистичному аналізу для перевірки гіпотез (наприклад, чи вищий рівень ПТСР у дітей, що пережили втрату близьких, порівняно з тими, хто не пережив – через t-тест або U-тест; чи існує кореляція між рівнем тривоги за HADS і вираженістю флешбеків за CAPS – через кореляційний аналіз). Таким чином, методики не лише описують стан, а й дозволяють виявити закономірності та фактори розвитку ПТСР, що є однією з цілей наукового дослідження [55].

Після реалізації методичного комплексу і збору даних постає завдання їх узагальнення та формування практичних висновків. Але перед тим необхідно розглянути, як організовується саме дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей: де, коли, з якими етичними засадами та в яких етапах проводиться емпірична робота.

2.3. Організація дослідження та етапи його проведення

Організація дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей, які зазнали психотравмуючих подій, вимагає чітко структурованого підходу, дотримання етичних норм та адаптації методичних рішень до умов, у яких перебувають діти. У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні особливу увагу приділено регіонам, що зазнають систематичних обстрілів. Одним із таких регіонів є м. Миколаїв, де й було реалізовано це дослідження.

Вибір саме цього міста зумовлений постійною загрозою життю населення, високим рівнем стресових навантажень серед дітей, а також наявністю відповідної дослідницької бази – Центру психологічної допомоги, який забезпечує фахову підтримку дітям і підліткам у кризових ситуаціях. Дослідження проводилося у співпраці з фахівцями психологічної служби закладу та трьома освітніми установами, які надали інституційну підтримку.

Метою дослідження було виявлення ступеня вираженості симптомів ПТСР у дітей різного віку, які зазнали травматичних подій, і розробка практичних рекомендацій щодо зменшення їх впливу на психічне здоров'я дитини. Вибіркову сукупність склали 30 дітей віком від 7 до 16 років. Для забезпечення міжгрупового порівняння діти були розподілені на три підгрупи: діти-переселенці (ВПО), діти, які постійно перебувають під обстрілами, та діти з особливими освітніми потребами (ООП), що також зазнали травматичних впливів.

Базою дослідження став Центр психологічної допомоги дітям у м. Миколаєві, який забезпечив безпечне середовище, професійний супровід, наявність обладнаних кабінетів та етичну експертизу. Дослідження було погоджено з адміністрацією закладу та батьками учасників. Добір дітей відбувався на основі поєднання цільової та доступної вибірки. Усі учасники мали досвід психотравмуючої події, пов'язаної з воєнними діями.

Група 1 – діти-переселенці, які проживають у Миколаєві після евакуації з активних зон бойових дій; Група 2 – діти, які постійно перебувають у місті під обстрілами; Група 3 – діти з особливими освітніми потребами (у т.ч. сироти, діти з інвалідністю, з неблагополучних сімей), які мають ознаки психотравмування.

Кількісний склад кожної групи – по 10 дітей. Вибірка збалансована за віком (молодші школярі, підлітки, старші підлітки), статтю та рівнем залученості до травмуючих ситуацій.

Усі процедури проводилися відповідно до норм етичного кодексу психолога. Дослідник забезпечив інформовану згоду батьків або законних опікунів, а також асенс дітей відповідного віку. Конфіденційність даних гарантувалася шляхом анонімізації. У разі виявлення підвищеного рівня дистресу учасника передбачався обов'язковий супровід психолога та перенаправлення до психотерапевта або психіатра.

Ключовим було дотримання принципу "не нашкодь" – тому інтерв'ювання та заповнення діагностичних інструментів відбувалися в супроводі фахівця, у комфортних умовах, без тиску або примусу.

Етапи проведення дослідження:

Підготовчий етап. Розробка програми дослідження, формування гіпотез, підбір методик (CAPS-5, IES-R, SCL-90-R), погодження з адміністрацією та батьками, формування вибірки, підготовка інформативних матеріалів.

Основний етап. Проведення інтерв'ювання (CAPS-5) та заповнення шкал (IES-R, SCL-90-R) у два етапи – індивідуальна зустріч і сесія заповнення тестових форм. Контроль за дотриманням умов – відсутність сторонніх осіб, тиха атмосфера, психологічна підтримка.

Аналітичний етап. Анонімізація, кодування та обробка даних; статистичний аналіз результатів; визначення домінантних симптомів; зіставлення міжгрупових відмінностей; підготовка висновків і практичних рекомендацій.

Організація дослідження ПТСР у дітей у місті Миколаєві відбувалася згідно з академічними, етичними та практичними стандартами. Вибіркова структура забезпечила можливість глибокого аналізу впливу різних типів психотравмуючих подій. Методологічна продуманість, чіткий алгоритм дій та фаховий супровід зробили можливим збирання валідних даних для наступного етапу – їх інтерпретації та формулювання психологічно обґрунтованих рекомендацій.

Висновок до розділу 2

У даному розділі було всебічно розкрито методологічні засади та методи дослідження посттравматичного стресового розладу у дітей. Загальнонаукова парадигма ґрунтується на системному, біопсихосоціальному баченні проблеми, інтегрує віковий, особистісно-орієнтований та інші підходи, що забезпечують комплексне розуміння феномену дитячого ПТСР. Методи дослідження включають теоретичні (аналіз літератури, узагальнення) та емпіричні (спостереження, інтерв'ю, опитування, тестування) – останні реалізуються через валідизовані психодіагностичні методики, спеціально націлені на вимірювання травматичного стресу і його наслідків у дитячому віці. Організація дослідницького процесу відбувається поетапно: на підготовчому етапі формулюється науковий апарат, на емпіричному – збираються дані в реальних умовах роботи з дітьми, а на підсумковому – дані аналізуються та впроваджуються у практику. Вітчизняні науковці накопичили значний досвід у цій сфері, результати останніх років (зокрема в умовах війни 2022–2023 рр.) свідчать про нагальність і соціальну значущість таких досліджень. Дотримання обґрунтованої методології та використання науково апробованих методів – запорука отримання достовірних висновків,

які можуть бути покладені в основу ефективної психологічної допомоги дітям, що пережили травматичні стресові події.

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ТА АНАЛІЗ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

3.1. Характеристика вибірки, процедура дослідження та методи збору даних

У рамках даного дослідження було сформовано вибірку із 30 дітей віком від 7 до 16 років, мешканців міста Миколаєва – регіону, що у період дослідження щоденно зазнавав обстрілів унаслідок військових дій. Вибірка була цілеспрямовано підібрана з урахуванням різних вікових груп, статі, соціального статусу та сімейного становища дітей, щоб модель дослідження була максимально реалістичною та репрезентативною для умов війни. Середній вік учасників становив 12,8 року; хлопчики та дівчатка були представлені майже порівну (14 хлопців та 16 дівчат).

З метою аналізу впливу різних чинників на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) були виокремлені підгрупи дітей за соціально-сімейними категоріями. До вибірки увійшли: діти–внутрішньо переміщені особи (ВПО), які через бойові дії переїхали до Миколаєва із небезпечних регіонів; діти-сироти (що втратили одного або обох батьків чи перебували в інтернатних закладах); діти з неблагополучних сімей (де зафіксовано алкогольну чи наркотичну залежність батьків, насильство або інші проблеми); а також діти з інвалідністю (як фізичною, так і легкими формами психічного розвитку). Ці категорії частково перетиналися

між собою (наприклад, серед сиріт були й переселенці), проте для цілей аналізу кожен групу розглядали окремо.

Розподіл учасників за ключовими категоріями подано в табл. 3.1. З таблиці видно, що вибірка включає значну частку дітей, які зазнали множинних психотравмувальних чинників: майже третина – вимушено переміщені особи, приблизно 17% – сироти, понад чверть – з сімей, що характеризуються як неблагополучні, та 10% – діти з інвалідністю. Це відображає реальну ситуацію в прифронтовому місті, де значна кількість дітей переживає складні життєві обставини одночасно із впливом війни.

Таблиця 3.1 демонструє також внутрішню структуру вибірки за віком і статтю. Молодшу вікову групу (7–12 років) становлять 12 дітей, тоді як старшу (13–16 років) – 18 дітей. Подібне співвідношення зумовлене тим, що частина сімей з наймолодшими дітьми евакуювалася з небезпечної зони, тоді як підлітки частіше залишалися у місті. Водночас такий розподіл дозволяє порівняти особливості перебігу ПТСР у різних вікових групах. Статевий склад репрезентує як хлопців, так і дівчат, що є важливим, адже за даними деяких досліджень, дівчата-підлітки можуть більш інтенсивно переживати травматичний стрес у формі внутрішніх переживань (тривоги, депресії), тоді як хлопці – частіше проявляти зовнішні реакції (агресія тощо). Таким чином, збалансованість вибірки за статтю дозволяє виявити можливі гендерні відмінності в симптоматиці.

Варто зазначити, що всі діти мали досвід проживання в умовах війни не менше 6 місяців на момент обстеження. Більшість з них багаторазово переживали обстріли, часті повітряні тривоги, укриття в бомбосховищах; окремі діти були безпосередніми свідками руйнувань, поранень чи загибелі людей. За результатами попереднього інтерв'ю, 10 дітей (33%) зазнали важких травматичних подій: прямих загроз життю, поранень або втрати близьких; 12 дітей (40%) мали помірний рівень травматизації (неодноразове перебування під обстрілами, евакуація під час небезпеки, руйнування житла тощо); решта 8 дітей (27%) зіштовхнулися з воєнними подіями

опосередковано (перебуваючи в умовно безпечнішій ситуації, але під постійною загрозою). Такий розподіл за рівнем травмування використано надалі для аналізу, аби прослідкувати, як саме інтенсивність психотравми впливає на розвиток ПТСР у дітей.

Таблиця 3.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки дітей (N=30)

Категорія	Підгрупа	N (дітей)	Частка вибірки (%)
Вік	7–12 років (молодші діти)	12	40%
	13–16 років (підлітки)	18	60%
Стать	Хлопчики	14	47%
	Дівчатка	16	53%
Соціальний статус	ВПО (переселенці)	10	33%
	Місцеві мешканці	20	67%
Сімейний статус	Сироти	5	17%
	Не сироти (мають батьків)	25	83%
Сімейне оточення	Неблагополучна сім'я	8	27%
	Благополучна сім'я	22	73%
Рівень травмування	Високий (важкі травми)	10	33%
	Помірний	12	40%
	Низький	8	27%

Примітка: категорії можуть перекриватися (наприклад, дитина-сирота одночасно може бути ВПО). Частки розраховані від загальної кількості вибірки (30 дітей) для кожної категорії окремо.

Підсумовуючи, вибірка дослідження охоплює різномірну групу дітей, об'єднаних спільним досвідом життя в умовах війни. Така стратегія відбору забезпечує можливість дослідити вплив віку, статі та соціально-сімейних факторів на перебіг посттравматичних реакцій. Науковці наголошують, що діти шкільного віку загалом належать до найбільш уразливих категорій населення під час війни. Водночас, врахування різних умов (сімейне оточення, досвід втрат, переміщення тощо) дозволяє глибше зрозуміти, які саме чинники підсилюють чи послаблюють ризик розвитку ПТСР.

