

**Тарнавська О. В.**

*доктор філософії з психології (PhD) старший науковий співробітник  
лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації  
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

## **НАСЛІДКИ ПСИХОТРАВМІВНОГО ВПЛИВУ ВІЙНИ В УЧНІВ СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ**

У сучасних соціально-політичних умовах проблема збереження психічного здоров'я дітей набуває особливої актуальності, що обумовлено тривалим та інтенсивним впливом воєнних дій на всі сфери життєдіяльності суспільства. Як відомо, пережиті в дитинстві психологічні травми залишають глибокий відбиток на подальшому дорослому житті. Непропрацьовані дитячі травми спричиняють невпевненість, страх, стають на заваді здоровому відношенню до самого себе та оточення. Враховуючи сучасні наукові дослідження, слід констатувати, що війна виступає потужним психотравмуючим фактором, який порушує базове відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності світу, що є критично важливими умовами нормального психічного розвитку дитини.

На нашу думку особливо вразливою категорією є учні середньої ланки (10–15 років) загальноосвітньої школи, оскільки саме в цьому віці відбувається інтенсивне формування особистісної ідентичності, системи цінностей, механізмів саморегуляції та соціальної взаємодії. Підлітковий вік характеризується підвищеною емоційною чутливістю, нестабільністю самооцінки та потребою у соціальному визнанні. Відповідно психотравматичний вплив війни в цей період може мати довготривалі та системні наслідки, які проявляються у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах. За даними UNICEF (2023) отриманими в Україні, кожна друга дитина має ознаки емоційного стресу, значна кількість дітей повідомляє про порушення сну, поширеними є страхи, які пов'язані з безпекою та майбутнім [6].

Психотравма як психологічний феномен згідно класифікації American Psychiatric Association, є наслідком переживання подій, пов'язаних із реальною або потенційною загрозою життю, що перевищують адаптаційні можливості особистості та можуть супроводжуватися розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Психотравма війни характеризується тривалістю, повторюваністю та непередбаченістю впливу, що відрізняє її від одноразових травматичних подій.

Враховуючи сучасні досягнення нейропсихології та психіатрії, можна стверджувати, що психотравма має не лише психологічну, але й чітко визначену нейробиологічну основу. Зокрема, дослідження Bessel van der Kolk, Joseph LeDoux та Ruth Lanius переконливо доводять, що травматичний досвід призводить до функціональних і структурних змін у ключових мозкових системах, відповідальних за емоції, пам'ять і регуляцію поведінки [3, 4, 7]. При цьому, найбільш значущими є зміни у трьох взаємопов'язаних структурах: мигдалеподібному тілі, гіпокампі та префронтальній корі. Мигдалеподібне тіло (amygdala) є центральною структурою, яка відповідає за обробку страху та загрози. Дослідження Joseph LeDoux показали, що саме ця структура відіграє ключову роль у формуванні реакцій страху [4]. У підлітків, які пережили травму, спостерігається підвищена реактивність на нейтральні стимули, гіперчутливість до потенційної небезпеки, постійна активація системи «бій або тікай». Враховуючи ці дані, можна зробити висновок, що гіперактивність мигдалеподібного тіла є нейробиологічною основою таких симптомів, як тривожність, гіперпильність та емоційна нестабільність.

Префронтальна кора відповідає за контроль емоцій, прийняття рішень, регуляцію поведінки. Згідно з дослідженнями Ruth Lanius, у пацієнтів із ПТСР спостерігається зниження активності цієї ділянки мозку [3]. Це пояснює труднощі самоконтролю, імпульсивність, неможливість раціонально переосмислити травматичний досвід. Таким чином, порушення функціонування префронтальної кори призводить до домінування емоційних реакцій над когнітивними.

Гіпокамп відіграє ключову роль у формуванні пам'яті та контекстуалізації досвіду. У роботах Bessel van der Kolk та інших дослідників встановлено, що у людей із ПТСР часто спостерігається зменшення об'єму гіпокампу. Це призводить до фрагментарності спогадів, труднощів розмежування «минулого» і «теперішнього», виникнення флешбеків. Враховуючи ці дані, можна стверджувати, що порушення роботи гіпокампу є основою нав'язливих травматичних спогадів. У дослідженнях підкреслюється те, що травматичний досвід не лише фіксується на рівні пам'яті, але й інтегрується у тілесні та емоційні реакції, формуючи стійкі патерни реагування на стрес [7]. Психотравма призводить до втрати маси нейронів в орбітофронтальній корі, амигдалі, парагіпокампі, середній звивині та нижній лобній ділянці, що формує вкрай низьку стресостійкість [1]. Це дозволяє зробити висновок про багаторівневу природу психотравми, яка охоплює когнітивні, афективні та соматичні компоненти.

