

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи і психології
Кафедра психології та педагогіки

Магістерська робота

Освітній ступінь – магістр

на тему: «ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ
СИМПТОМИ У ДІТЕЙ»

Виконала: студентка 2-го року навчання
Спеціальності 053 Психологія
Сардер Анастасія Олександрівна

Науковий керівник: Богданов С.О.,
кандидат психологічних наук

Рецензент:
кандидат психологічних наук

Магістерська робота захищена з оцінкою
“ _____ ”

Секретар ЕК

“ _____ ” _____ 2026 р.

Київ - 2026

АНОТАЦІЯ

Магістерська робота присвячена дослідженню взаємозв'язку травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку, які зростають в умовах війни.

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз сучасних психодинамічних та біопсихосоціальних підходів до розуміння психосоматичних симптомів у дітей. Розглянуто поняття психосоматичних і функціональних соматичних симптомів, роль порушень афективної, емоційної та вегетативної регуляції у формуванні психосоматичних проявів, а також вплив травматичного досвіду на психічне та соматичне функціонування дитини. Визначено, що психосоматичні симптоми є результатом складної взаємодії психологічних, нейрофізіологічних та соціальних чинників, а травматичний досвід виступає одним із важливих факторів їх формування та підтримання.

У другому розділі представлено результати якісного та кількісного етапів дослідження. Тематичний аналіз інтерв'ю з експертами та батьками дозволив виокремити ключові теми, пов'язані з психосоматичними проявами у дітей в умовах війни, зокрема сенсорну гіперчутливість, хронічну настороженість, труднощі емоційної регуляції, значущість сімейного емоційного клімату та переживання втрати. Результати кількісного етапу засвідчили наявність статистично значущих взаємозв'язків між інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей та показниками посттравматичного стресу, депресії й емоційного перевантаження у батьків. Водночас висунута гіпотеза щодо сильнішого зв'язку психосоматичних симптомів із кумулятивною кількістю пережитих травматичних подій не знайшла статистичного підтвердження. Отримані результати свідчать, що психосоматичні симптоми у дітей тісніше пов'язані з рівнем актуального травматичного дистресу та регуляторного перевантаження, ніж із самою кількістю пережитих травматичних подій.

У третьому розділі розроблено програму психоедукаційного психологічного тренінгу для батьків дітей, які пережили травматичний досвід. Програма спрямована на підвищення психологічної обізнаності щодо психосоматичних проявів у дитячому віці, розвиток навичок емоційної підтримки дітей та профілактику хронізації психосоматичних симптомів. Програма адаптована до умов роботи з батьками дітей молодшого шкільного віку в умовах воєнного контексту.

Ключові слова: *психосоматичні симптоми, функціональні соматичні симптоми, травматичний досвід, дитяча травма, емоційна регуляція, посттравматичний стрес, діти молодшого шкільного віку, війна, психоедукація, психологічний супровід.*

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ СИМПТОМИ У ДІТЕЙ	11
1.1. Поняття психосоматичних та функціональних соматичних симптомів у дітей	11
1.2. Порушення регуляторних механізмів афективної, емоційної та вегетативної сфер як основа психосоматичних реакцій у дітей	15
1.3. Травматичний досвід у дитячому віці як чинник порушення регуляторних механізмів афективної, емоційної та вегетативної сфер	23
Висновки до Розділу I	33
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ У ДІТЕЙ	36
2.1. Організація, етапи та методи дослідження	36
2.2. Результати якісного етапу дослідження	40
2.3. Опис результатів кількісного етапу дослідження	47
2.4. Аналіз взаємозв'язку між травматичним досвідом та психосоматичними симптомами у дітей	51
Висновки до Розділу II	56
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА ПСИХОЕДУКАЦІЙНОГО ТРЕНІНГУ ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД	59
3.1. Методологічна основа психоедукаційного тренінгу	59
3.2. Опис програми тренінгу	63
Висновки до Розділу III	68
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ	86

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Дитинство є критичним періодом психічного та соматичного розвитку, коли переживання стресових і травматичних подій здатне залишати тривалі наслідки для здоров'я дитини. Сучасні психологічні та клінічні дослідження засвідчують, що травматичний досвід, пережитий у дитячому віці, пов'язаний із підвищеним ризиком формування психосоматичних симптомів, які нерідко зберігаються й у подальші періоди життя. Психологічна травма часто проявляється через функціональні соматичні скарги без чітко визначеної органічної причини, а це ускладнює своєчасне виявлення психологічних чинників порушення та призводить до фрагментарного розуміння його походження.

Тривалий воєнний контекст формує для дитини розвиткове середовище з підвищеним психотравмуючим навантаженням, у якому психосоматичні симптоми набувають особливої значущості. Війна створює хронічно небезпечні та нестабільні умови розвитку, де поєднуються різні потенційно травматичні чинники: загроза життю, вимушене переселення, розлука з близькими, втрата дому, порушення звичного ритму життя. У такому середовищі психіка й організм дитини реагують не лише емоційними чи поведінковими змінами, а й тілесними проявами: скаргами на біль, порушеннями сну, вегетативними реакціями, функціональними соматичними розладами.

Водночас психосоматичні симптоми в дітей часто залишаються нерозпізнаними. Скарги дитини нерідко тлумачать виключно в соматичній площині, не враховуючи психологічних і травмуючих чинників. Це особливо характерно для дитячого віку, коли можливості вербалізації емоційного досвіду обмежені, а тілесний симптом стає провідним способом вираження психічного напруження. Унаслідок цього психологічна складова порушення залишається поза увагою, що ускладнює своєчасне надання комплексної допомоги.

Попри зростання кількості наукових праць про наслідки травматичного досвіду в дітей, значна їх частина зосереджена на підлітковому віці та симптомах посттравматичного стресового розладу. Натомість психосоматичні прояви в дітей молодшого шкільного віку вивчені значно менше, особливо за умови поєднання кількох травматичних чинників. Сучасні підходи дедалі частіше звертаються до концепції кумулятивної (комплексної) травми, у межах якої обговорюють роль накопичення травматичних подій у психічному та соматичному функціонуванні дитини.

В українському науковому просторі дослідження психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни залишаються обмеженими, а прикладні психоедукаційні підходи до підтримки сімей потребують подальшої систематизації та емпіричного обґрунтування. Зарубіжні дослідження розглядають цю проблему у взаємозв'язку з раннім травматичним досвідом, кумулятивною травматизацією та сімейними чинниками. Зокрема, у працях Г. Ейлерс, М. Ан-Гет-Рот, Б. ван дер Єроніма показано зв'язок раннього травматичного досвіду з підвищеним ризиком формування психосоматичних і функціональних соматичних симптомів. Дослідження П. С. Грінмана, А. Ренці, С. Монако, Ф. Лусіні та М. ді Трані акцентують роль сімейного середовища, якості емоційної підтримки й особливостей прив'язаності в процесах соматизації після травми.

Українські дослідження цієї проблеми представлені меншою кількістю праць і мають переважно клініко-описовий характер. О. Масік, Л. Пипа та Ю.Лисиця аналізують клінічні прояви психосоматичних розладів у дітей і підлітків та їхній зв'язок із тривожно-депресивними й астено-невротичними симптомами. О. Якимчук і Т. Ханецьких частково висвітлюють роль сімейних чинників у формуванні психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку, а В. Прокопов окреслює особливості таких симптомів у дітей раннього віку.

Попри появу сучасних емпіричних досліджень впливу травматичного стресу на психічне та соматичне здоров'я дітей в умовах війни, зокрема праць Н. Шлієнкової та співавторів (2025), де враховано кумулятивність травматичних чинників, специфіка взаємозв'язку кумулятивного травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку залишається недостатньо диференційованою.

Отже, теоретична та практична значущість проблеми психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни, необхідність поглиблення розуміння взаємозв'язку травматичного досвіду та психосоматичних проявів, а також недостатня розробленість цієї проблематики у вітчизняній психологічній науці зумовили вибір теми магістерського дослідження: «Вплив травматичного досвіду на психосоматичні симптоми у дітей».

Об'єкт дослідження: психічне та соматичне здоров'я дітей.

Предмет дослідження: психосоматичні симптоми у дітей віком 6–10 років та їх взаємозв'язок із травматичним досвідом в умовах війни.

Метою дослідження є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв'язок травматичного досвіду і психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни, а також розробити програму психоедукаційного тренінгу для батьків дітей.

Гіпотеза: передбачається, що кумулятивний травматичний досвід (кількість пережитих травматичних подій) має асоціацію з інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей віком 6–10 років.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння взаємозв'язку травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей.

2. Визначити особливості впливу травматичного досвіду на психосоматичні симптоми у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни.
3. Емпірично дослідити взаємозв'язок між кількістю пережитих травматичних подій, рівнем травматичного дистресу та психосоматичними симптомами у дітей віком 6–10 років.
4. Розробити програму психоедукаційного тренінгу для батьків дітей молодшого шкільного віку.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення психодинамічного підходу та біопсихосоціальної моделі здоров'я, у межах яких психосоматичні симптоми у дітей розглядаються як результат взаємодії психологічних, нейрофізіологічних і соціальних чинників.

У роботі використано уявлення про психосоматичні механізми, сформульовані в класичних і сучасних психоаналітичних та психосоматичних концепціях (Ф. Александер, Д. Віннікот, Т. Шторк), а також сучасні підходи до розуміння взаємозв'язку травматичного досвіду й тілесних симптомів (Б. ван дер Колк). Біопсихосоціальна модель здоров'я (G. Engel) застосовується як інтегративна методологічна рамка для аналізу психосоматичних симптомів у дитячому віці в умовах кумулятивного травматичного впливу.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань дослідження було використано наступні **методи**: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел); емпіричні (фрілістинг із використанням елементів напівструктурованого інтерв'ю; психодіагностичне опитування із застосуванням методик CATS, SHIELD та MNAI); методи якісного аналізу (рефлексивний тематичний аналіз за В. Браун і В. Кларк); методи математичної статистики (описова статистика, критерій Шапіро-Вілка, кореляційний аналіз Спірмена) та методи якісного аналізу отриманих результатів.

Емпірична база дослідження. У якісному етапі дослідження взяли участь 8 фахівців (дитячі психологи, психотерапевти та психосоматологи) та 15

батьків дітей. У кількісному етапі дослідження взяли участь 50 батьків або законних представників дітей віком 6–10 років. Збір емпіричних даних здійснювався в онлайн-форматі.

Наукова новизна дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про психосоматичні симптоми у дітей молодшого шкільного віку в умовах війни та доповненні наявних даних щодо чинників, пов'язаних із їх проявами. Отримані результати дозволили уточнити роль травматичного досвіду та сімейного контексту у формуванні психосоматичних симптомів у дітей.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання розробленої програми психоедукаційного тренінгу у практичній діяльності психологів, психотерапевтів, фахівців освітніх закладів, а також соціальних працівників. Отримані результати можуть бути використані з метою раннього виявлення психосоматичних симптомів у дітей, підвищення психологічної обізнаності батьків щодо тілесних форм реагування на травматичний досвід та профілактики хронізації психосоматичних симптомів у дитячому віці.

Апробація результатів дослідження. Основні положення магістерської роботи викладено у тезах «Сімейний конфлікт як комунікативний та регуляторний чинник психосоматичних симптомів у дітей», опублікованих у матеріалах XXII Міжнародної науково-практичної конференції «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика» (Київ, Національний університет «Києво-Могилянська академія», 20 лютого 2026 р.).

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг основного тексту становить 71 сторінок. Список використаних джерел містить 104 найменувань.

У процесі підготовки кваліфікаційної роботи використовувалися системи штучного інтелекту Claude (Anthropic) та ChatGPT (OpenAI) для додатково пошуку, систематизації та розширення наукової літератури, редагування і

стилістичного вдосконалення тексту. Усі запропоновані ШІ формулювання та рекомендації були критично переосмислені, відредаговані та верифіковані автором. Теоретичний аналіз, якісний аналіз інтерв'ю, статистична інтерпретація результатів, висновки та авторська позиція у роботі є самостійним науковим продуктом автора. Джерела, запропоновані або згадані системами штучного інтелекту, перевірялися за оригінальними науковими публікаціями та базами даних перед включенням до роботи.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ СИМПТОМИ У ДІТЕЙ

1.1 Поняття психосоматичних та функціональних соматичних симптомів у дітей

Психосоматичні симптоми визначаються як тілесні скарги або розлади, що виникають чи посилюються під впливом психологічних чинників за відсутності достатнього соматичного пояснення.

У науковій літературі для опису психосоматичних симптомів застосовувалися різні терміни, зокрема “соматизація”, “конверсія”, “істерія”, “соматоформні розлади”. У сучасних міжнародних діагностичних системах, зокрема DSM-5, ці явища представлені низкою окремих діагностичних категорій, об’єднаних навколо розладу соматичних симптомів (Somatic Symptom and Related Disorder, SSD).

Відсутність єдиної узгодженої термінологічної рамки ускладнює міждисциплінарне дослідження психосоматичних явищ. З огляду на це в сучасній науковій літературі використовується узагальнений “парасольковий” термін *функціональні соматичні симптоми*, яким позначають медично не пояснені фізичні симптоми, не зумовлені органічним захворюванням (Kozłowska et al., 2020). У межах цієї роботи також застосовується зазначене узагальнене поняття.