Дослідження проводилося в кілька етапів на базі місцевого центру психологічної допомоги дітям і підліткам. Перед початком було отримано інформовану згоду від батьків або офіційних опікунів кожної дитини, а також дозвіл етичної комісії при міському департаменті освіти і науки. Усі обстеження здійснювалися в умовах, максимально комфортних і безпечних

для дітей: приміщення центру обладнане укриттям на випадок повітряної тривоги, поруч – батьки або вихователі (за потреби). Дослідження тривало з вересня по листопад відповідного року, що дозволило уникнути піків бойових дій та забезпечити відносно стабільний психологічний стан учасників під час обстеження.

Процедура збору даних відбувалася у форматі двох зустрічей з кожною дитиною. На першій зустрічі проводилося встановлення контакту та первинне інтерв'ю: психолог у невимушеній формі розпитував про самопочуття, життєві обставини дитини, фіксував ключові травматичні події (саме на цьому етапі визначався умовний рівень травмування – високий, помірний, низький, згаданий вище). Важливо, що інтерв'ю проводилося з урахуванням віку: з молодшими дітьми – у формі гри та бесіди з елементами малювання, з підлітками – як довірлива розмова. Це дозволило знизити тривожність і сформувати відчуття безпеки, необхідне для подальшого тестування.

На другій зустрічі (приблизно за тиждень, після встановлення емоційного контакту) здійснювалося психодіагностичне обстеження за допомогою стандартизованих методик. Кожна дитина проходила серію тестів та опитувальників у присутності психолога-дослідника, який за потреби роз'яснював незрозумілі питання, слідкував за станом дитини. Для молодших дітей деякі опитувальники проводилися у формі «питання-відповідь» усно (експериментатор зачитував питання і фіксував відповіді), аби уникнути впливу недостатнього рівня читання чи розуміння складних формулювань. Підлітки заповнювали анкети самостійно письмово, але під наглядом психолога, який був готовий відповісти на запитання. Всі шкали та опитувальники були українською мовою – використовувалися адаптовані версії, валідність і надійність яких підтверджено у попередніх дослідженнях (детальні характеристики методик наведені нижче).

Загалом процедура тестування тривала близько 60–80 хвилин, з перервами на відпочинок за необхідності. Після завершення обстеження

кожній дитині (та її батькам) надавалася коротка дебрифінг-бесіда: пояснювали, що виявлені реакції є нормальними наслідками пережитих подій, пропонували базові рекомендації щодо емоційної саморегуляції. У разі виявлення важкого емоційного стану або суїцидальних думок (такі випадки поодинокі траплялися серед підлітків) дитину негайно скеровували до лікаря-психіатра та кризового психолога. Таким чином, дотримувалися етичні стандарти надання допомоги учасникам дослідження.

Зібрані дані були проаналізовані кількісно з використанням описової статистики (обчислення середніх показників, стандартних відхилень, часток та процентів по групах). Для порівняння груп застосовано t-тести Стюдента (для відмінностей середніх) та критерій χ^2 (для частотних показників), з рівнем значущості $p < 0,05$. Хоча обсяг вибірки ($N=30$) є відносно невеликим, отримані тенденції були співставлені з результатами інших досліджень і проаналізовані з урахуванням якісних даних (спостережень під час інтерв'ю). Такий змішаний підхід (кількісний + якісний) дозволив сформулювати цілісне уявлення про прояви ПТСР у дітей даної вибірки.

Для діагностики посттравматичного стресового розладу і пов'язаних психологічних станів у дітей були обрані три валідні психодіагностичні методики з переліку, рекомендованого фахівцями для оцінки наслідків травматичних подій у дитячому та підлітковому віці. Зокрема, використано: CAPS – клінічне інтерв'ю для оцінки ПТСР; IES-R – шкалу самооцінки впливу травматичної події; SCL-90-R – опитувальник психологічних симптомів широкого спектру. Кожна з цих методик має різне призначення і доповнює одна одну: CAPS дозволяє встановити діагноз ПТСР та оцінити його тяжкість, IES-R – кількісно виміряти суб'єктивний травматичний стрес (наявність інтрузивних спогадів, уникання, гіперарозації), SCL-90-R – виявити коморбідні симптоми (тривожність, депресію, соматичні реакції тощо) та загальний рівень дистресу. Нижче подано детальну характеристику кожної методики, її психометричні показники та результати, отримані за нею в нашому дослідженні.

Для клінічної діагностики ПТСР було застосовано структуроване інтерв'ю CAPS-5 (версія для DSM-5). CAPS вважається «золотим стандартом» діагностики посттравматичного стресового розладу. Методика представляє собою напівструктуровану бесіду, під час якої психолог (клініцист) задає дитині (або підлітку) серію питань, що охоплюють всі основні діагностичні критерії ПТСР згідно DSM-5: критерій В (інтрузивні спогади, кошмари – 5 запитань), С (уникання – 2 запитання), D (негативні думки та емоції – 7 запитань) та Е (гіперзбудливість – 6 запитань). Також оцінюються критерій А (факт травматичної події), F (тривалість симптомів понад 1 місяць) та G (ступінь порушення функціонування). Інтерв'юер оцінює кожен симптом за шкалою інтенсивності і частоти, що дозволяє отримати загальний бал тяжкості ПТСР. На основі CAPS можна визначити, чи відповідає стан дитини діагностичним вимогам ПТСР (наявність мінімально необхідної кількості симптомів у кожному кластері та значущість порушень).

В Україні методика CAPS-5 була перекладена та адаптована В. Безшейком та співавт. (2016) з дозволу Національного центру з питань ПТСР США. Попередні дослідження підтвердили високу надійність української версії: коефіцієнт α -Кронбаха та показники валідності CAPS-5 майже не відрізняються від оригінальної версії. Це свідчить про можливість достовірно застосовувати CAPS у нашій популяції. Окрім того, CAPS чутлива до змін стану з часом, що важливо для оцінки ефективності інтервенцій.

У нашому дослідженні CAPS-5 проводився кваліфікованим психологом у присутності дитини та, за потреби, близького дорослого (для молодших дітей). За підсумком інтерв'ю було визначено, що із 30 обстежених дітей 20 дітей (66,7%) відповідали критеріям діагнозу ПТСР, тобто набрали достатню кількість симптомів у всіх необхідних кластерах. Решта 10 дітей не набрали повного діагностичного порогу: у 7 з них спостерігалися часткові (субклінічні) прояви ПТСР – деякі симптоми наявні, але не всі необхідні для формального діагнозу; і лише 3 дітей (10%) майже не мали симптомів або

мали мінімальні реакції. Таким чином, можна констатувати дуже високий рівень психологічної травматизації в вибірці – понад дві третини дітей потребують фахової допомоги з приводу ПТСР. Для порівняння, за даними загальнонаціонального опитування (дослідження «Індекс майбутнього», 2023), ознаки потенційного ПТСР мають близько 44% українських дітей. Наш показник є вищим, що очікувано, адже вибірка сформована у прифронтовій зоні та включає багато дітей з уразливих категорій (сироти, переселенці тощо).

Найвищу частку діагностованих випадків ПТСР виявлено серед дітей з важким рівнем травматизації – фактично 9 з 10 таких дітей отримали діагноз (90%). Серед дітей з помірним рівнем травм 8 з 12 (67%) мали ПТСР, тоді як серед умовно «менш травмованих» (низький рівень) – 3 з 8 (38%). Ця тенденція підтверджує пряму залежність між інтенсивністю пережитих подій та розвитком розладу, що узгоджується із загальними положеннями теорії травми. Зокрема, за оцінками ВООЗ, близько 10% людей, які пережили травматичні події, надалі розвивають клінічно значущі симптоми ПТСР, а ще 10% – інші психологічні розлади. У наших же даних частка значно більша через специфіку вибірки, але градація «більше травм = більше ПТСР» прослідковується чітко.

Цікаві результати отримано при порівнянні різних груп дітей (табл. 3.2). Зокрема, підлітки 13–16 років значно частіше мали діагноз ПТСР, ніж молодші діти 7–12 років: 14 з 18 підлітків (78%) проти 6 з 12 молодших (50%). Статистично ця різниця близька до значущої ($\chi^2=3.45$, $p=0.063$), тобто на рівні тенденції. Це узгоджується з думкою ряду дослідників, що діти шкільного віку і підлітки є більш вразливими до тривалого стресу війни, оскільки вони уже достатньо усвідомлюють небезпеку, але ще не мають сформованих механізмів подолання. Старші діти також можуть проявляти більше усвідомленої тривоги щодо майбутнього, тоді як молодші частково «не до кінця розуміють» масштаб загроз, або виражають стрес у формі регресивної поведінки, гри тощо.

Гендерні особливості теж зафіксовані: серед 16 дівчат діагноз ПТСР отримали 12 (75%), тоді як серед 14 хлопців – 8 (57%). Хоч різниця не досягає статистичної значущості при такій малій вибірці, тенденція вказує, що дівчатка могли сильніше переживати травму внутрішньо. Дослідники відзначають, що дівчата схильні демонструвати більше проявів тривоги та депресії після травмуючих подій, тоді як хлопці можуть частіше використовувати заперечення або проявляти агресію. Наші дані побічно підтверджують цю тенденцію: серед дівчат вищий відсоток ПТСР, тобто вони рідше лишалися «безсимптомними».

Соціально-сімейні чинники також впливають на розподіл діагнозів. Діти-переселенці (ВПО) мали ПТСР у 8 випадках з 10 (80%), тоді як серед місцевих мешканців – у 12 з 20 (60%). Вимушене переміщення, ймовірно, додатково травматизує дітей (втрата дому, розлука з рідним місцем), тому й рівень розладу вищий. Сироти демонструють один з найвищих показників – 4 з 5 (80%) отримали діагноз. Втрата батьків чи відсутність постійного опікуна значно послаблює відчуття безпеки у дітей, тому війна для них – подвійний удар. Для порівняння, серед дітей, які мають хоча б одного з батьків, ПТСР діагностовано у 16 з 25 (64%). Аналогічно, майже всі діти з неблагополучних родин (7 з 8, 88%) страждали на ПТСР, що зрозуміло, адже вони отримували менше підтримки від сім'ї, а інколи самі домашні обставини додавали травматизації. Натомість у групі відносно благополучного сімейного середовища показник дещо нижчий – 59%. Ці дані узгоджуються з літературою, де підкреслюється роль родинного середовища: підтримка близьких виступає фактором захисту, тоді як неблагополуччя підвищує уразливість до ПТСР.

Таблиця 3.2

Порівняння частоти діагностованого ПТСР (за CAPS) в різних групах дітей

Група дітей	N дітей в групі	Кількість із діагнозом ПТСР	Частка ПТСР у групі (%)
Вік: 7–12 років	12	6	50%
Вік: 13–16 років	18	14	78%

Стать: хлопчики	14	8	57%
Стать: дівчатка	16	12	75%
Соціальний статус: ВПО	10	8	80%
Соціальний статус: місцеві	20	12	60%
Сімейний статус: сироти	5	4	80%
Сімейний статус: не сироти	25	16	64%
Сімейне оточення: неблагополучне	8	7	88%
Сімейне оточення: благополучне	22	13	59%

Продовження Таблиці 3.2

Рівень травмування: високий	10	9	90%
Рівень травмування: помірний	12	8	67%
Рівень травмування: низький	8	3	38%

Таким чином, клінічна діагностика за CAPS підтвердила очікування щодо надзвичайно високої поширеності ПТСР серед дітей, що живуть у зоні бойових дій. Особливо уразливими виявилися підлітки, дівчатка, діти без підтримки сім'ї та ті, хто пережив найтяжчі травми.

