

ФОРМУВАННЯ ОЗНАК ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО ВПЛИВУ ВІЙНИ

FORMATION OF SIGNS OF PSYCHO-EMOTIONAL STRESS IN SCHOOL-AGE CHILDREN UNDER THE PROLONGED IMPACT OF WAR

Умови сьогодення потребують своєчасного звернення уваги на чинники ризику та прояву посттравматичного стресового розладу. У статті розглянуто особливості прояву психоемоційного стресу в дітей шкільного віку в умовах війни. Підкреслюється важливість збереження життя, забезпечення фізичного та підтримання психічного здоров'я особистості.

Метою статті є визначення особливостей прояву ознак посттравматичного стресового розладу в дітей шкільного віку в різних регіонах України.

Автори пропонують теоретичний аналіз джерел і різних наукових праць, що охоплює світовий і вітчизняний досвід у контексті визначення поняття посттравматичного стресового розладу. Особлива увага приділяється визначенню поняття посттравматичного стресового розладу, клінічних ознак, комплексу чинників, які сприяють його формуванню.

Обґрунтовується думка про те, що дитяча психіка вирізняється особливою чутливістю та ще не досить сформованими механізмами психологічного захисту, що сприяє швидшому розвитку посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків і зумовлює вищий ризик тяжких і тривалих наслідків порівняно з дорослими. Приділяється увага тому факту, що в дітей, які пережили воєнні дії, спостерігається вищий рівень тривожності, нічних кошмарів, агресивних реакцій або, навпаки, емоційної відстороненості. У статті проаналізовано відмінності у клінічній картині посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків, що зумовлені віковими особливостями психіки та рівнем розвитку когнітивних і емоційних процесів. Надаються статистичні дані діагностичних ознак посттравматичного стресового розладу в дорослих і дітей.

Завдяки проведеному аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що найбільш поширеними ознаками ПТСР серед дітей були проблеми зі здатністю зосереджувати увагу, концентруватися; емоційно несприятливе реагування на спогади про те, що сталося під час війни, і агресивна поведінка. Визначено, що важливим індикатором психогігієнічної оптимальності організації навчальної діяльності учнів була наявність робочого місця, що суттєво впливало на рівень ознак посттравматичного стресового розладу, як загалом, так і за окремими складниками. Отже, раннє виявлення особливостей прояву ознак посттравматичного стресового розладу в дітей шкільного віку та своєчасне надання медико-психологічної допомоги сприятимуть поліпшенню психологічного благополуччя в умовах воєнного стану.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, стрес, психоемоційний стрес, діти шкільного віку, психологічне благополуччя особистості, психологічна допомога.

The current conditions require timely attention to risk factors and manifestations of post-traumatic stress disorder (PTSD). The article examines the peculiarities of psycho-emotional stress in school-age children during wartime. It emphasizes the importance of preserving life, ensuring physical health, and maintaining mental well-being.

The purpose of the article is to determine the specific features of PTSD manifestations in school-age children in different regions of Ukraine. The authors present a theoretical analysis of sources and various scientific works, covering both global and domestic experiences in the context of defining PTSD. Particular attention is paid to the concept of PTSD, its clinical manifestations, and the complex of factors contributing to its development.

It is argued that the child's psyche is characterized by heightened sensitivity and underdeveloped psychological defense mechanisms, which facilitate the faster onset of PTSD in children and adolescents and lead to a higher risk of severe and long-term consequences compared to adults. Attention is drawn to the fact that children who have experienced war show increased levels of anxiety, nightmares, aggressive reactions, or, conversely, emotional detachment. The article analyzes differences in the clinical presentation of PTSD in children and adolescents, which are determined by age-related psychological features and the level of cognitive and emotional development. Statistical data on PTSD diagnostic indicators in both adults and children are provided.

Analyzing the results of the empirical study, it was found that the most common signs of PTSD among children were difficulties with focusing and maintaining attention; emotionally unfavorable reactions to war-related memories; and aggressive behavior. It was also determined that an important indicator of the psycho-hygienic optimization of students' learning organization was the presence of a proper workspace, which significantly affected the severity of PTSD symptoms, both overall and in specific components.