У цьому контексті поняття “функціональний” означає порушення регуляції фізіологічних систем організму за відсутності структурного ушкодження. Такі симптоми можуть бути клінічно значущими та призводити до істотного порушення повсякденного функціонування, незважаючи на нормальні результати стандартних медичних обстежень. Такий феномен розбіжності між клінічно значущими скаргами та відсутністю об’єктивних соматичних знахідок

підкреслює обмеженість виключно біомедичної, редукціоністської моделі пояснення психосоматичних симптомів.

Важливо підкреслити, що функціональні соматичні симптоми є реальними та клінічно значущими, й супроводжуються суб'єктивно відчутними стражданнями. Вони не є результатом свідомої симуляції або навмисного перебільшення симптомів (Marty, 1968; Nemiah, 1977). У сучасних підходах психосоматичні розлади розглядаються як несвідомі тілесні реакції на стресові або травматичні впливи, що виникають внаслідок складної взаємодії психічних і фізіологічних процесів (Lassmann, 2022). Дитина не контролює появу таких симптомів: вони формуються мимоволі та виконують регуляторну функцію в умовах емоційного перевантаження.

Функціональні соматичні симптоми у дітей можуть проявлятися з боку різних органів і систем. Найчастіше вони включають больові синдроми (зокрема головний та абдомінальний біль); вегетативні прояви (серцебиття, запаморочення, нудота, пітливість, порушення дихання); функціональні шлунково-кишкові розлади; стани підвищеної стомлюваності, а також порушення сенсорних або моторних функцій, які не мають органічного підґрунтя (Kozłowska et al., 2020; Масік О.І та ін., 2016; Прокопов В.М., 2021).

У клінічній практиці одними з найбільш поширених проявів є рекурентні головні болі та абдомінальний біль у дітей, які зберігаються попри відсутність органічної патології за результатами медичного обстеження (Cozzi et al., 2017). Дані емпіричних досліджень, зокрема проведених в українській популяції підлітків, свідчать, що серед найчастіших скарг переважають загальна слабкість, головний біль, астеничні прояви, порушення сну, серцебиття та біль у животі (Масік О.І та ін., 2016).

Хоча на початкових етапах такі симптоми не супроводжуються структурними ушкодженнями, їх тривалий перебіг може призводити до стійкого порушення повсякденного функціонування дитини, зокрема в навчальній,

соціальній та сімейній сферах, а також негативно впливати на якість життя та подальший психосоціальний розвиток. У зв'язку з цим у клінічній і психологічній практиці обговорюється важливість раннього втручання, спрямованого на запобігання хронізації функціональних порушень.

Епідеміологічні дані щодо поширеності психосоматичних симптомів у дітей і підлітків варіюють між дослідженнями. Така варіативність може бути зумовленою гетерогенністю вибірок, відмінностями у діагностичних критеріях, а також соціально-культурним контекстом, у межах якого формуються соматичні реакції на стрес.

За узагальненими даними, соматичні симптоми без достатнього органічного пояснення спостерігаються приблизно у 25% дітей і підлітків, при цьому у близько 10% випадків вони мають клінічно значущий вплив на повсякденне функціонування. Власне розлади соматизації як клінічний діагноз виявляються значно рідше- орієнтовно у 1–3% дитячого і підліткового населення (Díez-Suárez & Hernández-González, 2025).

Дані з первинної ланки медичної допомоги додатково свідчать, що соматичні скарги без чіткої органічної основи становлять значну частку звернень дітей і підлітків, за різними оцінками, від чверті до половини усіх консультацій (Senger-Carpenter et al., 2025).

Незважаючи на розбіжності в оцінках поширеності, функціональні соматичні симптоми становлять суттєву клінічну проблему через їх вплив на повсякденне функціонування дитини, якість життя та навантаження на систему охорони здоров'я. Відсутність чіткої пояснювальної рамки щодо природи цих симптомів у клінічній практиці нерідко призводить до повторних обстежень, фрагментованої допомоги та затримки ефективного втручання, що сприяє хронізації симптомів (Kozłowska et al., 2020).

Сучасне теоретичне розуміння психосоматичних розладів сформувалося в межах біопсихосоціальної та інтегративної парадигми, відповідно до якої

формування і перебіг симптомів зумовлюються взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників. Такий підхід лежить в основі сучасних моделей організації допомоги дітям із функціональними соматичними симптомами, зокрема інтегрованих моделей первинної медичної допомоги, що поєднують медичну, психологічну та психосоціальну інтервенції (Senger-Carpenter et al., 2025).

У цій рамці важливе місце посідає уявлення про стресову систему як багаторівневу регуляторну мережу, що включає центральну й автономну нервову систему, нейроендокринні та імунні механізми. Дизрегуляція цієї системи розглядається як один із ключових механізмів виникнення й підтримки функціональних соматичних симптомів (Rachel Venn et al., 2025; Macik O.I. та ін., 2016).

У межах інтегративних моделей все більшої уваги набувають підходи, які дозволяють враховувати не лише нейрофізіологічні та поведінкові механізми, а й суб'єктивний досвід дитини, процеси афективної регуляції та неусвідомлювані аспекти реагування на стрес. У цьому контексті психосоматичні симптоми можуть розглядатися як форма тілесного вираження труднощів емоційної переробки та регуляції, що виникають за умов перевантаження або тривалого стресу. Детальніший аналіз відповідних психологічних механізмів здійснюється в наступних підрозділах роботи.

Таким чином, психосоматичні та функціональні соматичні симптоми у дітей є клінічно значущими проявами, що поєднують відсутність органічної патології з вираженими тілесними скаргами та істотним впливом на повсякденне функціонування. Сучасні інтегративні підходи розглядають ці симптоми як пов'язані з порушеннями регуляторних процесів, насамперед у афективній, емоційній та вегетативній сферах. Аналіз цих регуляторних механізмів як ключового шляху формування психосоматичних симптомів у дітей є предметом наступного підрозділу.

1.2. **Порушення регуляторних механізмів афективної, емоційної та вегетативної сфер як основа психосоматичних реакцій у дітей**

Одним із ключових напрямів сучасних теоретичних пояснень психосоматичних симптомів є підхід, що пов'язує їх виникнення з порушеннями процесів регуляції емоційних та афективних станів. У межах цього підходу психосоматичні прояви розглядаються не як випадкові або суто фізіологічні феномени, а як наслідок обмеженої здатності психіки інтегрувати та психологічно опрацьовувати інтенсивні внутрішні переживання. За умов, коли така емоційна переробка є ускладненою, *регуляція внутрішнього стану* може зміщуватися на тілесний рівень, внаслідок чого соматичні симптоми виконують функцію тимчасової стабілізації та зниження внутрішнього напруження (Venn et al., 2025).

Попри різноманітність клінічних форм психосоматичних проявів - від больових синдромів і вегетативних порушень до функціональних неврологічних симптомів - дослідження вказують на наявність спільних регуляторних процесів, пов'язаних із труднощами інтеграції інтенсивних афективних станів. Такі симптоми виникають мимовільно, у межах автоматизованих психофізіологічних реакцій на емоційне перевантаження або психотравматичний досвід (Nemiah, 1977; Kienle et al., 2017).

У процесі онтогенетичного розвитку здатність до *емоційної регуляції* - зокрема усвідомлення, вербалізації та соціально прийнятного вираження емоцій - формується поступово й істотно залежить від якості ранніх взаємодій та зовнішньої регуляторної підтримки (Kozłowska et al., 2020;). У дитячому та підлітковому віці ці механізми залишаються структурно незрілими й особливо вразливими до перевантаження за умов хронічного стресу або психотравмуючого досвіду. Такі впливи можуть порушувати формування стабільних внутрішніх механізмів регуляції, ускладнюючи психологічну інтеграцію емоційних реакцій і підвищуючи ймовірність їх соматичного вираження (Venn et al., 2025).

Емпіричні дослідження свідчать, що порушення емоційної регуляції при психосоматичних симптомах мають не глобальний, а процесуальний характер і проявляються на різних стадіях емоційної обробки (Schnabel et al., 2022; Nweke et al., 2025). У дітей і підлітків із соматоформними та функціональними розладами часто виявляють знижену емоційну ясність, труднощі розпізнавання й диференціації власних почуттів, а також низьку суб'єктивну ефективність регуляції, тобто відчуття неспроможності впоратися з емоційним напруженням. Хоча окремі емоції, зокрема провина та сором, асоціюються з більшою вираженістю соматичних скарг, після врахування показників дисфункціональної емоційної регуляції їх прямий вплив суттєво зменшується або зникає. Це свідчить про медіаторну роль саме регуляторних процесів, а не окремих емоційних станів, у формуванні психосоматичних симптомів (Nweke et al., 2025).

Особливо чітко дисфункціональні патерни емоційної регуляції проявляються в умовах психотравмуючого досвіду. Дослідження показують, що за тяжкої або хронічної травматизації ключову роль у підтриманні як посттравматичної, так і психосоматичної симптоматики відіграють маладатовні стратегії регуляції, насамперед емоційне пригнічення та уникнення. Водночас використання когнітивного переосмислення в таких умовах не завжди має захисний ефект, що вказує на обмеженість суто когнітивних механізмів регуляції за умов порушеної афективної обробки. Емпіричні дані свідчать, що саме стиль регуляції, а не інтенсивність афекту як такого, створює передумови для соматизації та визначає ці механізми як важливу терапевтичну мішень у роботі з дітьми та підлітками з психосоматичними розладами (Handelzalts et al., 2026).

Особливе значення в контексті психосоматичних реакцій у дітей мають *порушення афективної регуляції*, що стосуються доусвідомленого рівня переживання та пов'язані з тілесними, вегетативними й нейрофізіологічними компонентами реагування. Афективні стани, які не інтегруються на

психологічному рівні, не трансформуються у символічно опосередкований емоційний досвід, а зберігаються у формі стійкого тілесного напруження або дисрегульованої фізіологічної активації. За таких умов саме тіло стає основним каналом регуляції афективного збудження, що створює підґрунтя для формування психосоматичних симптомів.

Емпіричні дослідження підтверджують роль афективної регуляції як ключового механізму психосоматичних проявів. Зокрема, показано, що нижчий рівень афективного інгібіторного контролю, який розглядається як компонент імпліцитної емоційної регуляції, пов'язаний із більшою вираженістю соматичних симптомів у підлітків (Sætren et al., 2022). Афективний інгібіторний контроль у цьому контексті розуміється як здатність до автоматичного гальмування надмірного афективного збудження без залучення свідомих когнітивних стратегій. За наявності досвіду міжособистісної травматизації, передусім психологічного та сексуального насильства, зниження афективного інгібіторного контролю посилює зв'язок між травматичним досвідом і соматичними проявами, виконуючи модераторну функцію. Водночас зі зростанням тяжкості травматичного досвіду буферна роль цих регуляторних механізмів поступово зменшується, що вказує на їх обмежену захисну ефективність за умов інтенсивного або хронічного афективного перевантаження (Sætren et al., 2022).

Одним із ключових психологічних механізмів, що опосередковує зв'язок між емоційною та афективною дисрегуляцією і соматичними скаргами, є *алекситимія*. Вона проявляється у труднощах ідентифікації, усвідомлення та вербалізації власних емоцій, а також у схильності фокусуватися на зовнішніх подіях і тілесних відчуттях на шкоду внутрішньому емоційному досвіду (Taylor et al., 1997; Storck, 2014). У контексті психосоматичних розладів алекситимія розглядається не як ізольована особистісна риса, а як результат обмеженої емоційної обробки, що формується в умовах розвитку та життєвого досвіду. За таких умов афективне напруження не отримує символічної репрезентації та

психологічної інтеграції, що знижує здатність психіки до регуляції внутрішнього стану та підвищує ймовірність соматичного вираження переживань.

Емпіричні дослідження підтверджують тісний зв'язок алекситимії з психосоматичною симптоматикою як у дорослих, так і у дітей та підлітків. Зокрема, показано, що особи з досвідом значної психотравматизації в дитинстві демонструють вищий рівень соматичних симптомів, і суттєва частина цього зв'язку опосередковується саме алекситимією, яка виступає незалежним медіатором між травматичним досвідом і тілесними скаргами (Adamowicz, 2024). Подібні результати отримано й у педіатричних вибірках: у дітей і підлітків із хронічними психосоматичними станами, зокрема з рекурентним головним болем, рівень алекситимії є значно вищим порівняно зі здоровими однолітками та поєднується з труднощами розпізнавання й опису почуттів, а також із прагматичним, *операціональним стилем мислення* (Natalucci, 2018).

У ширшій теоретичній перспективі описані механізми узгоджуються з уявленнями про порушення процесів *символізації афекту*. Відповідно до цих підходів, емоційне збудження, яке не може бути інтегроване на психологічному рівні, не трансформується у думки, образи чи мовлення, а знаходить вираження у тілесних симптомах. У психоаналітичних моделях психосоматики цей процес розглядається як порушення психічної регуляції афекту, за якого психіка виявляється неспроможною опрацювати афективне напруження через усвідомлення та символічне опрацювання, внаслідок чого активується тілесний рівень реагування (Marty, 1968; Krystal, 1988; Lassmann, 2022). За таких умов соматичні симптоми виконують функцію непрямого вираження афекту, який не отримав психічної репрезентації.