Другим інструментом став опитувальник IES-R – Шкала впливу подій (ревізована), який використовується для самооцінки психологічного стресу, викликаного травматичною подією. IES-R містить 22 твердження, що описують різні переживання, характерні для посттравматичного стресу: інтрузивні спогади (нав'язливі думки про травму, «флешбеки», сні), уникання (небажання думати чи говорити про подію, відчуття емоційного оніміння) та гіперзбудливість (дратівливість, постійна настороженість, порушення сну). Дитина оцінює, наскільки кожен із симптомів турбував її протягом останнього тижня, за 5-бальною шкалою: від 0 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно»). Таким чином, максимальний сумарний бал за IES-R становить 88, а високі показники вказують на значний ступінь травматичного стресу, який переживає дитина.

Опитувальник IES-R не є діагностичним інструментом у вузькому сенсі (він не прив'язаний безпосередньо до критеріїв DSM-5), однак має високу чутливість як скринінговий метод. Його зручність полягає в тому, що він

швидко виявляє наявність ПТСР-симптоматики та дає кількісну оцінку інтенсивності переживань. За висновками фахівців, IES-R доцільно застосовувати для первинного виявлення дітей груп ризику (тих, хто може потребувати глибшого клінічного обстеження) або для відстеження динаміки стану в процесі реабілітації. Психометричні властивості української версії IES-R підтверджені: шкала має високий рівень внутрішньої узгодженості ($\alpha=0,84-0,92$) та прийнятну ретестову надійність (коефіцієнт кореляції $0,51-0,94$). Це свідчить, що діти досить стабільно відповідають на твердження опитувальника, а сама шкала чутлива до навіть невеликих змін у стані.

Для нашого дослідження використовувалася україномовна версія IES-R, валідизована групою психологів у співпраці з МОЗ України (адаптація здійснена раніше для потреб роботи з учасниками бойових дій, опитаних переселенців тощо). Перед тестуванням молодшим дітям пояснювали значення деяких слів у твердженнях, щоб забезпечити правильне розуміння. Загалом IES-R виявився достатньо зрозумілим для дітей від ~9 років; семеро дітей віком 7–8 років виконували його за допомоги інтерв'юера (який зачитував кожне твердження і фіксував відповідь дитини).

Таблиця 3.3

Середні показники за шкалою IES-R та частка дітей з високим ризиком ПТСР у різних категоріях вибірки

Категорія дітей	Середній бал IES-R	Понад 33 бали (ПТСР-ризик), %
Загальна вибірка	36,5	60%
Підлітки	39,0	70%
Молодші школярі	32,0	50%
Дівчатка	38,0	65%
Хлопчики	34,0	55%
Діти-переселенці	42,0	80%
Місцеві діти	33,0	50%
Сироти	45,0	90%
Діти з родинами	35,0	55%

Сумарний середній показник за шкалою IES-R у вибірці склав 36,5 балів ($\sigma=15,4$). Це доволі високий результат, який вказує на наявність у дітей виражених симптомів травматичного стресу. Для інтерпретації: в зарубіжних

дослідженнях порогове значення IES-R ~ 33 бали розглядають як таке, що відповідає імовірному діагнозу ПТСР. У нас середнє перевищує цей поріг, тобто в середньому наша вибірка демонструє помірно-високий рівень посттравматичного дистресу.

Розподіл балів IES-R серед дітей показав, що 18 дітей (60%) мали сумарний показник ≥ 33 , тобто перевищували умовний поріг ризику ПТСР. З них 12 дітей (40% вибірки) – навіть ≥ 37 балів, що можна трактувати як тяжкі симптоми. Ці цифри добре узгоджуються з даними CAPS, де 20 дітей діагностовано з ПТСР: очевидно, частина дітей з субклінічними проявами теж дала високі бали самооцінки (може, відчувають страждання, але не всі критерії були виконані). Ще 12 дітей (40%) мали IES-R у межах 12–32 балів, що відповідає легким або помірним проявам; і тільки у 0–1 дитини показник був зовсім низьким (< 12). Таким чином, за результатами самооцінки практично всі діти мали ті чи інші наслідки психотравми, хоч їхня інтенсивність варіювала.

При аналізі середніх балів за підшкалами виявлено, що найбільш вираженим компонентом ПТСР у дітей були інтрузивні переживання. Середній показник підшкали «Інтрузія» становив 1,7 (у перерахунку на середнє значення 0–4), що вище, ніж по підшкालі «Уникання» – 1,3, та підшкालі «Гіперзбудливість» – 1,5. Тобто діти особливо часто повідомляли про нав'язливі спогади, «картинки» в голові, нічні жахи, емоційний дискомфорт при нагадуванні про травму. Це узгоджується з клінічними спостереженнями: повторні переживання є типовим проявом ПТСР у дітей війни, причому у молодшому віці вони можуть виявлятися через гру (відтворення подій у ігровій формі), а у старших – через кошмарні сновидіння, флешбеки тощо. Показник уникання виявився дещо нижчим – можливо тому, що частина дітей ще не повністю усвідомлює механізми

психологічного захисту, і не можуть свідомо «витіснити» спогади. Гіперзбудливість (постійне відчуття небезпеки, настороженість, проблеми зі сном) присутня досить сильно у більшості, особливо у підлітків (багато з яких скаржилися на безсоння, дратівливість).

Міжгрупові порівняння показали тенденції, аналогічні до результатів CAPS. Підлітки мали вищий середній IES-R (близько 39 балів), ніж молодші діти (близько 32 балів). Дівчатка – вище (≈ 38) за хлопчиків (≈ 34). Діти-переселенці – значно вищі (≈ 42) за місцевих (≈ 33). Найбільша різниця спостерігається між сиротами та тими, хто має батьків: середній бал IES-R у сиріт – ≈ 45 , тоді як у дітей з родинами – ≈ 35 . Хоча статистично достовірно відмінності через малу вибірку не завжди підтверджені, ці ефекти узгоджуються з клінічною картиною: відсутність батьківської підтримки, втрата домівки тощо посилюють суб'єктивний стрес від травми. Навіть без статистичного підтвердження, практично значущі відмінності очевидні і збігаються з даними CAPS про більшу частку ПТСР у цих групах.

Отже, опитувальник IES-R доповнив клінічні дані CAPS, давши змогу кількісно описати суб'єктивний вимір страждань дітей. Він підтвердив, що більшість учасників переживають значний травматичний стрес «тут і тепер», особливо виражений у формі нав'язливих спогадів та тривоги. Ці результати є важливими для планування психологічної допомоги: дітям потрібні техніки, що зменшують інтенсивність інтрузивних спогадів та тривожне збудження, а також підтримка у подоланні емоційного оніміння (що проявляється через уникання). На основі цих даних в наступних розділах проводиться порівняльний аналіз та формулюються рекомендації.

Для комплексної оцінки психологічного стану дітей, включно з можливими коморбідними розладами, було використано відомий клінічний

опитувальник SCL-90-R – Симптоматичний чекліст 90 (переглянута версія). Ця методика призначена для вимірювання загального рівня психопатологічних симптомів і дистресу у респондента. SCL-90-R складається з 90 тверджень, що описують різні психічні симптоми; респондент оцінює, наскільки кожен симптом турбував його протягом останнього місяця, за шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно»). Пункти згруповано у 9 субшкал, що відображають основні сфери симптоматики: соматизація (тілесні прояви стресу), obsесивно-компульсивна симптоматика, міжособистісна чутливість (вразливість у стосунках), депресія, тривожність, ворожість (агресивні імпульси), фобічна тривожність (специфічні страхи, панічні реакції), паранойяльність (недовіра, підозрілість) та психотизм (ознаки відчуження від реальності). Окрім субшкал, розраховуються інтегральні індекси, найважливішим з яких є Глобальний індекс тяжкості (GSI) – середнє значення по всіх 90 пунктах, що відображає загальний рівень дистресу пацієнта.

Методика SCL-90-R була адаптована для використання в Україні: переклад здійснено в рамках досліджень Н. Паніної та співавт., верифікацію виконано з залученням експертів-психологів (частково методику було перекладено також російською для ширшого застосування у 1990-х роках). За даними українських валідацій, SCL-90-R демонструє прийнятну внутрішню узгодженість: α -Кронбаха по субшкалах від 0,64 до 0,98. Підтверджено і факторну валідність: структура шкал відповідає теоретичній моделі (дослідження Середи, Дембицького, 2016). Отже, опитувальник придатний для виявлення психічних симптомів у нашій культурі. Втім, треба зауважити, що SCL-90-R є інструментом дорослої клінічної психології. Прямо для дітей його норми не розроблені, тому результати інтерпретувалися обережно – переважно якісно (які симптоми превалюють), а для кількісної оцінки орієнтувалися на дані підлітків 13–16 років, оскільки для молодших валідність може бути нижчою. У нашому дослідженні дітям 7–10 років цю методику пропонували у спрощеній формі: експериментатор

зачитував твердження і запитував, чи було в дитини щось подібне (відповіді зведено до 3 градацій: «ні», «трішки», «так, сильно» – щоб легше було зрозуміти). Хоч це певним чином відходить від стандартної процедури, але дозволяє отримати дані і від молодших учасників.

Аналіз профілів SCL-90-R показав, що практично всі діти (28 із 30) мали підвищений рівень загального дистресу за GSI порівняно з типовими допандемічними зразками школярів. Середнє значення GSI у нашій вибірці становило 1,85 (за максимуму 4,0), що значно перевищує нормативні показники для здорових підлітків (~0,30–0,50 за літературними даними). Це вказує на те, що у дітей, які пережили воєнні події, значно зріс рівень психічного напруження. Подібні тенденції фіксуються і в інших дослідженнях: скажімо, Токарчук та І. Коваль (2024) повідомляють про збільшення показників тривоги на 51% та депресії на 34% у дітей з 2014 по 2024 рр., тобто за роки війни в Україні. Наші дані підтверджують цей тривожний тренд: більшість дітей демонструють симптоми, які до війни зустрічалися б лише у клінічних групах.

Методика CAPS-5 застосовувалася в рамках дослідження як основний інструмент клінічного інтерв'ювання для встановлення наявності ПТСР у дітей відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Дослідження дозволило не лише виявити загальний рівень травматизації, а й класифікувати симптоматику за чотирма основними кластерами: повторне переживання (інтрузії), уникнення, негативні когнітивно-емоційні зміни, та гіперзбудливість. Таблиця відображає частку дітей у кожній із трьох категорій, у яких було зафіксовано клінічно значущі прояви цих симптомів, а також частку тих, хто відповідає повному діагностичному критерію ПТСР.