Thus, the early identification of PTSD symptoms in school-age children and timely provision of medical and psychological support will contribute to improving psychological well-being under martial law.

Key words: post-traumatic stress disorder, stress, psycho-emotional stress, school-age children, psychological well-being, psychological support.

УДК 159.944.4-053.5-043.83:355.01(045)
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.76.26>
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Щербак О.О.

д.психол.н., старший дослідник, провідний науковий співробітник
Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України»

Кондрацька Л.В.

к.психол.н., доцент, доцент кафедри педагогіки, психології, початкової освіти та освітнього менеджменту
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

Постановка проблеми. В умовах пролонгованого впливу травматичного стресу провідними стають потреби збереження життя, забезпечення

фізичного та підтримання психічного здоров'я особистості. Повномасштабна війна, порушення територіальної цілісності держави, втрата близьких,

житла та засобів до існування виступають значущими психотравмувальними чинниками, які провокують інтенсифікацію афективних станів страху, тривоги, емоційного напруження та депресивних проявів.

Такі реакції притаманні не лише безпосереднім учасникам бойових дій, але й членам їхніх сімей, вимушено переміщеним особам та іншим категоріям населення, що перебувають під впливом вторинної травматизації [2].

Ми живемо в умовах постійного впливу хронічного стресу, а посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР), який донедавна для більшості залишався переважно теоретичним поняттям, нині набув реального, відчутного й особливо актуального значення. ПТСР – це віддалена або затяжна психічна реакція на екстремальну подію катастрофічного характеру, що становить реальну загрозу життю та здоров'ю, спричиняє інтенсивний психологічний дистрес у майже кожній людині. Цей розлад може розвинути як у дорослих, так і в дітей.

Дитяча психіка характеризується підвищеною вразливістю та недостатньою сформованістю механізмів психологічного захисту, що зумовлює швидший розвиток ПТСР в дітей і підлітків та підвищує ризик виникнення тяжких і більш тривалих наслідків порівняно з дорослими.

В умовах збройного конфлікту, постійної загрози та хронічного стресу проблема дитячого ПТСР набуває особливої актуальності. Дослідження свідчать, що в дітей, які пережили воєнні дії, спостерігається вищий рівень тривожності, нічних кошмарів, агресивних реакцій або, навпаки, емоційної відстороненості [10].

Аналіз джерел та останніх досліджень. Останніми роками проблема ПТСР в Україні набуває особливої гостроти, адже кількість осіб із цим діагнозом невпинно зростає і, за прогнозами, може збільшуватися в геометричній прогресії. Розлад часто залишається не діагностованим, що позбавляє постраждалих своєчасної і адекватної психологічної допомоги, істотно погіршує якість їхнього життя.

Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 41% українців зазнали психічних порушень, а 46% повідомили про погіршення стану здоров'я порівняно з довоєнним періодом [6]. Навіть більше, кожен четвертий українець перебуває в зоні ризику розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР, депресії, зловживання психоактивними речовинами та соматичних проблем. Дані внутрішніх досліджень додають важливі цифри. Так, приблизно 25% українців мають діагностичні ознаки ПТСР, а 57% перебувають у зоні ризику цього розладу [1]. Серед студентів цей показник досягає 27%, а серед дітей: 14,4% – у школярів, 15,4% – серед дошкільнят [5].

Аналіз літературних джерел засвідчив наявність наукових пошуків із проблеми стресу, травми та посттравматичного стресового розладу (Г. Сельє, Н. Тарабріна й інші); прояву

симптоматики ПТСР, діагностики та психотерапії (О. Бондарук, О. Вовченко; А. Гільман, Н. Кулеша); технології (методики) роботи із травмою (О. Іркін, В. Коваленко, Н. Корикін, А. Лимар, В. Самойлова, І. Ткаченко, О. Турініна, В. Чепурна, Д. Шпігель; Н. Яцук); теорії та методології копінг-поведінки та резилієнсу в корекції стресу (М. Лаад, Р. Лазарус, Р. Моос, С. Мадді, А. Мастен, С. Фолкман та інші). Прояви стресу досліджувались також у дітей і підлітків (М. Магомед-Емінов, І. Нікольська, Т. Панько, І. Силенок, Н. Коцур, К. Ясперс та інші).