У психоаналітичних і психодинамічних підходах до психосоматики порушення *менталізації* розглядається не лише як когнітивний дефіцит, а як обмеження здатності психіки утримувати та символічно опрацювати афективний досвід. Ця позиція узгоджується з поглядами Тімо Шторка, який

пов'язує психосоматичні розлади з ранніми порушеннями емоційної комунікації та дефіцитом психічної переробки тілесно пережитого афекту (Storck, 2016). Формування менталізації залежить від якості *ранніх стосунків прив'язаності* та досвіду емоційної взаємодії з значущими іншими (Fonagy et al., 2023; Greenman et al., 2024). Натомість досвід емоційно ненадійної або травматичної взаємодії в дитинстві асоціюється з порушеннями менталізації, що може проявлятися у схильності до конкретного, *операціонального стилю мислення* (*phenomène opératoire*) та обмеженій здатності символічно опрацьовувати афективні переживання (Taylor et al., 2023; Lassmann, 2022). Такі порушення розглядаються як чинник підвищеної вразливості до соматизації в межах психоаналітичної та психодинамічної психосоматики, оскільки тілесні відчуття не інтегруються з емоційними та когнітивними репрезентаціями. Ця позиція узгоджується з поглядами Тімо Шторка, який пов'язує формування психосоматичних симптомів із ранніми порушеннями емоційної комунікації між дитиною та значущими фігурами (Storck, 2016).

Порушення емоційної обробки при алекситимії може супроводжуватися феноменом *сенсорно-афективної дисоціації*, за якого тілесні сигнали зберігаються на сенсорному рівні, але не інтегруються з відповідним емоційним переживанням. Емпіричні дані свідчать, що підлітки з високим рівнем алекситимії можуть суб'єктивно оцінювати біль як більш інтенсивний, водночас демонструючи збережену або навіть підвищену фізіологічну толерантність до больового стимулу в об'єктивних тестах (Zhang et al., 2026). Це вказує на збережене сенсорне сприйняття за умов порушеної афективної інтеграції тілесних сигналів і підтверджує припущення про те, що психосоматичні симптоми пов'язані не з підвищеною сенсорною чутливістю, а з дефіцитами афективної обробки та регуляції. За таких умов соматичні відчуття переживаються як надмірні, неконтрольовані та позбавлені зрозумілого емоційного контексту.

У ширшому клінічному контексті психосоматичні реакції у дітей часто розглядаються у зв'язку з феноменом *дисоціації*, який виконує захисну функцію в умовах психотравматичного перевантаження. Дисоціація може проявлятися у вигляді порушень інтеграції сприйняття, пам'яті або афективного досвіду, пов'язаного з травматичними подіями. У межах психодинамічних підходів використовується також поняття *соматоформної дисоціації* для опису ситуацій, за яких тілесні симптоми стають основним каналом прояву дисоційованого досвіду. Зокрема, при функціональних неврологічних розладах у дітей можуть спостерігатися моторні або сенсорні порушення, а також псевдоприступи за відсутності органічної неврологічної патології, що інтерпретується як несвідома тілесна реакція на травматичний досвід (Kienle et al., 2017).

Окрім психологічних механізмів, важливу роль у формуванні та підтриманні психосоматичних симптомів відіграють порушення функціонування *фізіологічних стрес-систем організму*. Центральне місце серед них посідає автономна нервова система (АНС), яка забезпечує регуляцію базових вегетативних функцій, зокрема серцевої діяльності, дихання та травлення. Хронічний стрес і психотравматичний досвід асоціюються з порушенням балансу між симпатичним і парасимпатичним відділами АНС, зазвичай у напрямку стійкої *симпатичної активації* та зниження *парасимпатичного (вагусного) контролю*. Такий стан обмежує здатність організму до гнучкої адаптації та ефективного відновлення після стресових впливів, створюючи фізіологічне підґрунтя для соматичних скарг.

Одним із найбільш досліджених показників автономної регуляції є варіабельність серцевого ритму (ВСР), яка розглядається як індекс вагусної активності та адаптивної регуляції стресової відповіді. Знижена ВСР асоціюється з менш ефективним відновленням після стресу та частіше виявляється у осіб із досвідом психотравматизації. Показовими є результати дослідження (Van den Houte et al., 2025), у якому у пацієнтів із хронічними функціональними соматичними синдромами та у осіб зі стрес-індукованим

вигоранням у стані спокою виявлено ознаки *симпатичної превалентності* (стан, за якого симпатичний відділ автономної нервової системи хронічно домінує над парасимпатичним), зокрема підвищену частоту серцевих скорочень, знижену варіабельність серцевого ритму та знижену серцево-судинну реактивність у відповідь на гострий психосоціальний стрес. Такі показники інтерпретуються як можливі маркери виснаження адаптаційних резервів організму.

Окрім автономної дисрегуляції, хронічний стрес і травматичний досвід пов'язані зі змінами в інших регуляторних системах, зокрема у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що відповідає за гормональну відповідь на стрес (Speccht et al., 2024). У клінічних вибірках осіб із посттравматичними та соматоформними проявами описують як гіперактивні, так і парадоксально знижені рівні базального кортизолу, що інтерпретується як ознака дисфункції нейроендокринної регуляції. Хронічний психологічний дистрес також асоціюється з імунними зрушеннями, зокрема з помірними запальними процесами та змінами рівнів цитокінів, які можуть бути пов'язані з такими скаргами, як втома, біль і загальне соматичне неблагополуччя (Speccht et al., 2024). У сукупності ці дані вказують на те, що психосоматичні симптоми формуються в контексті порушення цілісної психобіологічної регуляції, а не є уявними чи симулятивними розладами.

Емпіричні результати дозволяють розглядати емоційну та афективну дисрегуляцію як один із ключових механізмів, що опосередковує зв'язок між *дитячою психотравматизацією* та формуванням психосоматичних симптомів у підлітковому віці (Sætren et al., 2022). Труднощі усвідомлення та інтеграції емоцій, використання маладативних стратегій регуляції, а також алекситимія асоціюються з підвищеною схильністю до соматизації. Паралельно хронічний стрес і травматичний досвід супроводжуються дисрегуляцією автономної нервової та нейроендокринної систем, що створює фізіологічне підґрунтя для соматичних проявів. У сукупності ці дані свідчать про те, що психосоматичні

симптоми у дітей формуються як результат порушення цілісної системи психобіологічної регуляції, чутливої до впливу стресових і травматичних факторів. Детальніший аналіз ролі психотравмуючого досвіду в цьому процесі буде здійснено в наступному підрозділі.

1.3. Травматичний досвід у дитячому віці як чинник порушення регуляторних механізмів афективної, емоційної та вегетативної сфер

Дитинство є сенситивним періодом формування систем психобіологічної регуляції, зокрема механізмів емоційної інтеграції, стрес-реакції та вегетативної стабілізації (Kozłowska et al., 2020). У цей період регуляторні процеси ще не є повністю автономними й значною мірою залежать від зовнішньої підтримки та безпечного середовища (Bowlby, 1969/1982). Травматичний досвід, пов'язаний із загрозою життю, насильством, нехтуванням, тяжкими втратами або іншими подіями, що перевищують адаптаційні можливості дитини, може порушувати формування цих систем і сприяти їхній дезінтеграції (Herman, 1992; Kozłowska et al., 2020).

Епідеміологічні та клінічні дослідження послідовно демонструють зв'язок між несприятливими подіями дитинства та підвищеною частотою функціональних соматичних симптомів. Класичне дослідження *несприятливого досвіду дитинства* (Adverse Childhood Experiences - ACE) показало, що кількість пережитих у дитинстві негативних подій пов'язана з гіршими показниками фізичного здоров'я в дорослому віці (Felitti et al., 1998). Подальші роботи розширили ці висновки, засвідчивши дозозалежний характер впливу, а саме зі зростанням кількості травматичних подій зростає й ризик як психічних, так і соматичних порушень, зокрема медично не пояснених симптомів (Lee et al., 2022).

Особливу увагу привертає феномен *полівіктимізації*, тобто переживання множинних форм насильства або повторних травматичних подій. Поняття полівіктимізації було систематизовано в роботах D. Finkelhor та колег, які показали, що переживання множинних форм віктимізації є більш сильним предиктором травматичних симптомів, ніж будь-який окремий тип насильства (Finkelhor et al., 2007). Сучасний систематичний огляд показав, що у переважній більшості досліджень множинна травматизація асоціюється з гіршими показниками психічного здоров'я, а також із більшою вираженістю

соматичних симптомів порівняно з поодинокими епізодами травми (Haahr-Pedersen et al., 2020). При статистичному контролі кумулятивного навантаження зв'язок між окремими типами насильства та симптомами суттєво зменшується, що свідчить про ключову роль саме накопиченого травматичного досвіду (Finkelhor et al., 2007).

Окрім кількості травматичних подій, значення має і їхній тип та інтенсивність. Дослідження свідчать, що інтерперсональний травматичний досвід, тобто заподіяний іншою людиною (фізичне, сексуальне, емоційне насильство, булінг, напад), асоціюється з більш вираженими соматичними скаргами порівняно з неінтерперсональними подіями (аварії, стихійні лиха тощо) (Perez et al., 2025). У вибірці молодих людей інтерперсональна травма була пов'язана насамперед із підвищеним рівнем хронічного болю та кардіореспіраторних симптомів, тоді як внесок неінтерперсональних подій зменшувався після врахування досвіду насильства.

Окремо слід відзначити роль інтенсивності травматичного впливу. Зокрема, у випадку сексуального насильства більш тяжкі та інвазивні форми асоціюються з більш вираженою соматизацією (Bae et al., 2018), що вказує на залежність психосоматичних наслідків від ступеня травматичності події.

Кумулятивний ефект простежується і в межах інтерперсонального травматичного досвіду. У дослідженнях булінгу серед підлітків поєднання кількох форм знущань (фізичного, вербального, сексуалізованого, зокрема онлайн) пов'язане з більшою вираженістю психосоматичних скарг порівняно з ізольованими формами (Dahlqvist et al., 2025).

Ці дані свідчать про те, що травматизація в контексті міжособистісної взаємодії, яка порушує базове відчуття безпеки та довіри, має особливо значущий вплив на психосоматичну регуляцію. Таким чином, психосоматичний ризик визначається не лише кількістю травм, а їхнім інтерперсональним характером, інтенсивністю та поєднанням різних форм насильства.

Емоційне насильство та емоційна депривація, попри відсутність фізичних ушкоджень, демонструють стійкий зв'язок із соматичними симптомами у подальшому житті. У дослідженні Eilers et al. (2023) емоційне та сексуальне насильство виявилися найсильнішими предикторами соматичної симптоматики в дорослому віці серед різних типів несприятливого досвіду дитинства (ACE). Після врахування інших форм травматизації саме ці типи зберігали статистичну значущість.

Метааналіз Kick et al. (2024) додатково підтвердив зв'язок між дитячою травматизацією, зокрема емоційним нехтуванням, і підвищеним рівнем алекситимії. Зважаючи на встановлену асоціацію алекситимії з труднощами емоційної інтеграції та соматизацією, емоційна депривація може розглядатися як чинник підвищеної довготривалої психосоматичної вразливості.

Важливим модифікуючим чинником є вік переживання травматичної події. Schalinski et al. (2016) показали, що ранні інтерперсональні травми пов'язані з більшою вираженістю дисоціативної симптоматики та ознаками *комплексного ПТСР* у дорослому віці, тоді як пізніші травми частіше асоціюються з класичним посттравматичним профілем. Це вказує на те, що рання травматизація може мати більш глибокий вплив на формування систем регуляції.

Додаткові дані свідчать, що хронічна або повторна травматизація підвищує ризик медично не пояснених соматичних симптомів. Obenauf et al. (2024) продемонстрували, що молоді люди з досвідом множинних потенційно травматичних подій мають вищий рівень функціональних соматичних скарг порівняно з особами з одиничним епізодом. Аналогічні результати отримані в дослідженні осіб, які пережили дитинство під час Другої світової війни: кумулятивний воєнний та післявоєнний стрес асоціювався з підвищеним ризиком як ПТСР, так і соматоформних розладів у подальшому житті (Glaesmer et al., 2017).

У сукупності ці дані свідчать, що психосоматичні наслідки травми визначаються не лише її наявністю, а й віком переживання та тривалістю впливу.

Не всі діти, які пережили травматичну подію, демонструють однакові наслідки. Одним із ключових клінічних чинників, що диференціює тяжкість психосоматичних проявів, є розвиток *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*. Наявність ПТСР асоціюється з більшою вираженістю соматичних симптомів порівняно з травмованими дітьми без сформованого розладу.

Зокрема, Fernandez et al. (2024) показали, що діти та підлітки з діагностованим ПТСР мали статистично значно більшу кількість соматичних скарг, ніж їхні однолітки з травматичним досвідом без ПТСР. Це свідчить про те, що формування ПТСР пов'язане з більш глибокими порушеннями психобіологічної регуляції, які охоплюють як емоційну, так і тілесну сферу.

Таким чином, ПТСР може розглядатися не лише як психічний наслідок травми, а як клінічний маркер системної дезінтеграції афективних і соматовегетативних механізмів регуляції.

У випадках ранньої, інтерперсональної та повторної травматизації може формуватися комплексна симптоматика, що поєднує емоційні, поведінкові та соматичні порушення (Herman et al., 1992; Schalinski et al., 2016). Одним із найбільш виражених клінічних варіантів такої дезінтеграції є *функціональні неврологічні розлади* (Functional Neurological Disorder, FND), зокрема психогенні напади, моторні або сенсорні порушення без виявленого органічного підґрунтя (Kozłowska et al., 2020).