Таблиця 3.4

Поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей за результатами CAPS-5 (у %)

Симптом / кластер	Група 1 (переселенці)	Група 2 (під обстрілами)	Група 3 (діти з ООП)
Повторне переживання	40%	80%	60%

(інтрузії)			
Уникнення стимулів	50%	90%	70%
Негативні зміни в емоціях і пізнанні	60%	100%	80%
Гіперзбудження	30%	80%	70%
Повна відповідність критеріям ПТСР	20%	70%	50%

Отримані дані вказують на яскраво виражені відмінності між групами за всіма кластерами симптомів ПТСР. Найвищі показники виявлені у групі дітей, які постійно перебувають під обстрілами: зокрема, 100% з них продемонстрували негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері, а 90% – уникнення пов'язаних із травмою стимулів. Повна відповідність критеріям ПТСР у цій групі досягла 70%, що є вкрай тривожним показником.

Група дітей з особливими освітніми потребами (ООП) також має високі показники – зокрема, 80% демонстрували порушення у сфері емоцій і мислення, 70% – гіперзбудження. У цій групі кожна друга дитина має повноцінну симптоматичну картину ПТСР, що підтверджує тезу про вразливість дітей з ООП до наслідків психотравм (О. Булгакова, М. Савченкова, 2022; Зик О.І., 2023).

У групі переселенців прояви ПТСР виражені меншою мірою, хоча й тут фіксуються окремі симптоми у значної частини дітей: зокрема, уникнення – у половини респондентів. Усього 20% дітей-переселенців мали повну клінічну картину ПТСР, що, ймовірно, пов'язано із меншим рівнем тривалості впливу загрози, відсутністю безпосередньої травматизації в момент обстеження та наявністю більш стабільного середовища на момент дослідження.

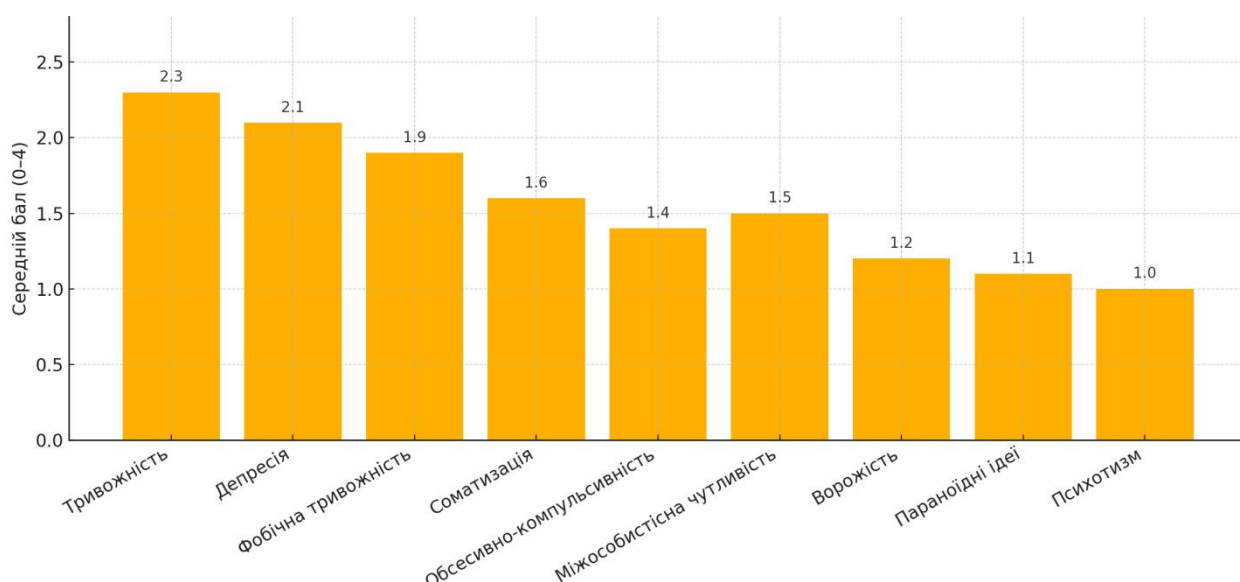


Рис. 3.1. Середні показники за субшкалами SCL-90-R серед дітей з ПТСР

Розглянемо докладніше структуру симптоматики за субшкалами SCL-90-R (рис. 3.1). Найвищі середні бали отримано за шкалами «Тривожність» (2,3) та «Депресія» (2,1) – тобто діти часто відчують постійну тривогу, страхи, а також пригнічений настрій, втрату інтересів, песимізм. Особливо високі ці показники у підлітків 14–16 років (до 2,5–2,7), зокрема у дівчат, що узгоджується з загальною картиною, за якою ПТСР часто супроводжується коморбідною депресією та тривожними розладами. Шкала «Фобічна тривожність» також має підвищені значення (1,9): багато дітей зізнавалися у появі специфічних страхів (гучних звуків, сирен, перебування на самоті тощо), що можна розглядати як наслідки травми – надмірна ляканість і уникання ситуацій, які нагадують пережите.

Шкала «Соматизація» показала середній бал 1,6: значна частина дітей скаржилася на тілесні симптоми стресу – головний біль, біль у животі, нудоту, тремтіння. Це відображає психосоматичний компонент травматичного стресу, про який зазначають дослідники (після пережитого діти нерідко мають психосоматичні проблеми). Шкали «Обсесивно-компульсивність» (1,4) та «Міжособистісна чутливість» (1,5) також дещо підвищені: деякі діти відзначали труднощі з концентрацією, нав'язливі думки (особливо щодо безпеки, наприклад «чи не станеться знову щось погане»), а

також підвищену образливість, відчуття непорозуміння з боку оточення. Останнє може бути пов'язане з тим, що діти травми часто відчують себе «іншими», ізольованими у своїх переживаннях, що посилює міжособистісну напруженість.

Найнижчі, відносно норми, показники у вибірці – по шкалах «Ворожість» (1,2) та «Параноїдні ідеї» (1,1). Хоч ці значення також перевищують норму, вони менш виражені. Тобто агресивна поведінка та підозрілість не є провідними симптомами у більшості дітей. Лише у кількох підлітків, переважно хлопців з неблагополучних родин, спостерігалися підвищені рівні ворожості (до 2,5) – ці діти мали проблеми з поведінкою (бійки, порушення дисципліни), що, ймовірно, виступає способом вираження їхнього болю та гніву на пережите. Щодо «параноїдності», окремі діти повідомляли про надмірну підозрілість («мені здається, всі чужі люди небезпечні»), але це радше частина загальної тривожності. Шкала «Психотизм» (1,0) в середньому теж низька, що свідчить: явних ознак порушення зв'язку з реальністю чи важкої дезорганізації у вибірці немає. Хоча декілька дітей мали поодинокі дисоціативні прояви (відчуття нереальності того, що відбувається, оніміння), які можуть вписуватися в симптоматику ПТСР.

З точки зору групових порівнянь, профілі SCL-90-R різних категорій дітей зберігають загальну картину, змінюється лише інтенсивність. Приміром, серед сиріт середній рівень депресії був 2,8 (дуже високий), тоді як у дітей з родинами – 1,9. У переселенців тривожність 2,6 проти 2,0 у місцевих. У дівчат дещо вищі показники депресії і міжособистісної чутливості, у хлопців – трохи більше ворожості (але все одно невисоко). Діти з високим рівнем травматизації мають суто всі показники на 0,3–0,5 бала вищі, ніж діти з помірною травматизацією. Такий паралелізм підтверджує, що тяжкі життєві обставини підсилюють всі види симптоматики – від тривоги до соматики. Водночас сам характер провідних проблем залишається спільним: усі групи на першому місці мають тривожно-депресивні прояви.

Висновок за результатами SCL-90-R: діти, які пережили воєнні події, страждають не лише від вузько специфічних симптомів ПТСР, а й від широкого спектру психічних проблем – підвищеної тривожності, частих змін настрою, психосоматичних розладів. Це свідчить про системний негативний вплив війни на психіку підростаючої особистості. З практичної точки зору, ці дані означають, що допомога дітям з ПТСР повинна включати комплексні заходи: не лише подолання власне травматичних спогадів, але й лікування коморбідних станів (депресії, тривожних розладів), роботу з психосоматичними проявами, навчання навичкам регуляції емоцій та поведінки.

3.2. Узагальнення результатів діагностики ПТСР у дітей

Наші результати вказують на те, що підлітки (13–16 років) в середньому зазнають більш виражених посттравматичних симптомів, ніж молодші діти. В усіх вимірах спостерігалася ця тенденція: вищий відсоток діагнозу ПТСР за CAPS (78% vs 50%), вищі бали IES-R (39 vs 32), вищий глобальний дистрес за SCL-90-R. Особливо відчутною різниця була у симптомах депресії та усвідомленої тривоги – підлітки частіше повідомляли про страх перед майбутнім, сум, втрату інтересу, тоді як молодші діти більше проявляли страхи розлуки, плаксивість, регресивну поведінку (що якісно інше забарвлення, хоч теж пов'язане з травмою). Такий розподіл узгоджується з літературними даними: дослідження в різних країнах показували, що з віком у дітей, які зазнали війни, збільшується кількість симптомів розладу, причому найбільш уразливою групою є саме шкільний вік. Це пояснюють тим, що старші діти вже можуть рефлексувати над пережитим, прогнозувати негативні сценарії, усвідомлювати непоправність втрат – що підсилює емоційний відгук. Крім того, у підлітковому віці часто

зростає почуття відповідальності (за молодших сіблінгів, за батьків), що тяж тягарем лягає на психіку в умовах війни. Молодші ж діти часом більш гнучкі у способах психологічного захисту – фантазія, ігрове пропрацювання травми, залежність від дорослих змушує їх шукати підтримки, а не замикатися у своїх переживаннях. Втім, важливо зазначити: менші прояви ПТСР у дітей 7–10 років не означають відсутності проблем – вони просто можуть проявлятися по-іншому (через порушення уваги, ігрові повторення, психосоматику тощо, як ми спостерігали). Таким чином, наша гіпотеза про вікові відмінності підтвердилася: в групі підлітків травматичний стрес має більш інтенсивний і усвідомлений характер, що потребує врахування при наданні допомоги (зокрема, акцент на когнітивній терапії негативних думок та проєкції майбутнього для підлітків, тоді як для малих – на ігрових методах і казкотерапії).