Мета статті – визначення особливостей прояву ознак посттравматичного стресового розладу в дітей шкільного віку в різних регіонах України.

Матеріали і методи. В емпіричному дослідженні взяло участь 1 890 учнів 1–6-х класів (943 хлопця і 1 037 дівчат) віком від 6 до 12 років з усіх регіонів України.

Для оцінювання ознак психоемоційного стресу було використано:

1. Короткий скринінг для дітей/підлітків із психічною травмою чи PTSD Robert S. Pynoos, Alan M. Steinberg, 2020 р. (<https://www.reactionindex.com>), який складається з 11 запитань і розроблений на основі повного Індексу ПТСР-реакцій UCLA для DSM-5. Застосування скринінгу є простим і ефективним способом виявлення дітей і підлітків із ризиком розвитку ПТСР у різних ситуаціях та, у разі наявності показань, подальшого направлення їх на проходження повного оцінювання та доказового лікування травми.

2. Для оцінювання життєстійкості було використано Шкалу резильєнтності Коннора – Девідсона – 10, яка містить 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали із 25 пунктів. Вона складається з 10 тверджень, відповіді щодо яких даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «цілком неправильно» = 0 до «правильно майже завжди» = 4).

Виклад основного матеріалу. Посттравматичний стрес є типовою реакцією на переживання надзвичайно травматичних і загрозливих для життя подій. Уперше термін «посттравматичний стресовий розлад» з'явився у 1980 р. у третьому виданні «Діагностичного та статистичного довідника із психічних захворювань». М. J. Horowitz запропонував виділити такий розлад у самостійний синдром, назвав його посттравматичним стресовим розладом (post-traumatic stress disorder, PTSD). Надалі група авторів на чолі з М. J. Horowitz розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше (майже без змін) – для Міжнародної класифікації хвороб – 10 (далі – МКХ-10).

Раптова, масштабна й жорстока агресія з боку Росії, а також тривале перебування в ситуаціях із високим рівнем загрози життю й морально-психологічній безпеці зумовлюють появу в цивільного населення стійких станів емоційного дистресу, моральних страждань і порушення адаптивних механізмів особистості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, що виникає як відстрочена або тривала реакція на подію травматичного характеру, пов'язану з реальною або потенційною загрозою життю чи фізичній цілісності людини [3].

Не завжди людина здатна самостійно подолати наслідки сильного стресу, що інколи призводить до розвитку ПТСР. Однак цей розлад виникає далеко не в усіх, хто пережив екстремальну подію. Імовірність його формування визначається комплексом чинників, як-от:

- **індивідуально-психологічні особливості особистості** (рівень стресостійкості, емоційної регуляції, схильність до тривожності чи депресії);
- **суб'єктивна значущість події** для конкретної людини та її життєвого контексту;
- **біопсихічні характеристики** (тип нервової системи, стать, вік, фізіологічні реакції на стрес);
- **попередній досвід перебування в екстремальних ситуаціях** і його наслідки;
- **наявність або відсутність попередніх психічних травм, розладів, залежностей чи схильності до них**;
- **соціальна підтримка**. Відсутність підтримки від родини, друзів чи громади – один із найсильніших перед- і посттравматичних ризик-факторів ПТСР; відповідно, її присутність відіграє захисну роль;
- **соціальна когезія і взаємодія**. У спільнотах із високим рівнем спільності люди легше долають психологічні наслідки травми, тоді як ізольованість може загострювати реакції на травму.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у попередніх класифікаціях відносили до підгрупи тривожних розладів, що виникають у відповідь на рідкісні й екстремальні зовнішні події. Психологічна травма визначалась як наслідок впливу катастрофічних ситуацій, які перевищують адаптаційні можливості особистості [4].