Клінічні дослідження демонструють високу поширеність травматичного досвіду серед дітей і підлітків із FND. Зокрема, у дослідженні з використанням інтерв'ю прив'язаності (похідне від Adult Attachment Interview (AAI)) ознаки невирішеної втрати або травми були виявлені у 75% дітей з FND порівняно з 12% у здоровій контрольній групі (Kozłowska et al., 2020). Ці пацієнти також

характеризуються високою коморбідністю тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів, що вказує на глибокі порушення афективної регуляції.

Подібні закономірності виявляються і при інших функціональних соматичних синдромах. За даними огляду Kozłowska et al. (2020), досвід сексуального насильства підвищує ризик розвитку функціональних соматичних розладів упродовж життя. Аналогічно, у вибірках дітей, травмованих війною, частіше фіксуються соматичні скарги (біль, слабкість, запаморочення) у поєднанні з депресивною та посттравматичною симптоматикою (Сохор та ін., 2024).

Таким чином, тяжкі функціональні психосоматичні симптоми можуть розглядатися як одна з форм посттравматичної відповіді, у якій порушення регуляції афекту та інтеграції досвіду набуває тілесного вираження.

Вираженість психосоматичних наслідків травми визначається не лише характеристиками самої події, а й індивідуальною вразливістю дитини. У ранньому віці регуляторні системи перебувають у процесі формування, тому їхня незрілість підвищує чутливість до інтенсивних або хронічних стресових впливів. За таких умов тілесні симптоми можуть виконувати функцію вираження емоційного досвіду, який ще не набув достатньої психічної інтеграції (Прокопов, 2023).

Окрім віку, значущими є індивідуальні психологічні риси. Емоційна лабільність, підвищена тривожність та низька стресостійкість асоціюються з більшою схильністю до соматичних реакцій навіть за умов помірного навантаження (Хлівна та Грицюк, 2021). У цьому контексті такі характеристики можуть розглядатися як модератори зв'язку між травматичним досвідом і психосоматичною симптоматикою.

Одним із ключових механізмів, що опосередковують цей зв'язок, є порушення емоційної регуляції. Інтенсивний або тривалий стрес перевищує

адаптаційні можливості дитини, що сприяє формуванню стійких труднощів афективного контролю та підвищує ймовірність соматичного способу реагування.

У дослідженні Sætren et al. (2022) продемонстровано, що підлітки з досвідом насильства та зниженим афективним інгібіторним контролем мали значно вищий рівень психосоматичних скарг. Водночас при високій тяжкості травматизації буферна роль регуляторних механізмів зменшувалася, що вказує на обмеженість їх захисного потенціалу в умовах інтенсивного або хронічного стресу. Отримані результати дозволяють розглядати порушення емоційної регуляції як один із ключових механізмів соматизації після травматичного досвіду.

Ці дані узгоджуються з психодинамічними моделями, відповідно до яких соматизація виникає в умовах дефіциту символізації афекту. Якщо травматичний досвід не інтегрується у форму уявлень, почуттів і вербалізованих спогадів, афективне збудження може зберігатися та виражатися на тілесному рівні. У сучасних концептуальних підходах це співвідноситься з порушенням менталізації (Fonagy et al., 2023). Низький рівень менталізації та алекситимія асоціюються з підвищеною схильністю до соматичних реакцій, що підтверджено емпіричними дослідженнями (див. підрозділ 1.2).

Психоаналітичні автори описують наслідки ранньої травматизації як регрес афективного розвитку та збіднення символічного функціонування (Krystal, 1988; Marty, 1968; Lassmann, 2022). У таких випадках формується так зване операціональне мислення (*pensée opératoire*), що характеризується конкретністю, орієнтацією на зовнішні факти та обмеженою рефлексією внутрішніх станів (McDougall, 1982; Taylor et al., 2023). Цей стиль психічного функціонування пов'язаний з алекситимією та розглядається як один із психологічних механізмів соматизації.

У такій перспективі психосоматичний симптом може інтерпретуватися як тілесна форма вираження афективного досвіду, який не був інтегрований і символізований на психічному рівні. Отже, травматичний вплив не лише порушує емоційну регуляцію, а й обмежує можливості символічної переробки переживань, створюючи передумови для хронічної дезінтеграції психосоматичної взаємодії.

Окрім психологічних механізмів, травматичний досвід асоціюється з довготривалими нейробіологічними змінами, що підтримують дисрегуляцію стресових систем організму. Інтенсивний або хронічний страх активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (НРА-вісь) та автономну нервову систему. Повторна активація в сенситивні періоди розвитку може сприяти перебудові регуляторних механізмів у напрямку підвищеної стресової реактивності.

Нейровізуалізаційні дослідження вказують на підвищену реактивність мигдалеподібного тіла та зниження регуляторного впливу префронтальної кори у травмованих осіб (Kozłowska et al., 2020). Такий дисбаланс між лімбічними структурами та префронтальними зонами пов'язаний із труднощами гальмування афективного збудження, що створює передумови для як емоційної нестабільності, так і соматичних реакцій.

Водночас травматизація впливає на формування системи “мозок–тіло”. У межах теорії прив'язаності підкреслюється, що ефективна афективна регуляція формується через процес ко-регуляції: дорослий допомагає дитині розпізнавати, називати й переносити емоційні стани. За умов емоційної депривації або небезпечної прив'язаності цей механізм не розвивається належним чином, що підвищує ризик тілесних форм реагування на стрес. (Bowlby, 1969/1982; Fonagy et al., 2023; Kozłowska et al., 2020)

Окремий механізм пов'язаний із феноменом дисоціації. За надмірного травматичного навантаження може відбуватися функціональне розщеплення афективних і соматосенсорних компонентів переживання (van der Kolk, 2014; Schalinski et al., 2016). Дані нейровізуалізаційних досліджень свідчать, що у осіб із травматично зумовленою дисоціацією під час пригадування стресових подій спостерігається зниження активації лімбічних структур при одночасній активації соматосенсорних зон кори (van der Kolk et al., 1996). Це вказує на послаблення емоційної обробки при збереженні або посиленні тілесних сигналів.

Соматичний симптом у цьому контексті може розглядатися як прояв хронічної психобіологічної дезрегуляції, що включає гіперактивацію або виснаження НРА-осі, дисбаланс симпатичної та парасимпатичної ланок автономної нервової системи, зміни у фронто-лімбічних регуляторних мережах емоційного контролю та порушення інтеграції афективних і тілесних компонентів досвіду.

Тривала дисфункція стресових систем асоціюється з підвищеним ризиком розвитку як функціональних соматичних синдромів, так і соматичних захворювань у дорослому віці (Wittekind et al., 2023). Отже, дитяча травматизація формує не лише психологічну, а й довготривалу фізіологічну вразливість.

Травматичний досвід дитини нерідко формується або посилюється в умовах сімейної дисфункції, особливо насильства, адиктивної поведінки батьків, хронічних конфліктів чи втрати безпечного середовища. У такому контексті психосоматичні симптоми можуть виконувати не лише індивідуальну, а й системну функцію.

У межах системного підходу дитина часто виступає так званим “носієм симптому”, через якого проявляється напруження всієї родинної системи (Minuchin, S. et al., 1974). За умов хронічного конфлікту або непропрацьованої

травматизації батьків симптом може виконувати стабілізуючу функцію, зміщуючи фокус взаємодії на проблему здоров'я дитини (Minuchin, S. et al., 1974). У цьому сенсі він стає елементом сімейної регуляції.

Оглядові дослідження психосоматичних розладів у дітей та підлітків демонструють зв'язок між дисфункційними сімейними взаєминами та функціональними соматичними скаргами, зокрема головним болем, абдомінальним болем і вегетативними порушеннями (Min Bae et al, 2015; Baliko et al., 2023; Specht et al., 2024). У зв'язку з цим підкреслюється доцільність системного підходу до терапії, що передбачає роботу з батьками та сімейною взаємодією.

Отже, вплив травми реалізується не ізольовано, а в контексті прив'язаності, сімейної регуляції та культурних норм вираження емоцій.

Окремий вимір становлять масові травматичні події, такі як війни, стихійні лиха, соціальні кризи, які формують кумулятивний стрес на популяційному рівні. Воєнні дії поєднують низку потенційно травматичних факторів: загрозу життю, вимушене переміщення, руйнування соціальних зв'язків, втрату близьких.

За даними оглядових досліджень українського контексту (Сохор та ін., 2024), воєнний досвід у дітей пов'язаний із підвищеним рівнем посттравматичних, тривожних і депресивних симптомів, а також із частими соматичними скаргами. У регіонах активних бойових дій фіксується висока поширеність головного болю, порушень сну, абдомінальних скарг і вегетативних симптомів (Якимчук та Ханецька, 2021; Сохор та ін., 2024).

Воєнний контекст створює умови хронічної активації стресових систем, що, з огляду на описані психобіологічні механізми, підвищує ризик дезрегуляції афективної та вегетативної сфер. У цьому сенсі масова травматизація може розглядатися як фактор підвищеного психосоматичного ризику на рівні покоління.

Узагальнюючи, травматичний досвід у дитячому віці є значущим чинником ризику формування психосоматичних симптомів. Інтерперсональні, ранні та повторні травматичні впливи асоціюються з більшою вираженістю соматичних і функціональних порушень порівняно з поодинокими або неінтерперсональними подіями. Простежується дозозалежний ефект: зі зростанням кумулятивного травматичного навантаження підвищується інтенсивність психосоматичної симптоматики.

Аналіз клінічних і популяційних досліджень свідчить, що травматизація пов'язана з розвитком посттравматичних і афективних розладів, які часто поєднуються з тілесними скаргами. Ймовірними механізмами цього зв'язку є порушення емоційної регуляції, дефіцит символізації та менталізації, нейробіологічна дисрегуляція стресових систем (НРА-вісь, автономна нервова система), а також особливості сімейного й соціального контексту.

Таким чином, травматичний досвід може розглядатися як чинник дезінтеграції афективної, емоційної та вегетативної регуляції, що створює підґрунтя для формування стійких психосоматичних проявів.

Висновки до Розділу 1

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз психосоматичних симптомів у дітей через розгляд їхніх концептуальних, регуляторних та пов'язаних із травматичним досвідом аспектів.

У підрозділі 1.1 розглянуто поняття психосоматичних та функціональних соматичних симптомів у дітей. Встановлено, що в сучасній науковій літературі відсутня єдина узгоджена термінологічна рамка: явище описується через різні поняття, такі як “соматизація”, “конверсія”, “соматоформні розлади”, “функціональні соматичні симптоми”. У межах цієї роботи використано узагальнений термін “функціональні соматичні симптоми”, яким позначають медично не пояснені тілесні симптоми, не зумовлені органічним захворюванням, але клінічно значущі та суб'єктивно реальні для дитини. Підкреслено, що ці симптоми не є результатом симуляції, а виникають мимовільно як несвідомі реакції на стресовий або травматичний досвід. У зв'язку з цим психосоматичні симптоми у дітей доцільно розглядати в межах біопсихосоціальної парадигми, яка враховує взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників, із урахуванням психодинамічних уявлень про тілесне вираження афективного напруження.

У підрозділі 1.2 проаналізовано порушення механізмів афективної, емоційної та вегетативної регуляції як основу психосоматичних реакцій у дітей. Показано, що психосоматичні симптоми виникають у ситуаціях, коли інтенсивне афективне збудження не може бути інтегроване на психологічному рівні й набуває тілесного вираження. Ключовим психологічним механізмом цього процесу є алекситимія, тобто обмеження здатності ідентифікувати, усвідомлювати та вербалізувати власні емоції, що розглядається як один із ключових механізмів зв'язку між травматичним досвідом і соматичними скаргами. Паралельно розглянуто порушення менталізації та символізації афекту, коли за дефіциту психічної репрезентації емоційного досвіду тіло стає основним каналом вираження внутрішнього напруження. На нейробіологічному

рівні описано роль вегетативної дисрегуляції, тобто дисбалансу симпатичної та парасимпатичної активності, зниженої варіабельності серцевого ритму та порушень функціонування стресових систем організму, як фізіологічного підґрунтя психосоматичних симптомів. Таким чином, психосоматична симптоматика у дітей розглядається як прояв порушення взаємодії афективних, когнітивних і вегетативних механізмів регуляції.