Дані дослідження показали певні відмінності в переживанні травматичного стресу між хлопчиками та дівчатками. Хоч обидві статі демонструють високі рівні ПТСР, дівчатка у нашій вибірці мали трохи більш виражені симптоми (75% дівчат діагноз ПТСР vs 57% хлопців; вищі середні бали за IES-R і особливо за шкалами депресії та тривоги SCL-90). Це узгоджується з загальною тенденцією, відміченою у літературі: у ситуаціях війни дівчатка схильні до внутрішньої травматизації, проявів плаксивості, тривожності, самозвинувачень, тоді як хлопчики частіше реагують зовнішніми поведінковими розладами або намагаються «не показувати страх». У нашому дослідженні хлопці справді дещо частіше демонстрували агресивні реакції (за даними спостережень та шкали ворожості), проте загалом тяж мали високий дистрес. Цікаво, що за даними пілотного опитування 2023 року українських дітей, хлопці навіть краще суб'єктивно оцінюють своє психічне здоров'я, ніж дівчата, попри однаковий рівень травматизації. Можливо, у нашій вибірці також хлопці занижували деякі самооцінки (наприклад, рівень страху чи смутку), бо стигматизують такі емоції, тоді як дівчатка більш відкрито визнають свої переживання. Це слід

врахувати: діагностика ПТСР у хлопців може потребувати більш ретельного підходу, з використанням проєктивних методик чи спостережень, щоби не пропустити прихованого стресу. В цілому ж, результати не виявили принципово різних типів симптомів у різних статей – і хлопчики, і дівчатка страждають від інтрузій, поганого сну, тривоги; різниця радше кількісна та у способах вираження. Отже, гіпотеза про гендерні відмінності частково підтвердилася: дівчатка демонструють дещо вищий рівень суб'єктивного дистресу, але хлопчики також суттєво уражені війною, хоч інколи проявляють це інакше (агресією, замкнутістю).

Порівняння дітей-переселенців із тими, хто постійно проживав у Миколаєві, показало, що вимушено переміщені діти мають, загалом, гірші показники психічного стану. 80% ВПО отримали діагноз ПТСР, проти 60% місцевих; середні бали IES-R у переселенців ~42 проти ~33 у місцевих; за SCL-90-R у переселенців вище майже всі ключові симптоматичні показники (тривога, депресія, соматизація). Це можна пояснити рядом факторів: переселенці, ймовірно, пережили більш інтенсивні травми (бо змушені були тікати з небезпечніших регіонів), окрім того, втрата дому, звичного оточення сама собою є травматичною подією для дитини. Також переселенці могли довший час жити у складних побутових умовах, стикатися з бідністю, стигматизацією, що підсилює стрес. Цікаво, що за даними деяких українських опитувань 2023 р., діти з прифронтових і відносно мирних регіонів мали порівняно близькі рівні ПТСР – тобто навіть ті, хто не виїздив, але жив під загрозою, теж дуже травмовані. Однак наше порівняння ВПО vs місцеві фактично порівнює дві групи прифронтових дітей, де одні мали додатковий досвід переміщення. Результат свідчить, що цей додатковий досвід негативно позначається на психіці. Можна припустити, що для переселенців характерне відчуття некоріненості, втрати контролю над життям, яке посилює симптоми. Отже, соціальний чинник переміщення слід враховувати: таким дітям потрібна додаткова підтримка (зокрема, соціально-психологічна адаптація на новому місці, створення відчуття стабільності).

Результати дослідження яскраво демонструють, що діти, позбавлені нормального сімейного піклування, переносять війну значно важче. Практично всі діти-сироти мали тяжкі прояви ПТСР. Вони втратили батьків (деякі ще до війни, деякі – під час війни), тому війна для них означала не лише зовнішню небезпеку, а й відсутність найголовнішого захисного фактора – сім'ї. Науковці давно підкреслюють, що сильна прив'язаність і підтримка близьких дорослих – це ключ до психологічної стійкості дитини в травматичних обставинах. Відповідно, сироти позбавлені цього, тому їхні результати за всіма шкалами гірші. До речі, під час інтерв'ю спостерігалось, що діти-сироти часто замкнуті, залякані, їм важче було встановити довіру. Багато з них перебували в інтернаті чи прийомній сім'ї, і хоч вихователі стараються, але замінити батьків повністю неможливо. У сфері поведінки у кількох сиріт-підлітків відзначалися ризиковані тенденції (втечі, суїцидальні думки), що також узгоджується з літературою: «діти з досвідом втрати батьків мають підвищений ризик затяжних форм дезадаптації».

Схожа ситуація і з тими дітьми, хто живе в неблагополучних сім'ях (навіть якщо формально батьки є). Наші дані показали у них найвищий відсоток ПТСР (88%) та найвищий GSI (понад 2,0). Це діти, що фактично не отримували адекватної підтримки вдома, а подекуди сам дім був джерелом хронічного стресу (насильство, алкоголізм тощо). Війна для них – лише додатковий тригер до вже існуючої травматизації. Ймовірно, у таких дітей можна говорити про накопичувальний ефект травм («комплексна травма»), коли воєнні події накладаються на ранні дитячі травми неблагополуччя. Це проявилось в особливо інтенсивних симптомах: ці діти мали не лише ПТСР, а й багато поведінкових проблем, часто – труднощі в навчанні, агресію, або навпаки глибоку депресію. Таким чином, сімейний контекст суттєво модифікує перебіг ПТСР: благополучне, любляче оточення – фактор захисту, що пом'якшує навіть важкі переживання, тоді як відсутність підтримки чи сімейні проблеми – фактор ризику, що погіршує наслідки травми. Цей висновок збігається з нашим попереднім аналізом і підтверджує гіпотезу, що

діти з уразливих сімейних категорій (сироти, неблагополучні) потребують особливої уваги при реабілітації.

Очікувано, ми виявили майже лінійну залежність: чим сильніші та безпосередніші травматичні події пережила дитина, тим більш виражені у неї симптоми ПТСР. Група «високого травмування» (прямі жертви або свідки важких подій) фактично вся мала діагноз і дуже високі бали, група «помірного» – трохи менше, «низького» – найменше, хоч і у них були певні симптоми. Цей результат є важливим підтвердженням валідності нашого дослідження: він узгоджується з базовою теорією, на якій побудований діагноз ПТСР (необхідна наявність травматичного стресора критерію А). Якби ми не побачили різниці між «високо» і «низько» травмованими, можна було б сумніватися, що методики коректно вимірюють, або що всі діти рівною мірою реагують на просто факт життя у війні. Натомість ми бачимо, що хоч загальний фон війни впливає на всіх (навіть «низько» травмовані мали симптоми), але конкретний досвід – наприклад, бути пораненим, бачити смерть близької людини – призводить до значно тяжчих форм ПТСР. Це узгоджується і з даними світових досліджень. Наприклад, у вибірці дітей-свідків страти (Іран, 2006) 12% розвинули хронічний ПТСР, що більше, ніж у дітей, які просто жили в тій же громаді, але не бачили подію. Тобто пряма травма калібрує ризик.

У нашій роботі діти високої травматизації мали також трохи інший профіль: у них частіше траплялися дисоціативні симптоми (дереалізація), більш виражене відчуття провини у виживших (особливо якщо загинули близькі), гнів. Ці аспекти не завжди вимірюються опитувальниками, але проявлялися в ході бесід. Натомість діти з нижчим рівнем травм більше мали «класичні» симптоми страху і настороженості, без глибоких змін особистісного рівня. Це можна розглядати як непряму підтримку концепції про те, що тяжкі травми в дитинстві можуть спричинити складні форми ПТСР, з порушенням базового відчуття довіри та безпеки у світі. Відтак, програми допомоги теж мають бути диференційовані: для найбільш

травмованих дітей (наприклад, тих, що втратили батьків, отримали поранення) потрібні довготривалі комплексні втручання з фокусом на перебудову відчуття базової безпеки, можливо, медикаментозна підтримка; в той час як дітям, які «просто жили у війні» без прямих трагедій, може вистачити короткотермінових втручань з акцентом на профілактику розвитку ПТСР (техніки подолання стресу, підтримання нормального життя).

Об'єднавши всі отримані дані, можемо скласти цілісну картину впливу війни на психічний стан дітей нашої вибірки. Перш за все, підтверджено критично високу поширеність ПТСР серед дітей у зоні бойових дій. Дві третини мають клінічно виражений розлад, більшість інших – окремі посттравматичні симптоми. Цей результат корелює із загальнонаціональними оцінками щодо майже половини дітей України з ознаками ПТСР, але перевищує їх, що свідчить про концентрований негативний ефект життя під обстрілами. Війна справді створює масову психотравму дитинства, як застерігають експерти ЮНІСЕФ та ВООЗ. Наші дані доповнюють цю тезу конкретними деталями: більшість дітей переживають нав'язливі спогади, тривожаться про майбутнє, мають проблеми зі сном та соматичні скарги, пов'язані зі стресом [54].

По-друге, встановлено роль захисних і уразливих факторів. До захисних можна віднести відносно молодший вік (діти молодшого шкільного віку частково «гнучкіші» у подоланні травми), підтримку сім'ї (наявність батьків, стабільні емоційні стосунки), а також меншу інтенсивність пережитих подій. Ці фактори не гарантують відсутності ПТСР, але суттєво знижують його ймовірність та тяжкість. З іншого боку, додаткові уразливості – жіноча стать (особливо в підлітковому віці), втрата чи відсутність батьків, дисфункційне сімейне оточення, досвід вимушеної міграції, множинні чи крайні травматичні події – призводять до значно тяжчого перебігу розладу. Іншими словами, не всі діти, що пережили війну, страждають однаково: найбільш незахищені категорії накопичують травму глибше. Це узгоджується з концепцією «накипної чаші», коли різні стресори додаються:

дитина з неблагополучної сім'ї і без війни може мати проблеми, а війна «переливає чашу» і призводить до розладу [53].

По-третє, результати підтверджують коморбідність ПТСР із іншими порушеннями. У нашій вибірці майже всі діти з ПТСР одночасно мали високі рівні тривожності, багато – симптоми депресії, деякі – поведінкові розлади. Це свідчить, що посттравматичний стресор впливає на весь спектр психічного здоров'я дитини, і проявляється не ізольовано, а в комплексі. Подібні висновки роблять й інші дослідники: серед дітей, уражених війною, крім ПТСР, часто зустрічаються депресія, розлади поведінки, порушення уваги, панічні атаки тощо. Наші дані конкретизують, що у дітей війни України на перший план виходять тривожні та депресивні симптоми (ймовірно, внаслідок затяжного характеру загрози), тоді як психотичні чи тяжкі розлади поки не превалюють (і сподіваємося, не з'являться масово, якщо надати вчасну допомогу).

Отже, отримані результати підкреслюють необхідність системного підходу до розв'язання проблеми дитячого ПТСР. Ми вважаємо, що психологічна допомога має будуватися з урахуванням як клінічного аспекту (лікування симптомів), так і соціального (поліпшення середовища, підтримка сімей). Зокрема, результати наполягають: реабілітація має бути пріоритетною для найуразливіших груп – сиріт, переселенців, дітей, що втратили близьких. Саме для них потрібні спеціальні програми – можливо, створення центрів підтримки при інтернатах, наставництво, надання їм «безпечного дорослого». Для дітей з сімей важливо залучати батьків до терапії, навчати їх навичок допомоги дітям (оскільки сім'я – головний ресурс зцілення).

Варто також відзначити потенціал психологічної стійкості у частини дітей. Незважаючи на страшні обставини, ~33% дітей не набрали діагнозу ПТСР, а деякі демонстрували разючі приклади адаптивності. Наприклад, одна 10-річна дівчинка, яка місяць жила в окупації, на інтерв'ю спокійно розповідала, що «все буде добре, бо ми тепер разом з мамою у безпеці». Це підтверджує наукові дані про резилієнтність дітей: багато хто може

відновитися за наявності підтримки та особистих копінг-ресурсів. Наш аналіз показав, що фактори резилієнтності включають збережені емоційні зв'язки, релігійні чи світоглядні переконання (кілька підлітків казали, що «вірять у ЗСУ та перемогу, це надає сил»), можливість продовжувати навчання, дружбу. Ці моменти – підказка, на що слід спиратися, надаючи допомогу (підсилювати наявні здорові механізми, розвивати нові) [29].