У сучасній психологічній науці сформувалися два основні підходи до пояснення природи ПТСР:

1. Нормативний підхід: травматичні розлади розглядаються як природна реакція психіки на екстремальні події, що виходять за межі звичного досвіду [8].

2. Медико-патологічний підхід: ПТСР трактується як психічне захворювання, яке потребує професійного лікування та психологічної корекції [9; 14]. Деякі дослідники ПТСР вважають, що переживання людей, які зазнали впливу різних катастроф, війни, якщо навіть не отримали тілесних ушкоджень, безслідно для них не проходять. За деякий час – іноді навіть за кілька років після події – у таких осіб можуть формуватися стійкі невротичні та патохарактерологічні зміни. На цьому ґрунті нерідко розвиваються патологічні психоемоційні стани, що істотно впливають на якість життя та соціальне функціонування [3].

Посттравматичний стресовий розлад може мати як раптовий, так і поступовий початок, інколи проявлятися лише через тривалий час після трав-

матичної події. Симптоми часто активізуються у відповідь на нагадування про пережите – запах, слово, образ, місце чи ситуацію.

До типових ознак належать:

- епізоди нав'язливих спогадів і снів;
- хронічне відчуття «заціпеніння» та емоційної притупленості;
- соціальне відчуження, уникання контактів і діяльності, що асоціюється із травмою;
- тривога, депресивні прояви, суїцидальні думки;
- зловживання алкоголем або наркотичними речовинами;
- емоційна нестабільність – гнів, дратівливість, відчуття провини, сорому, недовіри, безвиході та «несправедливості долі» [7; 13].

ПТСР у дітей і підлітків має відмінності у клінічній картині, що зумовлені віковими особливостями психіки та рівнем розвитку когнітивних і емоційних процесів [11; 12].

1. Діти молодшого віку (до 6 років):

- ігрова ретравматизація – повторення елементів травми в сюжетно-рольових іграх;
- регресія – повернення до поведінкових реакцій більш раннього віку (енурез, енкопрез, страхи);
- соматичні скарги без органічної причини (головний біль, біль у животі);
- порушення сну – нічні жахи, страх засинати без батьків;
- емоційна лабільність або навпаки – емоційне «застигання».

2. Підлітки (12–18 років):

- агресивність та імпульсивність, конфліктність, ризикована поведінка;
- соціальна ізоляція, зниження інтересу до навчання й дозвілля;
- зловживання психоактивними речовинами як спосіб зменшення внутрішньої напруги;
- дисоціативні епізоди – відчуття нереальності подій чи відчуженості від власного тіла;
- суїцидальні наміри або спроби, особливо за тривалого перебігу ПТСР [4; 5].

Перший крок емпіричного дослідження полягав у визначенні нормативних діапазонів інтерпретації індивідуальних результатів щодо оцінювання ймовірної наявності ознак ПТСР (табл. 1), де нами було використано дані Всеукраїнського опитування, проведеного у квітні – травні 2023 р. за участі 1 890 учнів з усіх регіонів України.

Встановлено, що найменш поширеними ознаками ПТСР серед дітей були періодичне відчуття запаморочення, напади нестачі повітря, часті сечовипускання (1,13 бала за варіативності 0,50 бала). Найбільш поширеними ознаками ПТСР серед дітей були проблеми зі здатністю зосереджувати увагу, концентруватися (1,72 бала за варіативності 0,90 бала), емоційно несприятливе реагування на спогади про те, що сталося під час війни (1,57 бала за варіативності 0,90 бала), агресивна поведінка (1,52 бала за варіативності 0,85 бала).