У підрозділі 1.3 проаналізовано травматичний досвід у дитячому віці як чинник порушення регуляторних механізмів. Показано додозалежний характер цього зв'язку, коли зі зростанням кількості та інтенсивності травматичних подій підвищується вираженість психосоматичної симптоматики. Особливу роль відіграє феномен полівіктимізації, тобто переживання множинних форм травматизації, що розглядається як більш значущий чинник ризику психосоматичних порушень, ніж окремі типи травматичних подій. Показано, що інтерперсональна травма (наси́льство, бу́лінг, емо́ційна деприва́ція) асоціюється з більш вираженими соматичними наслідками порівняно з неінтерперсональними подіями. Раннє переживання травми має особливо значущий вплив на формування регуляторних систем, оскільки відбувається у сенситивний період їхнього розвитку. Наявність симптомів ПТСР розглядається як клінічний прояв порушення регуляторних механізмів, що охоплює емоційну та тілесну сферу.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, психосоматичні симптоми у дітей можна розглядати як багаторівневий феномен, що формується внаслідок взаємодії порушень афективної регуляції, дефіциту менталізації та символізації, нейробіологічної дисрегуляції стресових систем, а також несприятливих сімейних і соціальних умов. Травматичний досвід, особливо ранній, інтерперсональний і повторний, є одним із найбільш значущих чинників ризику формування таких порушень. Зв'язок між травматичним досвідом і психосоматичними симптомами реалізується через низку психологічних і нейробіологічних механізмів, зокрема через алекситимію, порушення

менталізації, маладаптивні стратегії емоційної регуляції та вегетативну дисрегуляцію. Ці теоретичні положення слугують концептуальною основою для емпіричного дослідження, представленого у другому розділі роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ СИМПТОМИ У ДІТЕЙ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження впливу травматичного досвіду на психосоматичні симптоми у дітей молодшого шкільного віку було реалізоване в межах змішаної дослідницької стратегії, у якій якісний етап передував кількісному та використовувався для уточнення дослідницького фокусу й формування подальшого кількісного аналізу. Використання змішаного підходу було зумовлене складністю досліджуваного феномену, оскільки психосоматичні прояви у дітей пов'язані із взаємодією психологічних, емоційних, сімейних і соціальних чинників та не можуть бути повноцінно описані виключно через статистичні показники або лише через інтерпретацію індивідуального досвіду

Емпірична частина дослідження проводилася у декілька послідовних етапів. На першому етапі проведено якісне дослідження із застосуванням фрілістингу з використанням додаткових уточнювальних запитань, наближених до формату напівструктурованого інтерв'ю, а також тематичного аналізу даних. Отримані результати були використані для уточнення фокусу кількісного дослідження та визначення вікової категорії, яка потребувала найбільш детального аналізу. На другому етапі проведено кількісне дослідження з використанням психодіагностичних методик оцінки травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку. На завершальному етапі здійснювалися узагальнення, зіставлення та інтерпретація результатів якісного і кількісного дослідження.

Якісний етап дослідження був спрямований на вивчення особливостей психосоматичних проявів у дітей в умовах травматичного досвіду, а також на аналіз того, як батьки та фахівці описують та інтерпретують такі прояви. У дослідженні взяли участь 8 експертів, а саме дитячі психологи, психотерапевти та фахівці, які мають досвід роботи з психосоматичними проявами у дітей, а також 15 батьків дітей віком від 3 до 18 років, які мали досвід проживання в

умовах війни, вимушеного переселення, втрати близьких або інших психотравмуючих обставин. Загальна кількість учасників якісного етапу становила 23 особи.

Залучення учасників здійснювалося через соціальні мережі, тематичні онлайн-спільноти та професійні контакти. Перед участю в дослідженні учасники ознайомлювалися з інформацією про мету дослідження та надавали інформовану згоду за допомогою Google Forms. Збір якісних даних проводився онлайн та записувався за згодою учасників. Транскрибування аудіозаписів здійснювалося за допомогою програми Transcriptor із подальшою ручною вичиткою та уточненням тексту.

Для аналізу якісних даних було використано рефлексивний тематичний аналіз (Braun & Clarke, 2006). Вибір цього підходу був зумовлений його відповідністю дослідницьким питанням роботи та можливістю аналізу суб'єктивного досвіду й інтерпретацій учасників. Аналіз здійснювався індуктивно та включав кілька послідовних фаз: ознайомлення з даними, формування первинних кодів, формування початкових тем, перегляд і уточнення тем, а також їх подальшу інтерпретацію та узгодження. Кодування та тематичний аналіз проводилися вручну.

Кількісний етап дослідження був спрямований на перевірку припущення про асоціацію між характеристиками травматичного досвіду та інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей віком 6-10 років. Вибір вікової категорії був обґрунтований результатами якісного етапу, а також даними наукової літератури щодо підвищеної психосоматичної вразливості дітей молодшого шкільного віку. Збір даних здійснювався у форматі анонімного онлайн-опитування за допомогою Google Forms. У дослідженні взяли участь 50 батьків або законних опікунів дітей.

Для вимірювання досліджуваних змінних було використано опитувальник, що складався з чотирьох блоків: демографічного блоку та трьох психодіагностичних методик.

Першою методикою було обрано Скринінг на наявність травми у дітей та підлітків (CATS - Child and Adolescent Trauma Screen, версія для батьків/опікунів, 7–17 років). Методика складається з двох частин: переліку потенційно травматичних подій із відповідями “так” або “ні” та шкали з 20 симптомів, що охоплюють чотири кластери посттравматичної симптоматики: повторне переживання, уникання, негативні зміни у мисленні та настрої, а також гіперзбудження. Частота кожного симптому оцінюється за чотирибальною шкалою (0 - ніколи, 3 - майже завжди) протягом останніх двох тижнів. Загальний бал може свідчити про рівень посттравматичного дистресу: до 14 балів - клінічно незначущий, 15-20 - помірний дистрес, 21 і вище - можливий ПТСР. Незважаючи на рекомендований віковий діапазон методики, вона була використана для оцінки дітей віком 6–10 років через застосування батьківської версії опитувальника та близькість вікової категорії до нижньої межі методики. Для кращого врахування специфіки українського воєнного контексту перелік потенційно травматичних подій був доповнений пунктами, пов’язаними з впливом вибухів і сирен, евакуацією, розлукою з близькими внаслідок війни, втратою звичного середовища та регулярним контактом з інформацією про війну.

Другою методикою було обрано інструмент SHIELD (Screen to treat Health Impact of stress and trauma Exposure for Life-functioning in crisis and Disaster) для оцінки психосоматичних симптомів дитини. Частота симптомів оцінюється за чотирибальною шкалою від “ніколи” до “майже завжди” за останні два тижні. Для кращого врахування результатів якісного етапу дослідження до стандартного переліку було додано блок додаткових симптомів, що включав тики, нетримання сечі вдень та вночі, а також нетримання калу.

Третьою методикою було обрано опитувальник оцінки психічного здоров’я МНАІ (Mental Health Assessment Instrument), розроблений Центром психічного здоров’я та психосоціального супроводу Національного університету “Києво-Могилянська академія”. Інструмент спрямований на

оцінку симптомів депресії, тривоги, посттравматичного стресу та вживання алкоголю за останні два тижні за чотирибальною шкалою. Включення цього блоку було обґрунтоване даними наукової літератури щодо зв'язку між психоемоційним станом батьків та психосоматичними проявами у дітей, а також результатами якісного етапу дослідження, у межах якого неодноразово підкреслювалася роль родинного емоційного клімату у виникненні та посиленні психосоматичних симптомів.

Для статистичної обробки даних використовувалися методи описової статистики, кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена) та множинний регресійний аналіз. Статистичний аналіз проводився у програмі Jamovi (версія 2.7.30).

Дослідження проводилося з дотриманням етичних вимог: кожен учасник отримував інформацію про мету та структуру дослідження й підтверджував добровільну згоду на участь. Анонімність і конфіденційність даних забезпечувалися. Учасники могли припинити участь у дослідженні на будь-якому етапі.

Відповідно до мети та гіпотези дослідження було визначено незалежні, залежні та контрольні змінні. Незалежними змінними виступали кумулятивний рівень травматичного досвіду: загальна кількість потенційно травматичних подій за CATS та рівень посттравматичного дистресу за CATS. Залежною змінною була інтенсивність психосоматичних симптомів як сумарний показник за шкалою SHIELD. Контрольними змінними були вік і стать дитини. Окремо аналізувався рівень психологічного дистресу батьків за MHA1.

Під час інтерпретації результатів враховувалися обмеження дослідження: вибірка не претендує на репрезентативність і має обмежений обсяг, дані були отримані переважно на основі батьківських звітів, дослідження має перехресний характер і не дозволяє встановлювати причинно-наслідкові зв'язки.

2.2. Результати якісного дослідження

Якісний етап дослідження був спрямований на вивчення особливостей психосоматичних проявів у дітей, які пережили травматичний досвід, а також на аналіз того, як батьки та фахівці описують взаємозв'язок між емоційним напруженням, умовами війни та тілесними симптомами у дітей. У процесі рефлексивного тематичного аналізу було сформовано 11 первинних тем, які в подальшому були інтегровані у 6 ширших тематичних категорій. Нижче представлено фінальну структуру тем, основні коди та репрезентативні фрагменти висловлювань учасників (Додаток А).

Першою темою ми виділили *загострення психосоматичних симптомів після початку повномасштабного вторгнення*.

Одним із найбільш послідовних результатів якісного аналізу стало те, що повномасштабне вторгнення описувалося учасниками не стільки як чинник появи принципово нових психосоматичних симптомів, скільки як фактор загострення вже наявної психосоматичної вразливості. Як батьки, так і експерти часто відзначали зростання частоти та інтенсивності психосоматичних проявів у дітей після 24 лютого 2022 року. Учасники описували дітей як “більш тривожних”, “дьорганих”, емоційно нестабільних та напружених. У низці інтерв'ю використовувалося формулювання “загострення слабких місць”, яке стосувалося посилення симптомів у дітей із попередньо наявними труднощами регуляції або соматичними проявами. Зокрема, батьки й фахівці повідомляли про збільшення частоти астматичних нападів, тиків, шкірних симптомів, порушень сну та регресивних симптомів.

Окрім загострення вже наявних труднощів, учасники описували появу нових симптомів, пов'язаних із нервовим перенапруженням і підвищеною сенсорною чутливістю. Найчастіше згадувалися тики, здригання від різких звуків, звукова гіперчутливість, труднощі з розслабленням, дратівливість і порушення сну. У більшості випадків ці прояви описувалися не ізольовано, а як

взаємопов'язаний симптомний комплекс, що посилювався в умовах постійної тривоги та непередбачуваності.

Для дітей молодшого шкільного віку окремо виділялися регресивні реакції, тобто повернення до більш ранніх форм поведінки та саморегуляції. Учасники описували випадки енурезу, потреби спати разом із батьками, труднощів із самостійністю та повернення до звичних способів заспокоєння, характерних для більш раннього віку. Такі прояви інтерпретувалися батьками та фахівцями як спроба дитини відновити відчуття безпеки й контролю в умовах хронічного стресу та втрати стабільності.

Отримані спостереження можуть бути інтерпретовані в межах концепції про хронічну активацію стрес-регуляторних систем організму, відповідно до якої тривалий стрес виснажує адаптаційні ресурси організму та підвищує вразливість до емоційних, поведінкових і психосоматичних порушень.

Другою темою ми виділили *психотравмуючі події, пов'язані з війною і різнорівневий характер впливу*.

Учасники послідовно описували кілька рівнів травматичного впливу, які у більшості випадків поєднувалися між собою. Перший рівень включав прямий контакт із небезпекою: вибухи, сирени, перебування в зоні бойових дій або безпосередню загрозу життю. Такі ситуації супроводжувалися вираженими тілесними реакціями, зокрема станами “завмирання”, різким м'язовим напруженням, порушеннями сну та гіперпильністю.

Другий рівень був пов'язаний із досвідом евакуації та вимушеного переміщення, які описувалися учасниками як окремі психотравмуючі події. У більшості випадків батьки та фахівці пов'язували цей досвід із переживанням втрати контролю, нестабільності та відсутності передбачуваності. Особливо значущими виявлялися раптові зміни середовища, розрив звичних соціальних зв'язків та тривале перебування у стані невизначеності.

Третій рівень стосувався непрямой експозиції через інформаційне середовище та емоційний стан дорослих, який підтримував у дитини стан напруження навіть за фізичної відсутності небезпеки. Показово, що навіть діти, які перебували у відносно безпечних умовах закордоном, демонстрували посилення симптоматики при зіткненні з нагадуваннями про війну (звуками сирен, новинами, розмовами дорослих або емоційними реакціями батьків). Отримані дані вказують на значущість непрямого та опосередкованого впливу травматичного контексту на психоемоційний і тілесний стан дитини.

На нашу думку, отримані результати також вказують на те, що стандартні переліки травматичних подій можуть бути недостатніми для повноцінного скринінгу досвіду дітей, які проживають у контексті війни. Це стало одним з підґрунтів для розширення переліку травматичних подій у межах використаної в дослідженні методики CATS.

Третьою темою було виділено *тіло як спосіб вираження емоційного напруження*.

Однією з центральних тем аналізу стало тіло як спосіб вираження емоційного напруження. У багатьох інтерв'ю психосоматичні симптоми описувалися як тілесна форма реагування на страх, втрату контролю, тривогу та емоційне перевантаження. Батьки та експерти згадували головний біль, біль у животі, блювоту, покашлювання, м'язове напруження, порушення сну, розчісування шкіри, виражене гризіння нігтів та інші тілесні прояви емоційного дистресу.

Респонденти підкреслювали, що діти не завжди могли словами описати власний емоційний стан. Особливо це стосувалося дітей молодшого віку, у яких тілесні симптоми нерідко ставали одним із основних способів реагування на психічне напруження. Експерти зазначали, що психосоматичні прояви у дітей виникали у ситуаціях, коли емоційний досвід був надто інтенсивним, недостатньо усвідомленим або не знаходив можливості для вербалізації.