Психотравма може сприяти розвитку психосоматичних захворювань. Психотравма спричиняє стрес, який призводить до порушення

нейрогуморальної регуляції органів; внутрішній конфлікт викликає метафоричні реакції підсвідомості на загрозливу ситуацію; депресивний стан ослаблює захисні сили організму та спричиняє зрив функціонування будь якого органу за принципом слабкої ланки і таким чином сприяє виникненню психосоматичних захворювань [1].

Вітчизняні дослідники підкреслюють, що війна спричиняє не лише індивідуальні травми, а й феномен колективної травматизації, який включає вторинну травматизацію та трансгенераційний вплив. В українському контексті трансгенераційна травма формується під впливом низки історичних подій, серед яких особливе місце займають Голодомор 1932–1933 років, Друга світова війна, радянські репресії та сучасна російсько-українська війна. Ці події сприяли формуванню колективної травматичної пам'яті, яка передається через сімейні історії, культурні наративи та моделі виховання. Підлітки можуть несвідомо відтворювати поведінкові стратегії своїх батьків або прабаб'яків, зокрема уникання або гіперпильність.

За даними досліджень українських вчених та безпосередніми спостереженнями вчителів, негативними наслідками війни у підлітків, які не змінювали місце постійного проживання, так само як і у дітей внутрішньо переміщених осіб є високий рівень тривожності, емоційної напруженості, знижений настрій та рівень активності, підвищена дратівливість, швидка втомлюваність, невпевненість у собі, труднощі з концентрацією уваги, труднощі в комунікативній сфері. Цьому сприяє і хронічне недосипання через повітряні тривоги, надмірне занурення у віртуальний простір та домінування спілкування в соціальних мережах. Це, своєю чергою, спричиняє порушення природної системи соціальних взаємодій, віддалення від реального життя, зниження мотивації до навчання і, як наслідок, може призводити до соціальної дезадаптації дитини [2].

В той же час, згідно з дослідженнями Ann Masten, розвиток дитини характеризується наявністю як факторів вразливості, так і ресурсів стійкості (резильентності), що визначають індивідуальні траєкторії адаптації після пережитих травматичних подій. У своїх роботах дослідниця підкреслює, що резильентність не є винятковою або рідкісною рисою, притаманною лише окремим дітям, а радше виступає «звичайною магією» (ordinary magic), тобто результатом функціонування базових адаптивних систем розвитку – сім'ї, школи, соціального оточення, культурних норм і підтримувальних взаємин. Зокрема, серед ключових ресурсів стійкості Ann Masten виокремлює наявність безпечної прив'язаності до дорослих, позитивні взаємини з однолітками, розвиток саморегуляції, когнітивну гнучкість, а також, доступ до освітнього середовища, що підтримує. В умовах війни ці системи часто

зазнають порушень або значного навантаження, що підвищує ризик дезадаптації. Водночас навіть у кризових обставинах збереження або відновлення таких ресурсів може суттєво пом'якшувати наслідки психотравмивного впливу. Отже, з позиції цього підходу, наслідки пережитих травматичних подій у підлітковому віці не є однозначно детермінованими та залежать від балансу між ризиковими чинниками (інтенсивність і тривалість травматичного досвіду, втрати, нестабільність середовища) та захисними ресурсами (підтримка сім'ї, соціальні зв'язки, індивідуальні психологічні характеристики) [5]. Такий висновок має важливе значення, оскільки акцентує увагу не лише на подоланні негативних наслідків війни, а й на розвитку й підтримці резильєнтності, як ключового напрямку психологічної допомоги підліткам в умовах війни.

### **Список використаних джерел:**

1. Практикум з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму / за ред. О. С. Чабана. Київ : Доктор-Медіа-Груп, 2017. 149 с.

2. Психологічне діагностування проявів адаптаційних розладів у суб'єктів освітнього простору в умовах воєнного стану і післявоєнного відновлення країни : практичний посібник / Н. В. Пророк, С. Т. Бойко, О. В. Гнатюк, О. І. Купреєва, Л. Ф. Курило, М. В. Папуча, В. І. Полякова, О. А. Столярчук, Л. Г. Царенко, О. Ю. Чекстере ; за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 220 с.

3. Lanius R. A., Vermetten E., Pain C. The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

4. LeDoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York : Simon & Schuster, 1996. 384 p.

5. Masten A. Ordinary Magic: Resilience in Development. New York : Guilford Press, 2014. 370 p.

6. UNICEF. The State of the World's Children 2023. New York, 2023.

7. van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking, 2014. 464 p.