Таблиця 1

Нормативні показники ознак ПТСР (у балах)

Рівень резильєнтності	Бали	Кількість дітей	Відповідний діапазон за відсотковим розподілом вибірки
Нижчий за середній	0	604	0–30,5%
Середній	1–4	810	31–75%
Вищий за середній	5–9	344	75,1–90%
Високий	10–34	222	90,1–100%

За результатами дисперсійного аналізу виявлено, що стать суттєво впливала на ознаки ПТСР, отже, діти легко засмучуються або вдаються до суперечок чи бійки ($1,57 \pm 0,03$ бала у хлопців та $1,48 \pm 0,03$ бала в дівчат; $F = 5,1$; $p = 0,024$), почувуються самотньо, навіть поруч з іншими людьми ($1,23 \pm 0,02$ бала у хлопців і $1,31 \pm 0,02$ бала в дівчат; $F = 6,1$; $p = 0,014$), важко засинають, часто прокидаються вночі ($1,11 \pm 0,02$ бала у хлопців і $1,16 \pm 0,03$ бала в дівчат; $F = 4,0$; $p = 0,045$).

Отримані результати свідчать, що вік дітей суттєво впливав на ознаки ПТСР, поступово знижувалася стійкість від першого до шостого класу. Так, частка дітей, які намагаються уникати людей, місць та речей, які нагадують про те, що сталося під час війни, зросла із 2 осіб (1,6%) у першому класі до 14,9% у шостому (табл. 2).

Також було виявлено дітей, яким важко концентруватися, зосереджувати увагу (43,7% у почат-

ковій школі, 53,6% – в основній (табл. 4)). Аналогічні тенденції характерні для всіх ознак ПТСР, провідною особливістю є найбільш інтенсивне зростання негативних тенденцій серед 11-річних учнів ($p < 0,05 \div 0,01$).

Варто також визнати, що в разі наявності зворотної кореляції між ознаками ПТСР і резильєнтності ($r = -0,38$, $p < 0,001$) мали місце різноманітні поєднання цих ознак у дітей. Так, за рівня резильєнтності нижче за середній 20,3% дітей мали низький рівень ознак ПТСР, 33,8% – середній, 22,5% – вищий за середній, 23,4% – високий. За середнього рівня резильєнтності 25,4% учнів мали низький рівень ознак ПТСР, 45,0% – середній, 19,2% – вищий за середній, 10,4% – високий. За високого рівня резильєнтності 47,3% учнів мали низький рівень ознак ПТСР, 39,7% – середній, 10,1% – вищий за середній, 2,8% – високий. Отримані дані свідчать про те, що підвищення рівня

Таблиця 2

Розподіл дітей з ознаками ПТСР, що намагаються уникати людей, місць та речей, які нагадують про те, що сталося під час війни (у %)

Розподіл ознак	Вік дітей							Школа		Загалом
	6 років	7 років	8 років	9 років	10 років	11 років	12 років	початкова	основна	
Не було	98,4	95,1	91,0	88,7	89,4	86,4	85,1	92,1	85,6	90,4
Поодинокі випадки	0,8	2,2	5,1	6,4	5,0	7,0	8,0	4,2	7,5	5,1
Іноді	0,8	1,4	2,7	2,6	4,0	4,7	3,0	2,4	3,9	2,8
Часто	0,0	0,5	0,6	1,0	1,0	0,8	3,5	0,6	2,2	1,0
Майже щодня	0,0	0,8	0,6	1,3	0,7	1,2	0,5	0,8	0,7	0,8
n =	124	368	335	391	303	258	201	1 445	535	1 980

Таблиця 3

Розподіл дітей з ознаками ПТСР, що легко засмучуються або вступають у суперечки чи бійки (%)

Розподіл ознак	Вік дітей							Школа		Загалом
	6 років	7 років	8 років	9 років	10 років	11 років	12 років	початкова	основна	
Не було	72,6	66,8	68,4	68,0	62,7	55,0	62,2	67,8	57,8	65,1
Поодинокі випадки	16,1	22,8	23,9	23,0	23,1	27,9	22,4	22,4	25,8	23,3
Іноді	7,3	6,5	5,7	6,9	7,6	10,5	8,0	6,6	9,2	7,3
Часто	2,4	2,4	1,8	1,5	5,6	4,7	6,0	2,4	5,6	3,3
Майже щодня	1,6	1,4	0,3	0,5	1,0	1,9	1,5	0,8	1,7	1,1
n =	124	368	335	391	303	258	201	1 445	535	1 980