Отримані результати узгоджуються з уявленнями про психосоматичні симптоми як форму невербального вираження емоційного напруження та труднощів емоційної регуляції, що особливо характерно для дітей молодшого шкільного віку.

Четвертою темою ви виділили *родина як чинник послаблення та підсилення симптоматики*.

Зв'язок між психоемоційним станом батьків і симптоматикою дитини виявився одним із найбільш послідовних результатів дослідження. Батьки та експерти незалежно описували, як загальний рівень напруження в сім'ї, стиль реагування дорослих і характер взаємодії впливають на емоційний та тілесний стан дитини навіть без прямого обговорення травматичних подій. У частині випадках учасники описували посилення психосоматичних симптомів дитини на тлі постійного емоційного перенапруження в родині. Деякі експерти підкреслювали, що навіть за відсутності безпосередньої небезпеки дитина може залишатися у стані хронічного напруження через емоційний стан батьків.

Сімейні конфлікти, розлучення та тривала відсутність одного з батьків також описувалися як окремі фактори посилення психосоматичної симптоматики. Окремим спостереженням стало те, що дитина не завжди реагує на сімейне напруження відкрито, однак психосоматичні симптоми можуть виступати опосередкованою формою реагування на емоційний дистрес.

На нашу думку, отримані результати узгоджуються з уявленнями про ко-регуляцію та роль сімейного середовища у формуванні емоційних і тілесних реакцій дитини. Водночас вони вказують на доцільність включення підтримки батьків і роботи з родинним емоційним кліматом у структуру психологічних втручань.

П'ятою темою ми виділили *переїзд та втрата середовища*.

Учасники послідовно описували переїзд не лише як наслідок воєнної загрози, а як окремий психотравмуючий досвід. Вимушене переміщення, зміна

школи, країни, мови та звичного соціального середовища описувалися як самостійне джерело емоційного напруження навіть за відсутності безпосередньої фізичної небезпеки. Особливо виражена симптоматика спостерігалася у дітей, які переживали повторні переїзди та тривале перебування у стані невизначеності.

Показовою виявилася значущість втрати звичних та емоційно важливих об'єктів, згадувались залишені іграшки, особисті речі та домашні рослини. Учасники описували такі втрати не лише як побутові труднощі, а як порушення відчуття стабільності, безпеки та зв'язку зі звичним життям. У низці інтерв'ю саме втрата звичних деталей повсякденності описувалася як емоційно більш значуща для дитини, ніж окремі об'єктивно небезпечні події.

На нашу думку, отримані результати вказують на значущість стабільності середовища, повторюваності повсякденного досвіду та збереження емоційно значущих зв'язків і об'єктів для підтримання психологічного відчуття безпеки у дітей.

Шостою темою ми виділили *сенсорну гіперчутливість, страхи, хронічну настороженість та регресивні симптоми*.

Учасники описували різноманітні страхи дітей, пов'язані з можливою загибеллю або втратою батьків, які в окремих випадках суттєво впливали на повсякденне функціонування дитини та призводили до відмови від школи. Також відзначалися страхи соціального характеру, такі як страх відставання від однолітків, негативної оцінки або втрати соціальних зв'язків. Батьки та експерти описували появу у дітей негативного сприйняття світу, підвищеного очікування небезпеки та постійного внутрішнього напруження. Після початку повномасштабної війни частина дітей почала спати разом із батьками, боялася залишатися наодинці або болісно реагувала навіть на короткочасні розставання.

Окремою важливою темою стала сенсорна гіперчутливість та стан хронічної настороженості. У більшості інтерв'ю батьки та експерти описували

дітей як надмірно чутливих до гучних звуків, сирен, вибухів, криків або інших різких стимулів. Часто згадувалися реакції переляку, здригання, закривання вух, тілесне напруження, труднощі з розслабленням та порушення сну. Деякі експерти та батьки звертали увагу на те, що нервова система дітей ніби “не встигає відновитися” між стресовими подіями, а стан постійної настороженості зберігається навіть у відносно безпечних умовах.

Частина експертів і батьків також описували регресивні симптоми: випадки енурезу, енкопрезу, повернення до підгузків або труднощів із туалетом після переживання сильного стресу, переїзду чи втрати відчуття безпеки. Подібні прояви особливо часто згадувалися у контексті вимушеного переселення, різкої зміни середовища та тривалого емоційного перенапруження.

На нашу думку, отримані результати вказують на те, що в умовах хронічного стресу психосоматичні та регресивні прояви можуть виступати формою реагування на втрату базового відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності світу.

Узагальнюючи результати якісного дослідження, виявлені теми утворюють цілісну картину психосоматичного реагування дітей в умовах воєнного контексту. Отримані результати вказують на кумулятивний характер психотравмуючого впливу, тобто психосоматичні симптоми формуються не лише внаслідок окремих травматичних подій, а під впливом поєднання хронічного стресу, втрати безпеки, порушення стабільності середовища та емоційного напруження в родині.

Водночас значущу роль у формуванні та підтриманні симптоматики відіграє родинне середовище, зокрема психоемоційний стан батьків, характер взаємодії в сім'ї та здатність дорослих до емоційної ко-регуляції з дитиною. Для дітей молодшого шкільного віку тілесні симптоми часто виступають одним із

провідних способів реагування на перевантаження нервової системи та складний або недостатньо усвідомлений емоційний досвід.

Отримані якісні результати стали підґрунтям для уточнення фокусу кількісного етапу дослідження, формування додаткових блоків симптомів і травматичних подій, а також вибору вікової категорії для подальшого аналізу.

2.3. Опис результатів кількісного етапу

Опис демографічної статистики: переважну більшість респондентів становили матері дітей - 47 осіб (94%), 1 респондент був батьком дитини (2%), ще 2 респонденти - законними опікунами (4%). Середній вік дітей становив 7,86 року ($SD = 1,36$), середній вік початку навчання у школі - 6,04 року ($SD = 0,60$). За статтю вибірка була відносно збалансованою: 56% дівчаток та 44% хлопчиків.

Значна частина дітей проживала в умовах підвищеного воєнного навантаження, зокрема на територіях активних бойових дій або територіях із регулярними ракетними обстрілами, частина сімей також мала досвід вимушеного проживання за кордоном після початку повномасштабного вторгнення. У більшості випадків дитина проживала з обома батьками (68%).

Отримані демографічні характеристики свідчать, що вибірка переважно репрезентує сім'ї, які функціонують в умовах тривалого воєнного стресу, що є важливим контекстом для інтерпретації психосоматичних та посттравматичних проявів у дітей. Детальна соціально-демографічна характеристика вибірки наведена у Додатку Б.

Результати за шкалою CATS відображають частоту потенційно травматичних подій та вираженість посттравматичної симптоматики у дітей вибірки.

Середня кількість травматичних подій у вибірці становила 1,52 ($SD = 1,15$), медіана- 1,0, мінімальне значення- 0, максимальне- 5. Більшість дітей у вибірці мали досвід принаймні однієї потенційно травматичної події за критеріями опитувальника CATS. Детальні описові статистики кількості травматичних подій наведено у Додатку В.

Найпоширенішою травматичною подією було перебування поблизу бойових дій або воєнної небезпеки- 30 випадків (60% вибірки). На другому місці- "інша стресова або страшна подія"- 13 випадків (26%); у відкритих

відповідях батьки найчастіше зазначали булінг, розлуку з близькою людиною та переїзд. Серйозну аварію або травму пережили 9 дітей (18%), булінг офлайн- 5 дітей (10%), стресові медичні процедури- 5 дітей (10%), раптову смерть близького- 3 дитини (6%). Повний розподіл травматичних подій за шкалою CATS подано у Додатку В.

Середній бал посттравматичних симптомів (CATS distress score) становив 20,68 (SD = 13,0), медіана- 16,5. За скринінговими критеріями CATS клінічно незначущий рівень дистресу (менше 15 балів) виявлено у 20 дітей (40%), помірний рівень (15–20 балів)- у 8 дітей (16%), а рівень, що перевищував скринінговий поріг можливого ПТСР (21 бал і вище),- у 22 дітей (44%). Таким чином, у 60% дітей було зафіксовано щонайменше помірний рівень посттравматичного дистресу, а частина з них перевищувала скринінговий поріг можливого ПТСР. Описові статистики та розподіл рівнів посттравматичного дистресу наведено у Додатку Г.

Аналіз частоти окремих посттравматичних симптомів за критерієм клінічної вираженості (2–3 бали) показав, що найчастіше спостерігалися виражені негативні емоційні переживання (44%), порушення сну (38%), дратівливість (36%), труднощі концентрації уваги (34%) та інтрузивні думки (30%). Найрідше зустрічалися амнезія окремих аспектів події (14%) та ризикова поведінка (10%). Детальний розподіл частоти окремих посттравматичних симптомів за шкалою CATS подано у Додатку Г.

Переважаання симптомів, пов'язаних із підвищеним напруженням, порушенням сну та емоційною дисрегуляцією, загалом узгоджується з результатами якісного етапу дослідження та може свідчити про домінування проявів хронічного стресового напруження й гіперактивації в умовах пролонгованої воєнної небезпеки, оскільки дитина часто перебуває не після завершення травматичної події, а в умовах тривалої та повторюваної воєнної небезпеки.

Результати за шкалою SHIELD відображають поширеність та інтенсивність психосоматичних скарг у дітей вибірки.

Середній сукупний показник психосоматичних симптомів (psychosomatic symptom score) становив 7,36 ($SD = 5,76$), медіана- 6,5, мінімальне значення- 0, максимальне- 20. Відсутність психосоматичних скарг зафіксовано лише у 3 дітей (6%), тоді як хоча б одну психосоматичну скаргу виявлено у 47 дітей із 50 (94%). Три або більше виражених психосоматичних скарги (2–3 бали) зафіксовано у 18 дітей (36%); стільки ж дітей (36%) мали сукупний показник психосоматичних симптомів 10 балів і вище за шкалою SHIELD. Описові статистики та розподіл сукупного показника психосоматичних симптомів наведено у Додатку Д.

Найпоширенішим симптомом був головний біль- 17 дітей (34%) отримали 2 або 3 бали за цим пунктом. На другому місці- біль у животі без очевидних медичних пояснень (28%), далі- нудота, проблеми з апетитом та біль у м'язах або суглобах (по 26%). Рідше зустрічалися серцебиття (22%), труднощі дихання (18%), запаморочення (16%) та біль у спині або шиї (14%). Детальний розподіл окремих психосоматичних симптомів за шкалою SHIELD подано у Додатку Д.

Загалом структура симптомів характеризувалася переважанням соматичних скарг, пов'язаних із больовими та вегетативними проявами. Домінування головного болю та болю в животі загалом узгоджується з даними літератури щодо психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку.

Результати за методикою МНАІ відображають особливості психоемоційного стану батьків у вибірці.

Середній бал депресивної симптоматики за МНАІ становив 7,20 ($SD = 4,89$), а рівень симптоматики, що перевищував скринінговий поріг, виявлено у 23 батьків (46%). Середній бал посттравматичної симптоматики становив 11,48 ($SD = 7,69$), а рівень симптоматики, що перевищував скринінговий поріг,- у 28 батьків (56%). Середній бал тривожної симптоматики становив 2,76 ($SD = 2,60$),

а рівень симптоматики, що перевищував скринінговий поріг, зафіксовано у 9 батьків (18%). Ознаки проблемного вживання алкоголю виявлено у 3 батьків (6%). Окремої уваги потребує наявність safety flag у 2 респондентів, що вказувало на потребу додаткової уваги до їхнього психоемоційного стану. У межах цього дослідження цей показник не аналізувався як окрема змінна через малу кількість випадків. Описові статистики за шкалою МНАІ наведено у Додатку Е.

Показники депресивної та посттравматичної симптоматики у значної частини батьків перевищували скринінгові пороги. В умовах війни батьки одночасно перебувають у стані власного психоемоційного навантаження та виконують функцію емоційної підтримки й ко-регуляції для дитини, що робить їх психоемоційний стан важливим контекстуальним чинником при інтерпретації психосоматичних симптомів у дітей.

2.4. Асоціації між травматичним досвідом та психосоматичними симптомами

Для аналізу взаємозв'язків між показниками травматичного досвіду, психоемоційного стану батьків та психосоматичними симптомами дітей було використано кореляційний аналіз та ієрархічну множинну регресію. З огляду на невеликий обсяг вибірки ($n = 50$), а також порушення нормальності розподілу частини основних змінних за критерієм Шапіро–Уїлка ($p < ,05$), для кореляційного аналізу використовувався коефіцієнт кореляції Спірмена як непараметричний статистичний критерій, придатний для аналізу ненормально розподілених даних. Детальну описову таблицю можна знайти в Додатку Ж.

Кореляція між кількістю пережитих травматичних подій (CATS trauma score) та загальним показником психосоматичних симптомів (SHIELD) виявилася слабкою та статистично незначущою ($p = 0,108$, $p = ,457$). Таким чином, у межах цієї вибірки кумулятивна кількість зафіксованих травматичних подій не продемонструвала статистично значущого зв'язку з інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей (Додаток З).

Подібний результат свідчить про те, що простий кількісний підрахунок травматичних подій не завжди достатньо відображає індивідуальний рівень дистресу та суб'єктивну значущість пережитого досвіду для дитини. Ймовірно, важливу роль у формуванні психосоматичних симптомів відіграє не лише сам факт наявності травматичних подій, а й особливості посттравматичного реагування, стан регуляторних механізмів та сімейний емоційний контекст.