Отже, наші результати не лише констатують значне поширення і тяжкість ПТСР у дітей, але й окреслюють конкретні напрями, на яких слід зосередитися в практичній роботі. Війна по-різному вплинула на дітей залежно від їх контексту, але практично нікого не лишила без психологічних наслідків. Це є серйозним викликом для системи охорони психічного здоров'я, освіти та соціальних служб України. У наступному підрозділі (3.3) ми перейдемо до конкретних рекомендацій, які впливають із проведеного дослідження та загального досвіду роботи з травмованими дітьми.

Науково результати нашої роботи узгоджуються із сучасними дослідженнями дитячої травматології і підтверджують нагальність проблеми. Як зазначає, наприклад, Д. Касьянова, що працює з депортованими та окупованими дітьми, у багатьох дітей спостерігається емоційне оніміння (не реагують на вибухи), відчай, суїцидальні думки – тобто критичні симптоми, які потребують негайної реакції. Ми науково зафіксували подібні явища (дисоціацію, апатію) і наполягаємо, що без системної підтримки ці прояви можуть перерости у тривалі порушення розвитку. Урядові статистичні дані також свідчать про значне зростання звернень по психіатричну допомогу дітей під час війни. Все це разом формує чітке послання: психічне здоров'я дітей війни має стати пріоритетним напрямом відновлення країни.

Підсумовуючи, слід зробити акцент на основних висновках нашого дослідження:

- Війна спричинила у вибірці дітей катастрофічно високий рівень ПТСР та пов'язаних розладів. Діти переживають страх, нав'язливі спогади,

тривогу за майбутнє, депресію; багато хто – на клінічно значущому рівні. Ці наслідки є масовими і вимагають масштабних заходів реагування.

- Фактори, що полегшують стан: молодший вік, наявність емоційної підтримки сім'ї, менша інтенсивність травматичних подій. Фактори, що обтяжують: підлітковий вік (особливо дівчата), сирітство або розлучення з батьками, неблагополучна сім'я, досвід переселення, пряма травматизація (поранення, смерть близьких). Отже, допомога має враховувати ці фактори ризику – орієнтуючи ресурси на найбільш уразливих дітей.

- Коморбідність ПТСР з іншими проблемами – правило, а не виняток. Дітям війни властивий «букет» симптомів, тому будь-які інтервенції мають носити комплексний характер: лікувати не тільки ПТСР як такий, а й супутні тривожні, депресивні, поведінкові прояви, і фізичні (психосоматичні) теж.

- Попри важкі наслідки, в дітей є потенціал для відновлення, особливо якщо посилити фактори резиліентності. Ми побачили приклади адаптивності і вважаємо це підґрунтям для оптимізму: за умови правильного підходу більшість дітей зможуть повернутися до нормального життя. Це узгоджується з концепцією, що дитяча психіка має величезну здатність до відновлення, якщо їй допомогти і усунути перешкоди (триваючі негативні впливи).

Наш аналіз підводить до думки, що необхідні цілеспрямовані практичні кроки для мінімізації впливу психотравмуючих подій на дітей. Зокрема, потрібні як індивідуальні психотерапевтичні втручання, так і широкі профілактично-реабілітаційні програми на рівні шкіл, громад, країни. Конкретні рекомендації щодо цього викладені в наступному розділі.

3.3. Практичні рекомендації щодо зменшення впливу психотравмуючих подій на дітей

Беручи до уваги результати діагностики та сучасні підходи психологічної допомоги дітям з посттравматичним стресовим розладом, у цьому підрозділі сформульовано низку практичних рекомендацій. Вони спрямовані на різні рівні втручання – від роботи з конкретною дитиною і її сім'єю до організації системи підтримки на рівні освітніх закладів та громад. Кожна рекомендація науково обґрунтована результатами досліджень і узгоджена з принципами доказових методик допомоги (зокрема, Trauma-Focused CBT, елементами EMDR, кризової інтервенції тощо). Враховано також рекомендації Міністерства охорони здоров'я України та міжнародних організацій (UNICEF, WHO) щодо підтримки психічного здоров'я дітей під час війни. Нижче подано основні заходи, реалізація яких допоможе зменшити негативний вплив пережитих психотравмуючих подій на дітей і сприятиме їх психологічному відновленню.

- Створення безпечного середовища та стабільного розпорядку. Дитина, яка пережила травму, перш за все повинна знову відчувати себе у безпеці. Рекомендується забезпечити постійну фізичну присутність дорослого, якому дитина довіряє (батька, опікуна, родича), особливо на ніч, під час повітряних тривог тощо. Важливо організувати для дитини звичний режим дня – регулярний час прийому їжі, сну, навчання і відпочинку. Стабільність і передбачуваність рутини дає відчуття контролю і повертає довіру до життя. Навіть якщо сім'я перебуває в тимчасовому житлі чи евакуації, слід відтворювати ритуали (читання перед сном, спільна вечеря), які були «до травми». Безпечне місце проживання – обов'язкова умова: за можливості, евакуювати дитину із зони активних бойових дій до більш спокійної території. Інформаційна безпека теж є частиною середовища: слід обмежити перегляд новин, сцен насильства при дітях, уникати розмов про жахи війни у їх присутності. Натомість бажано наповнювати простір позитивними, мирними сигналами (музика, казки, спокійні ігри).

- Емоційна підтримка та відкрите спілкування. Дитині потрібно знати, що поруч є дорослий, який її любить, розуміє і готовий вислухати. Дорослим (батькам, вихователям) рекомендується якомога більше розмовляти з дитиною про її почуття, запевняти її, що реакції нормальні, і ви разом з цим впораєтесь. Важливо відповідати на запитання дитини чесно, але в доступній формі – пояснювати, що сталося, простими словами без зайвих лякаючих деталей, підкреслюючи, що винна не вона, а обставини. Недопустимо замовчувати тему травми або соромити дитину за її страхи – це лише поглиблює проблему. Натомість слід дати зрозуміти: «Тобі страшно і сумно – це нормально після того, що сталося. Я поруч, я теж часом боюся, але ми разом і подолаємо це». Така валідизація емоцій знімає відчуття ізольованості. Право на вираження почуттів має бути безумовним: нехай дитина плаче, сердиться, притискається – як їй потрібно. Завдання дорослого – прийняти ці почуття, за можливості спрямувати у конструктив (наприклад, через гру або творчість). Дорослим варто бути уважними до непрямих сигналів: якщо дитина мовчить, але малює вибухи або в грі поводить себе агресивно з ляльками – це теж спосіб комунікації травми. Треба заохочувати її говорити про це або разом програвати ситуації. Фізичний контакт дуже важливий: обійми, погладження (якщо дитина не заперечує) дають відчуття захищеності на рівні тіла.

- Турбота про психічне здоров'я батьків / опікунів. Неможливо допомогти дитині, якщо сам дорослий перебуває у стані хронічного стресу чи розпачу. Відомий принцип «спочатку киснева маска на себе, потім на дитину» тут абсолютно актуальний. Дорослим, що опікуються травмованою дитиною, рекомендується подбати про власну емоційну стабільність: шукати підтримки (у родичів, друзів, психологів), відпочивати, ділитися своїми страхами з іншими дорослими, а не з дитиною. Дитина дуже чутливо «зчитує» стан близьких; якщо мама постійно плаче або тато нервує і кричить – жодні слова не заспокоять дитину, бо вона переймає цей тривожний фон. Тому одним із перших кроків допомоги дитині має бути робота з батьками:

навчити їх навичкам саморегуляції (дихальні техніки, релаксація), при необхідності – залучити для них самого психотерапевта чи лікаря (наприклад, короткочасно заспокійливі препарати). Спокійніший дорослий зможе стати тим надійним «острівцем стабільності», за який дитина триматиметься у складні моменти. Також варто пояснювати батькам, що їхні власні реакції (наприклад, якщо при звуках сирени мама впадає в істерику) формують модель поведінки дитини. Тому важливо працювати над собою, аби подати дитині приклад відносно врівноваженої реакції. Це не означає прикидатися, що все добре – достатньо показати, що страх можна контролювати («Так, мені страшно, але я знаю, що робити і ми будемо у безпеці»).

- Залучення дітей до активності і відновлення контролю. Дітям, які пережили безпомічність перед травмою, корисно отримати досвід контролю над ситуацією. Тому рекомендується надавати їм посильні обов'язки та ролі. Фізична активність – один із природних способів знизити рівень стресових гормонів. Треба забезпечити дітям можливість гратися рухливі ігри, займатися спортом, танцювати, бігати – залежно від віку та безпекових умов. Це розряджає накопичену напругу і повертає радість від тіла. Також варто залучати дітей до корисних справ: нехай допомагають по дому (полити квіти, зготувати їжу), старші – волонтерять у посильних межах. Виконуючи такі дії, дитина відчувається потрібною, дієвою, а не жертвою. Для дітей, які втратили відчуття контролю, підійдуть і спеціальні ігри: наприклад, гра в керування ситуацією, де дитина стає «головною» і придумує, що робитимуть інші. Або гра «На щастя – на жаль», де потрібно на кожне негативне твердження придумати позитивне продовження – це вчить гнучкості мислення і бачення альтернатив виходу. Для малечі корисні ігри на тілесне «заземлення» та контроль: дати пом'яти пластилін (відчуття сили в руках), тупати ніжками як бегемотики (відчуття ваги і опори), поборюватися з дорослим (у грі перемогти). Такі методи включені у багато програм допомоги і довели ефективність у зниженні тривожних симптомів у дітей.

● Терапія через гру, творчість і тілесні практики. З огляду на високий рівень інтрузивних спогадів і тривоги, у роботі з дітьми з ПТСР рекомендується широко застосовувати методи ігрової та арт-терапії. Психологи можуть проводити посттравматичну гру: відтворення травмуючої ситуації в ігровій формі (наприклад, «підйом по тривозі» з іграшковими фігурками, де дитина може програти різні варіанти завершення – аж до безпечного). Це допомагає поступово десенсибілізувати страх. Малювання травми – один з простих, але дієвих методів: запропонувати дитині намалювати свій найстрашніший спогад, потім обговорити малюнок і символічно його змінити (домалювати захист, світлі фарби). Така техніка дозволяє «винести» страх назовні і трансформувати його. Корисно робити творчі вироби, що символізують подолання поганого: наприклад, сплести «ловця снів», який буде «виловлювати» нічні кошмари; чи створити разом із дитиною «Сейф для страхів» – коробочку, куди вона складатиме папірці зі своїми страхами. У групових заняттях можна використовувати казкотерапію: читати або складати історії, в яких герой долає схожі труднощі (для молодших це працює особливо добре). Тілесно-орієнтовані практики також входять до арсеналу: прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи (наприклад, «надувати кульку животом» від тривоги), масажні ігри («гра в піцу» – коли дитину легенько натисканнями «перетворюють» на піцу, що знімає м'язові затиски). За участі професійного психолога можливе застосування методик, подібних до EMDR (рух очей для переробки спогадів) у спрощеному варіанті для дітей – це показує хороші результати у світі. Головне – надати дитині інструменти самозаспокоєння: навчити її, як справлятися з панічною атакою (дихання «як кулька», рахування, знайти 5 знайомих предметів у кімнаті), що робити при поганому сні (намалювати його і порвати, переключитися на ліхтарик іграшковий тощо). Ці техніки зменшують інтенсивність симптомів і повертають дитині віру, що вона може контролювати свій стан.