Таблиця 4

Розподіл дітей з ознаками ПТСР, яким важко концентруватися, зосереджувати увагу (%)

Розподіл ознак	Вік дітей							Школа		Загалом
	6 років	7 років	8 років	9 років	10 років	11 років	12 років	початкова	основна	
Не було	60,5	57,1	54,6	54,7	55,8	45,7	46,3	56,3	46,4	53,6
Поодинокі випадки	29,8	29,9	30,7	26,6	22,8	29,1	31,8	28,1	29,2	28,4
Іноді	5,6	8,4	9,3	13,8	15,2	15,9	13,9	10,7	15,5	12,0
Часто	4,0	3,8	4,5	4,1	4,0	6,2	5,0	3,9	6,0	4,4
Майже щодня	0,0	0,8	0,9	0,8	2,3	3,1	3,0	1,0	3,0	1,5
n =	124	368	335	391	303	258	201	1 445	535	1 980

резильєнтності веде до зменшення рівня ознак ПТСР в дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Установлено, що складники резильєнтності впливали ($p < 0,001$) на такі ознаки ПТСР, як намагання уникати людей, місць та речей, які нагадують дітям про те, що сталося під час війни; вдавання у сварки чи бійки; складнощі з концентруванням, зосередженням уваги; сум чи страх через речі, що нагадують їм про те, що сталося; утрата здатності радіти чи відчувати любов; намагання не думати та навіть не відчувати нічого стосовно того, що сталося; поява неприємних відчуттів, як-от прискорене серцебиття, головний біль або біль у животі, через згадку про те, що сталося; думки на кшталт: «Я ніколи не зможу довіряти іншим людям»; почуття самотності, навіть коли поруч з іншими людьми; гнітючі думки, образи чи звуки того, що сталося, коли цього не хочуть. Стосовно впливу складників резильєнтності на такі ознаки, як проблеми з апетитом (відсутній / надмірний); нав'язливі думки, рухи, дії; періодичні відчуття запаморочення, напади нестачі повітря, часті сечовипускання; складнощі із засинанням, переривчастий сон – не встановлено.

Водночас дія окремих складників резильєнтності мала іноді парадоксальний вплив на ознаки ПТСР. Так, діти, які щодня намагаються уникати людей, місць та речей, які нагадують їм про те, що сталося під час війни, мають найнижчий рівень

($0,10 \pm 0,02$ бала) здатності адаптуватися до змін і найвищий ($0,32 \pm 0,06$ бала) – хто мав лише поодинокі випадки. Діти, які стверджували про відсутність прагнення уникати, мали середній рівень ($0,19 \pm 0,05$ бала) здатності адаптуватися до змін. Аналогічні тенденції мали місце майже за всіма складниками.

У результаті проведеного аналізу ситуації в різних регіонах України встановлено, що найнижчий рівень резильєнтності ($F = 2,4$, $p = 0,018$) був у місті Харкові ($1,99 \pm 0,06$ бала), найвищий у Львові ($2,19 \pm 0,07$ бала). Водночас найнижчий рівень ознак ПТСР був у місті Львові ($1,8 \pm 0,09$ бала), а найвищий – у місті Харкові ($2,13 \pm 0,08$ бала). Найбільша частка учнів із низьким рівнем резильєнтності – 26,2% (табл. 5), мала частка учнів із рівнем резильєнтності вище за середній – 25,5%.