Додатковий блок травматичних подій також продемонстрував слабкий позитивний, проте статистично незначущий зв'язок із психосоматичними симптомами ($p = 0,215$, $p = ,133$). Отриманий результат узгоджується з припущенням про те, що психосоматичні симптоми дітей можуть бути пов'язані не стільки з кумулятивною кількістю стресових подій, скільки з рівнем актуального посттравматичного дистресу та особливостями регуляторного реагування.

На відміну від кількості травматичних подій, показник посттравматичного дистресу дитини (CATS distress score) продемонстрував статистично значущу сильну позитивну кореляцію з психосоматичними симптомами ($p = 0,647$, $p < ,001$). Вищий рівень посттравматичної симптоматики був пов'язаний із вищою інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей. (Додаток 3).

Отриманий результат свідчить про те, що психосоматичні симптоми у дітей можуть бути тісніше пов'язані не стільки з кумулятивною кількістю травматичних подій, скільки з рівнем посттравматичного реагування на них. Така інтерпретація узгоджується із сучасними уявленнями про спільні механізми посттравматичних і психосоматичних проявів, пов'язані з хронічною активацією систем стресу, регуляторним перевантаженням, вегетативною дисрегуляцією, порушеннями сну, сенсорною гіперчутливістю та труднощами емоційної регуляції.

Отримані результати також узгоджуються з даними якісного етапу дослідження, у межах якого експерти та батьки неодноразово описували дітей як таких, що перебувають у стані «режиму небезпеки», підвищеної настороженості та нервового перенапруження.

Помірні позитивні кореляції з психосоматичними симптомами дітей продемонстрували також показники психоемоційного стану батьків. Загальний показник психоемоційного дистресу батьків (MNAI total score) був статистично значуще пов'язаний із психосоматичними симптомами дітей ($p = 0,364$, $p = ,009$). Аналогічні асоціації були виявлені для окремих показників депресії ($p = 0,357$, $p = ,011$), посттравматичного дистресу ($p = 0,355$, $p = ,012$) та тривоги ($p = 0,353$, $p = ,012$).

Отримані результати свідчать про те, що психоемоційний стан батьків може бути одним із важливих контекстуальних чинників психосоматичних проявів у дітей. Водночас ці результати потребують обережної інтерпретації, оскільки як психоемоційний стан батьків, так і симптоми дитини оцінювалися

одним і тим самим респондентом, що створює ризик ефекту спільного методу оцінювання.

Попри це, результати кількісного аналізу узгоджуються з даними якісного етапу дослідження, у межах якого батьки та експерти неодноразово описували дітей як дуже чутливих до батьківського емоційного стану, напруження, конфліктів та крику в сім'ї. Це дозволяє припустити, що сімейний емоційний клімат може виступати одним із чинників підтримання або посилення психосоматичних симптомів у дітей в умовах хронічного стресу.

Для перевірки унікального внеску окремих груп предикторів у пояснення психосоматичних симптомів було проведено ієрархічну множинну регресію. Залежною змінною виступав загальний показник психосоматичних симптомів за SHIELD. Предиктори вводилися послідовно у три блоки: Блок 1- демографічні змінні (стать та вік дитини); Блок 2- показники психоемоційного стану батьків (MHAИ depression, MHAИ PTSD, MHAИ anxiety); Блок 3- показники травматичного досвіду дитини (CATS trauma score та CATS distress score).

Модель 1, що включала лише демографічні змінні, пояснювала близько 5% дисперсії психосоматичних симптомів ($R^2 = 0,050$). Додавання показників психоемоційного стану батьків у Моделі 2 підвищило пояснювальну силу моделі до 20,2% ($\Delta R^2 = 0,152$), однак цей приріст не досяг рівня статистичної значущості ($p = ,052$).

Найбільший приріст пояснювальної сили спостерігався після додавання показників травматичного досвіду дитини у Моделі 3 ($\Delta R^2 = 0,258$, $p < ,001$), у результаті чого фінальна модель пояснювала близько 46% дисперсії психосоматичних симптомів.

Аналіз коефіцієнтів фінальної моделі показав, що єдиним статистично значущим незалежним предиктором психосоматичних симптомів виявився рівень посттравматичного дистресу дитини (CATS distress score, $p < ,001$). Кумулятивна кількість травматичних подій (CATS trauma score, $p = ,220$), а

також показники психоемоційного стану батьків не досягли рівня статистичної значущості у фінальній моделі.

Це може свідчити про часткове перекриття пояснювальної дисперсії між психоемоційним станом батьків та рівнем посттравматичного дистресу дитини. Іншими словами, зв'язок психоемоційного стану батьків із психосоматичними симптомами дітей може частково реалізовуватись через актуальний рівень дистресу самої дитини.

Обговорення результатів у контексті гіпотези

Гіпотеза дослідження передбачала, що інтенсивність психосоматичних симптомів у дітей 6–10 років матиме сильнішу асоціацію з кумулятивною кількістю пережитих травматичних подій, ніж з окремими типами травматичного досвіду. Отримані результати не підтвердили цю гіпотезу в її початковому формулюванні.

Кількість травматичних подій сама по собі не продемонструвала значущого зв'язку з психосоматичними симптомами ($p = 0,108$, $p = ,457$), тоді як рівень посттравматичного дистресу дитини виявився сильним та статистично значущим незалежним предиктором психосоматичних симптомів ($p = 0,647$, $p < ,001$). Цей результат підтвердився і в регресійному аналізі, де саме CATS distress score залишився єдиним незалежним предиктором у фінальній моделі.

Таким чином, отримані результати дозволяють уточнити початкову модель взаємозв'язку між травматичним досвідом та психосоматичними симптомами. Важливішим виявився не сам факт накопичення травматичних подій, а інтенсивність посттравматичного реагування на них. Це дозволяє розглядати психосоматичні симптоми у дітей не як прямий наслідок окремих стресових подій, а як результат складної взаємодії між рівнем дистресу, станом регуляторних систем, сімейним контекстом та психоемоційним станом батьків.

Отримані результати також узгоджуються з даними якісного етапу дослідження, у межах якого батьки та експерти описували психосоматичні

прояви дітей через категорії хронічної напруги, сенсорної гіперчутливості, тілесного перенапруження та «режиму небезпеки». Це додатково підтримує припущення про важливу роль регуляторного перевантаження та хронічної мобілізації у формуванні психосоматичних симптомів у дітей, які зростають в умовах війни.

Під час інтерпретації результатів необхідно враховувати низку обмежень дослідження. По-перше, обсяг вибірки ($n = 50$) є прийнятним для описового та попереднього кореляційного аналізу, однак обмежує статистичну потужність дослідження та можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію.

По-друге, усі кількісні дані були отримані від батьків як проксі-респондентів, що створює ризик ефекту спільного методу оцінювання та потенційного суб'єктивного викривлення оцінок. По-третє, кореляційний дизайн дослідження не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки. По-четверте, вибірка є зручною та не репрезентує генеральну сукупність українських дітей молодшого шкільного віку.

Подальші дослідження доцільно проводити на більших вибірках із залученням кількох джерел оцінювання стану дитини, зокрема самооцінки дітей, клінічної оцінки фахівців та оцінок учителів. Перспективним також є проведення лонгітюдних досліджень для аналізу змін психосоматичних симптомів у часі та вивчення факторів, що можуть посилювати або послаблювати їхній зв'язок із травматичним досвідом.

Висновки до Розділу 2

Емпіричне дослідження, проведене в межах змішаної дослідницької стратегії, дозволило проаналізувати взаємозв'язок між травматичним досвідом та психосоматичними симптомами у дітей молодшого шкільного віку в умовах воєнного контексту. Поєднання якісного та кількісного етапів забезпечило можливість як глибокого розуміння досвіду дітей, батьків і фахівців, так і статистичної перевірки виявлених закономірностей.

За результатами якісного етапу було виділено шість основних тематичних категорій. По-перше, зафіксовано загострення психосоматичних симптомів після початку повномасштабного вторгнення: учасники описували посилення вже наявних соматичних проявів, а також появу нових симптомів, пов'язаних із нервовим перенапруженням і підвищеною сенсорною чутливістю. По-друге, виявлено різнорівневий характер психотравмуючого впливу війни, що охоплює як прямий контакт із небезпекою, так і досвід вимушеного переміщення та непряму експозицію через інформаційне середовище й емоційний стан дорослих. По-третє, підтверджено роль тіла як способу вираження емоційного напруження: психосоматичні симптоми виступали одним із провідних способів реагування дітей, особливо молодшого віку, на емоційний дистрес, що не може бути повною мірою вербалізований. По-четверте, встановлено двоїсту роль родинного середовища: воно може як підсилювати, так і послаблювати психосоматичну симптоматику залежно від психоемоційного стану батьків та характеру внутрішньосімейної взаємодії. По-п'яте, переїзд та втрата звичного середовища описувалися як окремий і самотійний психотравмуючий досвід, значущість якого для дитини нерідко виявлялася вищою, ніж об'єктивна небезпека. По-шосте, зафіксовано комплекс симптомів хронічної настороженості, сенсорної гіперчутливості та регресивних реакцій, що відображають втрату базового відчуття безпеки та стабільності.

За результатами кількісного етапу встановлено, що переважна більшість дітей у вибірці (94%) мала хоча б один психосоматичний симптом, а 36%

демонстрували три та більше виражених психосоматичних симптомів. Найпоширенішими симптомами були головний біль, біль у животі, нудота та проблеми з апетитом. Рівень посттравматичного дистресу, що відповідав скринінговому порозу можливого ПТСР, зафіксовано у 44% дітей; ще у 16% виявлено помірний рівень дистресу. Психоемоційний стан значної частини батьків також перевищував скринінгові пороги за показниками депресії (46%) та посттравматичного дистресу (56%).

Кореляційний аналіз виявив, що кумулятивна кількість пережитих травматичних подій не мала статистично значущого зв'язку з інтенсивністю психосоматичних симптомів ($r = 0,108$, $p = ,457$), тоді як рівень посттравматичного дистресу дитини продемонстрував сильний та статистично значущий позитивний зв'язок із психосоматичними симптомами ($r = 0,647$, $p < ,001$). Показники психоемоційного стану батьків також були помірно, але статистично значуще пов'язані з психосоматичними проявами дітей (MNAI total: $r = 0,364$, $p = ,009$).

За даними ієрархічної множинної регресії, фінальна модель пояснювала близько 46% дисперсії психосоматичних симптомів. Єдиним статистично значущим незалежним предиктором залишився рівень посттравматичного дистресу дитини (CATS distress score, $p < ,001$), тоді як кількість травматичних подій та показники психоемоційного стану батьків не досягали статистичної значущості у фінальній моделі, що може свідчити про часткове перекриття їхньої пояснювальної дисперсії з рівнем дистресу самої дитини.

Таким чином, гіпотеза дослідження про провідну роль кумулятивної кількості травматичних подій не підтвердилася. Натомість отримані результати вказують на те, що психосоматичні симптоми у дітей молодшого шкільного віку є не стільки прямим наслідком кількості пережитих стресових подій, скільки відображенням інтенсивності посттравматичного реагування, стану регуляторних систем та сімейного емоційного контексту. Це узгоджується із сучасними уявленнями про спільні нейробіологічні механізми

посттравматичних і психосоматичних проявів, пов'язані з хронічною активацією стрес-відповіді, вегетативною дисрегуляцією та виснаженням адаптаційних ресурсів організму.

Результати обох етапів дослідження взаємно доповнюють одне одного та формують узгоджену картину, відповідно до якої психосоматичні прояви у дітей в умовах війни мають багатofакторний характер і потребують комплексного підходу до оцінки та психологічного супроводу. Такий підхід має включати як роботу безпосередньо з дитиною, так і підтримку батьків та сімейного емоційного клімату загалом.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЕДУКАЦІЙНОГО ТРЕНІНГУ ДЛЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД

3.1. Методологічна основа психоедукаційного тренінгу

Розроблена програма психоедукаційного тренінгу для батьків ґрунтується на результатах якісного та кількісного етапів цього дослідження, теоретичних положеннях першого розділу, а також на міжнародних даних щодо ефективних підходів до психологічного супроводу сімей в умовах травматичного стресу.

Результати кількісного етапу дослідження виявили значущі асоціації між психоемоційним станом батьків та психосоматичними симптомами дітей. Зокрема, посттравматичний дистрес батьків корелював із психосоматичними симптомами дитини на рівні $p = 0,355$ ($p = ,012$), депресивна симптоматика- $p = 0,357$ ($p = ,011$), а загальний показник психоемоційного дистресу- $p = 0,364$ ($p = ,009$). Крім того, 56% батьків вибірки перевищували скринінговий поріг посттравматичного дистресу, а 46%- поріг депресивної симптоматики. Ці дані свідчать про те, що батьки є важливим фокусом психоедукаційної роботи у системі «батьки- дитина», а не лише допоміжним контекстом.

Дані якісного дослідження додатково підтверджують цей висновок: батьки та експерти послідовно описували, як загальний рівень напруження в сім'ї, стиль реагування дорослих і характер взаємодії впливають на стан дитини навіть без прямого обговорення травматичних подій. Зокрема, один з експертів зазначав: «Малюк завжди відображає стан мами. Якщо мама всередині в хаосі, дитина буде поводитися збивливо, неконтрольовано» (EXP4). Водночас батьки описували захисний ефект власного емоційного спокою на симптоматику дитини.