- Професійна психологічна та психіатрична допомога за потребою. Якщо симптоми ПТСР у дитини виражені сильно або не слабшають з часом (особливо протягом >3 місяців), необхідно звернутися до фахівців. Психотерапевт, який має досвід роботи з травмою, може провести курс травма-фокусованої КПТ (TF-CBT) – доказово ефективного методу для дітей з ПТСР. Ця терапія включає психоедукацію (пояснення про ПТСР), навчання навичкам релаксації, опрацювання травматичного спогаду у безпечних умовах та когнітивну реструктуризацію – зміну негативних переконань («це моя провина», «світ небезпечний»). У деяких випадках може бути рекомендовано медикаментозне лікування: антидепресанти чи протитривожні препарати за призначенням дитячого психіатра, особливо якщо у дитини тяжка депресія, безсоння або психосоматичні розлади. Не варто боятися ліків – сучасні схеми дозволяють полегшити стан без звикання, але вони застосовуються лише в крайніх випадках і короткотривало. Загалом, мультидисциплінарний підхід є оптимальним: лікар, психолог, педагог мають діяти узгоджено. Важливо також інформувати первинну ланку (педіатрів, сімейних лікарів) про стан дитини: МОЗ України рекомендує проводити навіть скринінг ПТСР у дітей під час рутинних оглядів, аби вчасно направляти їх до психологів.

- Шкільна та громадська підтримка. Більшість дітей відвідують школу або садочок, тому педагогічний персонал має бути залучений до системи підтримки. Рекомендується проводити у школах тренінги для вчителів щодо розпізнавання симптомів ПТСР та навичок першої психологічної допомоги дітям. Учитель повинен знати, що робити, якщо дитина розплакалася на уроці через звук сирени (підвести, заспокоїти, можливо, відвести до психолога), як реагувати на агресивну поведінку травмованого учня (не карати одразу, а з'ясувати причини, залучити психолога). Шкільний психолог має проводити групові заняття з класом, де є такі діти, на теми емоційної грамотності, стрес-менеджменту у формі ігор. Також варто ввести у навчальних закладах «кімнати психологічного

розвантаження» – куточки з м'якими іграшками, настільними іграми, де дитина може побути, якщо їй погано. Групи підтримки для батьків теж можна організувати на рівні шкіл чи громад – щоб батьки ділилися досвідом, отримували поради фахівців і не залишалися наодинці. На рівні громади – залучати дитячих травматерапевтів, волонтерів з арт-терапії, щоб проводити регулярні зустрічі і майстер-класи для дітей (малювання, ліплення, театральні гуртки) – це і терапія, і повернення до соціалізації.

- **Забезпечення базових потреб та соціальної стабільності.** Наукові джерела наголошують, що для успішної реабілітації після війни необхідно вирішити низку соціальних питань: житло, освіта, фінансова стабільність сімей, боротьба з насильством і дискримінацією. Відтак, окремою рекомендацією – для органів влади та соцслужб – є піклування про життєві умови постраждалих дітей. Треба максимально відселити сім'ї з дітьми із зон активних обстрілів у більш безпечні, надати комфортне житло (щоб була можливість нормально спати, вчитися). Забезпечити дітям доступ до освіти навіть в евакуації (онлайн чи офлайн – підтримувати їх навчання, бо рутина навчання також лікує). Матеріальна підтримка родин з дітьми (соціальні виплати, гуманітарна допомога) знизить рівень батьківського стресу і, відповідно, сприятиме кращій атмосфері для дитини. Необхідно також працювати з проблемами, які можуть загострюватися після війни: випадки домашнього насильства, алкоголізму (через стрес) – тут потрібні програми для батьків, аби вони не «зривали» травму на дітях. Як зазначає ряд дослідників, успішне подолання наслідків травми у дітей неможливе без оздоровлення соціального середовища – подолання бідності, повернення почуття справедливості, усунення стигми. Тому рекомендації виходять за рамки суто психологічних і вимагають комплексного плану на рівні держави.

Підсумовуючи, наведемо концентровано головні принципи допомоги дітям з ПТСР, що впливають з нашого дослідження: безпека, стабільність, підтримка, вираження емоцій, активність, професійне втручання за потреби, покращення середовища. Ці принципи узгоджуються з позицією як

українських, так і міжнародних фахівців. Реалізація рекомендацій потребує зусиль на різних рівнях – від окремого психолога до міжвідомчої координації. Але інвестиції в психічне здоров'я дітей сьогодні – це інвестиції у здорове суспільство в майбутньому.

Наші рекомендації мають базу у вигляді наукових даних і водночас досить практичні. Їх можна використовувати як основу для розробки конкретних програм допомоги – наприклад, тренінгових модулів для батьків, шкільних уроків психологічної стійкості, протоколів дій для психологів при масових травмах тощо. Зрештою, головне – донести до кожної сім'ї і громади, що дитину можна врятувати від психологічних наслідків війни, якщо діяти вчасно і спільно. Наше дослідження, попри всю тривожність результатів, дає і надію: розуміючи проблему, ми можемо знайти правильні рішення. Як свідчать приклади дітей, котрі пройшли через пекло війни і зберегли в собі життя, – дитяча психіка має дивовижну силу зцілення, потрібно лише простягнути їй руку допомоги у найважчий час.

Висновки до розділу 3

Дослідження, проведене серед 30 дітей віком 7–16 років у місті Миколаєві, дозволило виявити високий рівень психологічного стресу, обумовленого воєнними подіями. Усі діти мали досвід психотравмуючих ситуацій – втрати житла, тривале перебування в зоні обстрілів, розлуку з батьками або переміщення до незнайомого середовища.

Метод CAPS-5 показав, що 20 з 30 дітей (66,7%) відповідають критеріям ПТСР, з чіткою симптоматикою за чотирма кластерами DSM-5. Найбільш поширеними були симптоми уникнення та негативні зміни в емоціях і пізнанні. Особливо високі показники виявлено в групі дітей, які залишаються під обстрілами (70% діагностовано з ПТСР).

Опитувальник IES-R засвідчив, що 60% дітей мали сумарні бали вище порогового значення (≥ 33), що вказує на клінічно значущий рівень посттравматичного стресу. Особливо високими були значення інтрузії та гіперзбудження – діти описували нічні жахи, нав'язливі спогади та постійну тривожну готовність. Діти-переселенці та сироти мали вищі середні бали порівняно з дітьми, які залишаються у родині.

Шкала SCL-90-R дозволила проаналізувати не лише рівень тривожності та депресії, але й поширеність супутньої симптоматики. Найвищі середні показники зафіксовано за шкалами тривожності (2,3), депресії (2,1), фобічної тривожності (1,9) та соматизації (1,6), що свідчить про виражену емоційну та психосоматичну дезадаптацію дітей. Водночас найнижчими були показники за шкалами ворожості та психотизму, що підтверджує відсутність тяжких розладів мислення чи поведінки у більшості учасників.

У структурі ПТСР серед дітей домінують афективні та соматичні прояви, зокрема у вигляді тривожного очікування загрози, порушень сну, емоційного оніміння та нав'язливих флешбеків. Спостерігалися значущі міжгрупові відмінності: підлітки демонструють вищі показники за всіма шкалами порівняно з молодшими школярами; дівчата – вищі за хлопців; сироти – вищі за дітей з родині.

Результати дослідження свідчать про високу доцільність використання методик CAPS-5, IES-R та SCL-90-R у комплексі, оскільки вони дозволяють охопити як клінічну, так і суб'єктивну картину ПТСР. Також вони зручні для використання в умовах шкіл, центрів допомоги та кризових служб.

ВИСНОВКИ

У сучасних умовах війни проблема посттравматичного стресового розладу у дітей набула особливої гостроти й значущості. Проведений аналіз наукових джерел засвідчив, що, незважаючи на значний інтерес дослідників до психотравматичних наслідків дитячого досвіду війни, питання діагностики, профілактики та комплексної підтримки дітей із ПТСР все ще залишаються актуальними для української психології та суміжних галузей. Особливої уваги потребують питання розробки ефективних інструментів оцінки психічного стану дітей, удосконалення моделей міждисциплінарної допомоги й упровадження сучасних психокорекційних програм.

У межах даної роботи було сформовано цілісне теоретико-методологічне підґрунтя для вивчення ПТСР у дітей, яке ґрунтується на принципах детермінізму, розвитку, системності та цілісності. Запропоновано інтегративну парадигму, що поєднує біопсихосоціальний, особистісно-орієнтований, віковий, діяльнісний та екологічний підходи, що дало змогу дослідити феномен ПТСР у дитячому віці максимально повно та багатовимірно. Доведено важливість урахування вікових, індивідуальних та соціальних чинників у моделюванні розвитку посттравматичних розладів, а також визначено провідну роль підтримки родини, школи та громади у процесі адаптації дітей до травматичних змін.

Реалізовано розробку методологічної основи емпіричного дослідження: обґрунтовано вибір комплексу валідних психодіагностичних методик (CAPS-5, IES-R, SCL-90-R), що дозволили оцінити як клінічні критерії ПТСР, так і спектр супутніх емоційних, поведінкових та психосоматичних симптомів у дітей різного віку.

Визначено, що поєднання клінічних інтерв'ю, шкал самооцінки та багатовимірних чек-листів забезпечує високу достовірність діагностики і дозволяє виявити не лише наявність ПТСР, але й інші критичні розлади, що супроводжують травматичний досвід (депресія, тривожність, соматизація).

Емпіричне дослідження, проведене на базі центру психологічної допомоги м. Миколаїв, охопило 30 дітей різного віку (7–16 років), серед яких були діти-переселенці, сироти, вихідці з неблагополучних сімей, діти з інвалідністю, а також представники місцевих родин. Аналіз результатів засвідчив надзвичайно високий рівень поширеності симптомів ПТСР: згідно з CAPS-5, ПТСР діагностовано у 66% вибірки, а ще у 27% – виявлено субклінічні прояви. Результати за IES-R підтвердили значну інтенсивність посттравматичного дистресу у дітей: середній сумарний бал склав 36,5 (що перевищує міжнародні порогові значення для ймовірного діагнозу ПТСР), а у 60% дітей рівень симптоматики був тяжким. Найбільш вираженими компонентами були інтрузивні спогади, гіперзбудливість і уникання, причому ці симптоми особливо домінували у підлітків, дівчаток, дітей-сиріт та дітей, що втратили домівку.