Протилежна тенденція мала місце за рівнем ознак ПТСР в дітей. За найменшої частки ознак ПТСР за рівнем нижче за середній – 25,5% (табл. 6) серед учнів міста Харкова вони мали найбільшу частку з рівнями вище за середній і високим (31,1%). У Львові лише 13,3% учнів мали ознаки ПТСР за рівнями вище за середній і високим, майже найбільша, порівняно з іншими регіонами, частка учнів з ознаками ПТСР нижче за середній (38,7%).

Навчання в різних освітніх закладах у межах одного міста (досліджено на прикладі загальноосвітніх закладів Новобаварського району міста

Таблиця 5

Розподіл рівнів резильєнтності серед учнів різних регіонів України (%)

Регіони України	Рівень резильєнтності		
	нижче за середній	середній	вище за середній
м. Харків	26,2	48,2	25,5
Київська область	22,2	49,6	28,2
Черкаська область	20,0	44,4	35,6
Рівненська область	18,1	50,0	31,9
м. Львів	20,0	41,3	38,7
Волинська область	23,5	51,5	25,0
Вінницька область	17,6	54,8	27,6

Таблиця 6

Розподіл ознак ПТСР серед учнів різних регіонів України (%)

Регіони України	Рівень ознак ПТСР			
	нижче за середній	середній	вище за середній	високий
м. Харків	25,5	43,3	23,4	7,8
Київська область	34,2	41,5	15,4	9,0
Черкаська область	36,3	37,8	21,5	4,4
Рівненська область	33,8	42,9	13,8	9,5
м. Львів	38,7	48,0	8,0	5,3
Волинська область	39,7	35,3	14,7	10,3
Вінницька область	36,2	43,2	14,3	6,3

Харкова) не впливало на рівень резильєнтності й ознак ПТСР. Не впливала й форма залучення до освітнього процесу. У більшості учнів міста Харкова основної та старшої школи навчальний процес проходить онлайн (58,6%), проводиться в їхній школі (учитель проводить уроки в режимі реального часу за допомогою ZOOM або інших платформ для відео) (табл. 7).

Важливим індикатором психогігієнічної оптимальності організації навчальної діяльності учнів була наявність робочого місця (табл. 8), що можна розглядати як готовність та спроможність родини

організувати навчальну діяльність дітей в умовах війни, яке не мало вагомого впливу на рівень резильєнтності, але суттєво впливало на рівень ознак ПТСР, як загалом, так і за складниками.

Отримані результати свідчать, що засоби навчання більш суттєво впливали на рівень резильєнтності учнів (табл. 9). Одним із найбільш розповсюджених засобів навчання для дівчат є зошити (70,8%), для хлопців – комп'ютер/ноутбук (74,5%).

Висновки. В умовах воєнних дій, що тривають, особливо важливим є своєчасне визначення особливостей прояву симптомів посттравматичного

Таблиця 7

Питома вага учнів за різних форм організації навчальної діяльності (%)

Форми організації навчальної діяльності учнів	хлопці	дівчата	разом
Ходять до школи	2,1	5,1	3,8
Усеукраїнська школа онлайн	11,3	9,6	10,3
Уроки онлайн, що проводяться в їхній школі	85,8	90,4	88,4
Дистанційне навчання в асинхронному режимі.	17,0	12,4	14,4
Завдання для самостійної роботи в соціальних мережах та месенджерах на кшталт Viber, Facebook та інших	13,5	13,5	13,5
Індивідуальне навчання на постійній основі	3,5	1,1	2,2
Заняття з репетитором (онлайн, очно)	8,5	14,0	11,6
Навчаються самостійно	4,3	6,7	5,6

Таблиця 8

Показники наявності робочого місця для навчальної діяльності (%)

Місце для занять	хлопці	дівчата	разом
Окрема кімната	63,8	60,1	61,8
Постійне місце для занять	31,2	35,4	33,5
Навчаються там, де є місце на час занять	4,3	4,5	4,4
Не навчаються	0,7	0,0	0,3

Таблиця 9

Види засобів для навчальних занять

Засоби для навчальних занять	хлопці	дівчата	разом
Смартфон/iPhone	57,4	61,2	59,6
Планшет/iPad	14,9	30,3	23,5
Комп'ютер/ноутбук	74,5	61,8	67,4
Телевізор	1,4	0,6	0,9
Підручники	61,0	73,0	67,7
Зошити	61,7	78,1	70,8

стресового розладу серед дітей шкільного віку, що забезпечує ефективність профілактичних і корекційних заходів. Для раннього виявлення дітей, які входять до групи підвищеного ризику розвитку ПТСР, варто використовувати скринінгові дослідження як складник цілісної системи моніторингу психологічного благополуччя дітей різного віку.

Установлено, що найбільш поширеними ознаками ПТСР серед дітей були проблеми зі здатністю зосереджувати увагу, концентруватися; емоційно несприятливе реагування на спогади про те, що сталося під час війни, агресивна поведінка. Також виявлено, що вік дітей суттєво впливав на ознаки ПТСР, поступово знижуючи стійкість від першого до шостого класу. Визначено, що важливим індикатором психогігієнічної оптимальності організації навчальної діяльності учнів була наявність робочого місця, що суттєво впливало на рівень ознак ПТСР як загалом, так і за окремими складниками. За наявності несприятливого поєднання цих чинників ризик розвитку ПТСР значно зростає, а відсутність своєчасної психологічної чи медичної допомоги може спричинити хронізацію симптомів і суттєве зниження якості життя.

Отже, раннє виявлення особливостей прояву ознак посттравматичного стресового розладу в дітей шкільного віку та своєчасне вирішення питання про надання медико-психологічної допомоги сприятимуть поліпшенню психологічного благополуччя в умовах воєнного стану.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Варгова Л., Йозеф'якова Б., Лачний М., Адамкович М. Шкала стресу, пов'язаного з війною. *BMC Psychol.* 2024. № 12 (1). Р. 208. DOI: 10.1186/s40359-024-01687-9.
2. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення / О. Кокун та ін. Київ : НДЦ ТП ЗСУ, 2017. 282 с.
3. Корольчук О. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід.* 2016. Вип. 17. С. 104–111.
4. Марціновська І. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інсти-*

туту соціальних технологій Університету «Україна». 2017. Вип. 14. С. 223–227.

5. Меріанс А.Н, Спіллер Т., Гарпаз-Ротем І., Кристал Дж.Х., П'єтшак Р.Х. Посттравматичний стресовий розлад. *Мед. Клін. Норм. Ам.* 2023. № 107 (1). С. 85–99. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.04.003.
6. Психічне здоров'я дітей і підлітків, переміщених через збройний конфлікт в Україні : аналітичний звіт / Міністерство охорони здоров'я України ; UNICEF. Київ : МОЗ України, 2023. 52 с.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* 5th ed. Arlington : APA, 2013. 947 p.
8. Bisson J.I. Post-traumatic stress disorder. *Bmj*, 2007. Vol. 334 (7597). P. 789–793.
9. Lewis C., Roberts N.P., Andrew M., Starling E., Bisson J.I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 2020. Vol. 11 (1). URL: <http://surl.li/hmnee> (дата звернення: 18.12.2022).
10. Meghan L., Marsac M., Donlon K., Hildenbrand A., Winston F., Kassam-Adams N. Understanding recovery in children following traffic-related injuries: Exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2014. № 19 (2). P. 233–243.
11. Perrin S., Smith P., Yule W. The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000. Vol. 41 (3). P. 277–289.
12. Pynoos R.S., Steinberg A.M., Layne C.M. PTSD in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*. 2014. Vol. 37 (3). P. 225–242.
13. Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings / World Health Organization. Geneva : WHO, 2023. 64 p.
14. Wright L.A., Sijbrandij M., Sinnerton R., Lewis C., Roberts N.P., Bisson J.I. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder : a systematic review and meta analysis. *Translational psychiatry*. 2019. Vol. 9 (1). P. 334.

Стаття надійшла в редакцію: 29.08.2025

Стаття прийнята: 17.09.2025

Опубліковано: 23.10.2025