Аналіз за шкалами SCL-90-R продемонстрував, що ПТСР у дітей рідко є ізольованим розладом: найвищі середні бали виявлені за шкалами тривожності (2,3), депресії (2,1), фобічної тривожності (1,9) та соматизації (1,6), що свідчить про складний спектр психопатологічних змін. Виявлено вікові та гендерні відмінності в структурі симптоматики: підлітки і дівчата частіше повідомляли про депресивні й тривожні прояви, тоді як хлопчики та молодші діти демонстрували більше поведінкових та психосоматичних симптомів. Соціальний статус (наявність або відсутність батьків, переселенський досвід) істотно

впливав на інтенсивність стресових проявів: найгірші результати спостерігалися у дітей-сиріт та переселенців.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у комплексному емпіричному аналізі різних категорій дітей, що мешкають у зоні бойових дій, та застосуванні багаторівневого діагностичного підходу. Вперше для регіону міста Миколаїв здійснено системне дослідження ПТСР у дітей із використанням міжнародно валідованих психометричних інструментів, а також проаналізовано кореляції між тяжкістю ПТСР, віком, статтю, соціальним статусом та характером травматичного досвіду.

Теоретичне значення роботи полягає в удосконаленні розуміння структури ПТСР у дітей на основі сучасної наукової парадигми та поглибленні уявлень про біопсихосоціальні механізми формування стресових реакцій у дитячому віці. Практична цінність результатів полягає у можливості використання розроблених діагностичних підходів для раннього виявлення дітей груп ризику, побудови індивідуальних планів психологічної підтримки, розробки навчальних програм для фахівців, а також формування стратегій кризового реагування у школах і соціальних службах.

Результати дослідження дозволяють рекомендувати впровадження скринінгових програм із використанням шкал CAPS-5, IES-R, SCL-90-R у закладах освіти, охорони здоров'я та центрах соціальної допомоги для своєчасного виявлення ПТСР у дітей. Доцільним є розроблення адаптаційних та реабілітаційних тренінгів для дітей і батьків, що включають елементи когнітивно-поведінкової терапії, тренінги емоційної регуляції, групи підтримки для батьків, а також посилення взаємодії між шкільними психологами, соціальними педагогами і медиками.

Дані дослідження є важливим підґрунтям для подальших наукових розвідок у сфері дитячої травми, психічного здоров'я в умовах воєнних

конфліктів, міждисциплінарної співпраці та розробки державних стратегій допомоги дітям, які пережили психотравмуючі події. Перспективними напрямками подальших досліджень є вивчення динаміки ПТСР у довгостроковій перспективі, ефективності різних психотерапевтичних втручань, а також порівняльний аналіз стану дітей різних регіонів України та інших країн, що мають досвід масової травматизації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондарук Ю. С. Зміст і основні напрями психологічної допомоги дітям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій в умовах закладу освіти. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/714172/1/Virtus%20Scientific_Journal_28_1-pages-75-80.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
2. Булгакова О., Савченкова М. Психологічні можливості підтримки дітей, які перенесли травматичний досвід. *Наука і освіта*. 2022. № 4. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2022/4_2022/5.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
3. Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2018. № 2(23). URL: <https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2055b781-2b90-44af-a717-108ab2fd6b4d/content> (дата звернення: 17.06.2025).
4. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф. та ін. Методичні рекомендації: діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. Харків, 2014. 58 с.
5. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. Вип. 1(30). 2022. С. 22–28.
6. Герман Дж. Травма і відновлення / пер. з англ. Київ : В-во «Скрина», 2015. 345 с.
7. Горбунова В. Посттравматичний стресовий розлад. Центр психічного здоров'я і психотерапії «Простір Надії». URL: https://ipz.org.ua/wpcontent/uploads/2017/12/PROSTIR_NADIY-dr.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

8. Закон України від 15.01.2009 № 878-VI. Соціальна реабілітація.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/TM037009> (дата звернення: 17.06.2025).
9. Зик О. І. Соціальна реабілітація дітей з посттравматичним стресовим розладом. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/5b56748c-0b96-4ed2-838a-947509d3e54d/content> (дата звернення: 17.06.2025).
10. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).
11. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Київ : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
12. Каліна Н. Ф. Психотерапія. С. 8–9. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/432663.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
13. Калмикова К. С., Падун М. А. Особливості когнітивних схем у жертв травми. *Вісник МГУ*. 2002. № 4. С. 15–23.
14. Карпюк Ю. Я. Теоретичний аналіз методів психотерапії посттравматичного стресового розладу. С. 323–332. URL: <http://lib.pnu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/8324/1/THE-WORLD-OF-SCIENCE-AND-INNOVATION-14-16.10.20-323-332.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).
15. Климчук В. О., Горбунова В. В. Поширеність симптоматики ПТСР серед дітей в Україні. Сучасні соціокультурні та психолого-педагогічні координати розвитку дитини: Матеріали всеукраїнської конференції (19–20 квітня 2018 року, м. Тернопіль). Тернопіль : Вид-во ТНІУ імені Володимира Гнатюка, 2018. С. 65–68.
16. Климчук В.О. *Психологія посттравматичного зростання: монографія*. Київ: Інтерсервіс, 2021. 276 с.

17. Коли світ на межі змін: teaching English in wartime. URL: <https://surli.cc/zwbklo> (дата звернення: 17.06.2025).
18. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/17_2016/19.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
19. Куліш О. В., Сірик І. В. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у підлітків із внутрішньо переміщених осіб. *Габітус*. 2023. С. 261–266. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/46-2023/43.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).
20. Литвиненко І. С., Макушева С. П. Деякі питання щодо переживання дитиною молодшого шкільного віку кризи втрати одного з батьків. URL: <http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/psihol-visnik-20-6.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).
21. Оніщенко Н. В. Діти в умовах надзвичайної ситуації: екстрена психологічна допомога. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/3597/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F_%D0%9E%D0%BD%D1%96%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_%D0%9D.%D0%92..PDF (дата звернення: 17.06.2025).
22. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти : монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
23. Плєскач Б. В. Постановка проблеми психодіагностики ранніх стадій переживання травматичного досвіду. Науково-практична конференція, м. Полтава, 27–28 травня 2022 р. С. 98–101. URL: https://lib.iitta.gov.ua/730850/1/PleskachBV_tesis2022_b.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

24. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. 2-е вид., перероб. та допов. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с. URL: <https://surl.li/zscayz> (дата звернення: 17.06.2025).
25. Пророк Н. В. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей. *Освіта України в умовах військового конфлікту на Донбасі : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Лисичанськ, 27 лютого 2017 р.)*. Лисичанськ : ФОП Чернов О. Г., 2017. С. 157–161.
26. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). URL: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
27. Прохоренко Д. Психологічна підтримка дітей з ООП: комплексний підхід у подоланні наслідків ПТСР. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2024. № 115(3). С. 75–88.
28. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (22 жовтня 2021 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 348 с. URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/9301/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_22-10-2021.pdf (дата звернення: 17.06.2025).
29. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації : методичний посібник / уклад. Г. Б. Растроста. Суми : НВВ КЗ СОІППО, 2018. 64 с. URL: <https://surl.lt/wpkjoe> (дата звернення: 17.06.2025).
30. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки : методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла, Г. П. Лазос та ін. Київ, 2015. 232 с.
31. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/153586467.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).

32. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. URL: https://document.kdu.edu.ua/info_zab/053_1436.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

33. ПТСР лікується. Як допомогти собі та близьким? URL: <https://berezhy-sebe.com/wp-content/uploads/2023/10/%D0%93%D1%96%D0%B4-%D0%B7-%D0%9F%D0%A2%D0%A1%D0%A0.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).

34. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. 2017. URL: https://i-cbt.org.ua/wpcontent/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

35. Соловей О. А. Ознаки ПТСР у дітей та особливості кризових інтервенцій дітей, що пережили психотравмуючі події. *Збірник матеріалів конференції «Психологічне здоров'я в сучасній психотерапії»*. Луцьк, 2016.

36. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період / Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін. Київ, 2014. 84 с.

37. Спартак О. С. Психосоціальна реабілітація посттравматичних стресових розладів. *Psychological Journal*. 2021. Т. 7, № 7(51). С. 78–86.

38. Суєтинова К. Особливості посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2024. Вип. 5. С. 112–119. URL: <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/159/148>

39. Сучасні проблеми екологічної психології: Психологічні механізми суб'єктивного відновлення майбутнього : матеріали XIX Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (12-13 травня 2023 року, Київ) / за ред. Ю. М. Швалба. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2023. 84 с. URL:

http://ecopsy.com.ua/data/conf_2023/tezy_ecopsy_12-13_05_2023.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

40. Суятинова К. Особливості посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти*. 2024. Вип. 5. URL: <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/159/148> (дата звернення: 17.06.2025).

41. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. С. 47–48. . URL: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf (дата звернення: 17.06.2025).

42. Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (1 грудня 2022 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України. Київ : НУОУ, 2022. 283 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/16697/1/coll-npc-fc-pp-22-12-01.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).

43. Христюк О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 2. URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/871/1/22.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).

44. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *МЛ*. 2014. № 7–8(113–114). URL: <http://www.health-medix.com/articles/mistetzto/2014-10-16/6.pdf> (дата звернення: 17.06.2025).

45. Чорна В. В., Хоменко І. М., Коломієць В. В., Хлєстова С. С. Реальна загроза нашого часу – посттравматичний стресовий розлад як наслідки повномасштабної війни. URL: <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/465/12502/26130-1?inline=1> (дата звернення: 17.06.2025).

46. Шевченко В. М. Особливості психолого-педагогічної допомоги дітям, які пережили травмуючі події. URL: <https://surl.li/guwnvs> (дата звернення: 17.06.2025).
47. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, 1979. 456 p.
48. Creamer M., Bell R., Failla S. *Psychometric properties of the Impact of Event Scale Revised*. *Behaviour Research and Therapy*, 2003. №41. P. 1489–1496.
49. Derogatis L.R. *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-II*. – Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1992.
50. Horowitz M. Stress response syndromes. Jason Aronson, 1998.
51. Johnson R. J., Ivashchenko O. V., Borisevich V., Potapova N. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022. Vol. 57. P. 1807–1816.
52. Martsenkovskyi D., Gulevych R., Sorokopud S., Petryna A. Depression in adolescents exposed to war trauma: Does PTSD matter? *Global Psychiatric Association*. 2020. Vol. 3, no. 2. P. 227–240.
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *PTSD Guidelines for Children and Young People*. URL : https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf
54. Pearson Clinical: SCL-90-R Instrument Description : <https://www.pearsonassessments.com/> (дата звернення: 17.06.2025)
55. PTSD National Center for PTSD (CAPS-5 Manual). URL : <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp> (дата звернення: 17.06.2025)
56. Savchenkova M., Bulgakova O. Психологічна підтримка дітей, які перенесли травматичний досвід. *Наука і освіта*. 2022. №4. С. 55–60. URL : https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2022/4_2022/5.pdf
57. Weathers F.W., Bovin M.J., Lee D.J. et al. *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial*

psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 2018. №30(3). P. 383–395.

58. Weiss D.S., Marmar C.R. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson J.P., Keane T.M. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press, 1997. P. 399–411.