Разом ці дані обґрунтовують доцільність батькоцентрованого підходу до роботи з психосоматичними симптомами у дітей, реалізованого у форматі психоедукації. Психоедукація як метод передбачає надання учасникам науково

обґрунтованої інформації про психологічні явища, механізми їх виникнення та способи реагування з метою підвищення психологічної компетентності та розвитку адаптивних стратегій поведінки (Lukens & McFarlane, 2004). На відміну від психотерапії, психоедукація не є клінічним втручанням і може проводитися психологами у профілактичному форматі для широкої аудиторії батьків.

Програма базується на інтеграції кількох теоретичних підходів, детально обґрунтованих у першому розділі.

Біопсихосоціальна модель здоров'я (Engel, 1977) є основним методологічним фреймом програми. Відповідно до цієї моделі, психосоматичні симптоми розглядаються як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, а не як виключно медична проблема. Це дозволяє батькам зрозуміти, чому у дитини виникають соматичні симптоми за відсутності органічної причини та чому психологічна підтримка може бути терапевтично значущою.

Теорія прив'язаності (Bowlby, 1969/1982) забезпечує концептуальну основу для розуміння ролі батьків як регуляторів емоційного стану дитини. Поняття безпечної бази, ко-регуляції та трансмісії тривоги є центральними для змісту програми, оскільки дозволяють пояснити механізми впливу психоемоційного стану батьків на стан дитини.

Концепція кумулятивної травматизації та полівіктимізації (Finkelhor et al., 2007; Naahr-Pedersen et al., 2020) обґрунтовує зміст блоку про травматичний досвід: батьки отримують розуміння того, що накопичення стресових подій може підвищувати ризик психологічного перевантаження, а події, які здаються дорослим несуттєвими, можуть мати значний вплив на дитину. Водночас результати цього дослідження показали, що вирішальним чинником психосоматичних симптомів є не сама кількість травматичних подій ($p = 0,108$,

$p = ,457$), а інтенсивність посттравматичного реагування на них ($p = 0,647$, $p < ,001$).

Нейробіологічні моделі стрес-реакції та вегетативної регуляції (Kozłowska et al., 2020; Venn et al., 2025) забезпечують науково обґрунтоване, але доступне пояснення того, чому стрес «переходить у тіло»- ключове питання для батьків, чийі діти мають психосоматичні симптоми.

Концепція менталізації та алекситимії (Fonagy et al., 2023; Adamowicz et al., 2024) лежить в основі практичного блоку програми, присвяченого розвитку емоційної грамотності у дітей: батьки навчаються розпізнавати та називати емоції дитини, що є першим кроком до подолання алекситимічних патернів.

Програма побудована на таких принципах: принцип травма-інформованості передбачає, що вся комунікація з батьками здійснюється з урахуванням того, що вони самі перебувають в умовах хронічного стресу та можуть мати власний травматичний досвід. Це означає відсутність оцінювальних суджень, визнання складності їхньої ситуації та уникання рекомендацій, що передбачають ресурси, яких у батьків може не бути.

Також ми визначили, що принцип нормалізації передбачає, що психосоматичні симптоми дитини та психологічний дистрес батьків представляються як зрозумілі та природні реакції на ненормальні обставини, а не як патологія або недолік виховання.

Принцип практичності означає, що кожен теоретичний блок супроводжується конкретними, доступними стратегіями, які батьки можуть застосувати без спеціальної підготовки та значних ресурсів.

Принцип системності відображає розуміння того, що дитина та батьки є взаємопов'язаними елементами сімейної системи, і тому програма спрямована одночасно на підвищення компетентності батьків щодо потреб дитини та на підтримку власного психоемоційного стану батьків.

Принцип доказовості передбачає, що всі рекомендації програми ґрунтуються на даних емпіричних досліджень, включаючи результати цього дослідження.

Програма розрахована на батьків або законних опікунів дітей молодшого шкільного віку (6–10 років), які зростають в умовах воєнного стресу або мають досвід вимушеного переміщення. Оптимальна група- 8–15 учасників, що забезпечує можливість як групової дискусії, так і індивідуального залучення. Програма може реалізовуватися в онлайн- або офлайн-форматі без суттєвих змін у змісті.

Тренінг розрахований на 3 астрономічні години та включає чергування психоедукаційних міні-лекцій, групових обговорень, практичних вправ і рефлексивних пауз. Таке чергування форматів обумовлене як дидактичними міркуваннями, так і урахуванням особливостей цільової аудиторії: батьки в умовах хронічного стресу можуть мати знижену здатність до тривалої концентрації, тому суто лекційний формат є менш ефективним.

Програма може проводитися практичним психологом або психологом-консультантом із базовою підготовкою у сфері дитячої та травма-інформованої психології. Оскільки програма має психоедукаційний, а не психотерапевтичний характер, її реалізація не потребує спеціалізованої підготовки у конкретних психотерапевтичних модальностях.

3.2. Опис програми психоедукаційного тренінгу

Назва програми: «Моя дитина і стрес: як розуміти та підтримувати дитину в умовах воєнного часу».

Тривалість програми- 3 астрономічні години (180 хвилин). Формат роботи- психоедукаційний тренінг із елементами групового обговорення, практичних вправ та рефлексії. Цільовою аудиторією програми є батьки та законні опікуни дітей молодшого шкільного віку (6–10 років), які зростають в умовах воєнного стресу або мають досвід вимушеного переміщення. Оптимальна кількість учасників групи- 8–15 осіб. Програма може реалізовуватися як в офлайн-, так і в онлайн-форматі (Zoom, Google Meet) без суттєвих змін змісту.

Метою програми є підвищення психологічної компетентності батьків щодо розуміння психосоматичних симптомів у дітей, механізмів їх виникнення в умовах травматичного стресу та способів підтримки дитини, а також усвідомлення значення власного психоемоційного стану для благополуччя дитини.

Основними завданнями програми є:

- надання батькам науково обґрунтованої інформації про взаємозв'язок між стресом, травматичним досвідом та психосоматичними симптомами у дітей;
- розширення уявлень про спектр психотравмуючих подій та особливості дитячого реагування на них;
- формування розуміння ролі батьків як регуляторів емоційного стану дитини;
- ознайомлення учасників із практичними стратегіями підтримки дітей у домашніх умовах;
- підвищення обізнаності щодо власного психоемоційного стану та критеріїв звернення по фахову допомогу.

Програма складається з чотирьох тематичних блоків, об'єднаних спільною логікою: від розуміння природи психосоматичних симптомів- до

формування конкретних навичок підтримки дитини та турботи про власний психоемоційний стан.

Таблиця 3.1

Графік програми

Блок	Тема	Формат	Тривалість
Вступ	Знайомство та встановлення контакту	Групова вправа	15 хв
Блок 1	Стрес, травма і тіло дитини	Міні-лекція + обговорення	45 хв
Блок 2	Як розпізнати психосоматичні симптоми	Міні-лекція + групова робота	40 хв
Пауза	—	—	10 хв
Блок 3	Практичні стратегії підтримки дитини	Міні-лекція + практичні вправи	45 хв
Блок 4	Турбота про себе як про батька/матір	Міні-лекція + рефлексія	20 хв
Завершення	Підсумки та зворотний зв'язок	Групова рефлексія	5 хв
Разом	—	—	180 хв

Вступна частина спрямована на створення безпечної атмосфери та встановлення контакту між учасниками. Батькам пропонується коротка вправа-знайомство, після чого ведучий презентує структуру тренінгу, правила групової взаємодії та основну мету програми. Особлива увага приділяється нормалізації переживань батьків та створенню атмосфери безоцінного прийняття.

Перший блок присвячений розумінню взаємозв'язку між стресом, травматичним досвідом та тілесними проявами у дітей. Учасники отримують базову інформацію про психотравмуючий досвід, особливості дитячого реагування на стрес та механізми виникнення психосоматичних симптомів.

Окремо обговорюється суб'єктивний характер травматичного досвіду та значення кумулятивного стресового навантаження. У межах блоку також пояснюється нейробіологічний механізм стрес-реакції у доступній для батьків формі: хронічна активація систем стресу може проявлятися через тілесні симптоми, порушення сну, сенсорну гіперчутливість та поведінкові зміни.

Особливу увагу приділено віковим особливостям дітей 6–10 років. Підкреслюється, що діти молодшого шкільного віку не завжди можуть достатньо усвідомлювати або вербалізувати власний емоційний стан, у зв'язку з чим переживання часто проявляються через тіло, поведінку або гру. Також розглядаються типові регресивні реакції, підвищена тривожність, агресивність, замкненість та інші можливі прояви дистресу.

Другий блок спрямований на формування навичок розпізнавання психосоматичних симптомів у дітей. Учасникам презентується систематизований перелік тілесних, поведінкових та регуляторних симптомів, сформований на основі результатів цього дослідження та міжнародних клінічних даних. Окремо обговорюються найбільш поширені симптоми: головний біль, біль у животі, нудота, порушення апетиту, м'язове напруження, труднощі зі сном, тики та звукова гіперчутливість.

Батькам пояснюється, що психосоматичні симптоми є реальними тілесними переживаннями, а не симуляцією чи маніпуляцією з боку дитини. Водночас наголошується на необхідності медичного обстеження для виключення органічних причин симптомів. У межах групової роботи учасники аналізують власний досвід спостереження за симптомами дитини та вчаться помічати можливий зв'язок між стресовими подіями та тілесними реакціями.

Третій блок має практичну спрямованість і присвячений конкретним стратегіям підтримки дитини. Центальною темою блоку є роль батьків як регуляторів емоційного стану дитини. Учасникам пояснюється механізм

ко-регуляції: дитина значною мірою орієнтується на психоемоційний стан дорослого та невербально зчитує рівень його напруження або безпеки.

У межах блоку розглядаються практичні стратегії підтримки дитини:

- створення передбачуваності та стабільності у повсякденному житті;
- підтримка емоційної грамотності через називання та визнання емоцій;
- використання простих технік тілесної регуляції (дихальні вправи, м'язова релаксація, вправи на заземлення);
- обмеження надмірного контакту дитини з травматичним інформаційним контентом;
- алгоритм реагування на психосоматичний симптом без знецінення переживань дитини.

Практична частина блоку включає вправу «Якорі безпеки», спрямовану на пошук індивідуальних способів стабілізації та відновлення відчуття безпеки як у батьків, так і у дітей.

Четвертий блок присвячений психоемоційному стану самих батьків. Учасникам пояснюється, що турбота про власний стан є важливою умовою підтримки дитини, а не проявом егоїзму. Нормалізуються переживання тривоги, виснаження, депресивних або посттравматичних симптомів в умовах тривалого воєнного стресу. Окремо обговорюються критерії, за яких доцільним є звернення по психологічну або психотерапевтичну допомогу.

У межах рефлексивної вправи учасникам пропонується визначити одну конкретну дію, спрямовану на підтримку власного психоемоційного стану протягом найближчого часу.

Завершальна частина тренінгу включає коротке підбиття підсумків, групову рефлексію та надання учасникам роздаткового матеріалу з основними стратегіями підтримки дитини та контактами ресурсів психологічної допомоги.

Приклад роздаткового матеріалу з стратегіями підтримки

Стратегія	Практичний зміст
Передбачуваність	Підтримання рутин, попередження про зміни
Емоційна грамотність	Називання та визнання емоцій дитини
Тілесна регуляція	Дихальні вправи, м'язова релаксація
Дозована інформація	Обмеження надмірного контакту з новинами
Реагування на симптом	Визнання переживань та спокійна присутність
Турбота про себе	Регулярний відпочинок та соціальна підтримка

Очікуваними результатами програми є підвищення обізнаності батьків щодо психосоматичних симптомів у дітей, формування навичок розпізнавання ознак психологічного дистресу та опанування базових стратегій підтримки дитини у домашніх умовах. Також передбачається підвищення усвідомлення значення власного психоемоційного стану для благополуччя дитини та обізнаності щодо критеріїв звернення по фахову допомогу.

Програма може впроваджуватися у межах діяльності психологічних служб закладів освіти, психосоціальних центрів підтримки, громадських організацій та онлайн-платформ психологічної допомоги сім'ям, які проживають в умовах воєнного стресу або мають досвід вимушеного переміщення.

Висновки до Розділу 3

У третьому розділі представлено програму психоедукаційного тренінгу для батьків дітей, які пережили травматичний досвід в умовах війни. Програма розроблена на основі результатів якісного та кількісного етапів цього дослідження, а також теоретичних положень біопсихосоціальної моделі, теорії прив'язаності, концепції кумулятивної травматизації та нейробіологічних моделей стрес-реакції.

Обґрунтування батькоцентрованого підходу спирається на результати кореляційного аналізу: посттравматичний дистрес батьків ($\rho = 0,355$, $p = ,012$), депресивна симптоматика ($\rho = 0,357$, $p = ,011$) та тривога ($\rho = 0,353$, $p = ,012$) були статистично значуще пов'язані з психосоматичними симптомами дітей. Клінічно значущий рівень посттравматичного дистресу виявлено у 56% батьків вибірки, депресивної симптоматики- у 46%, що підкреслює актуальність психоедукаційної підтримки цієї групи.

Програма «Моя дитина і стрес: як розуміти та підтримувати дитину в умовах воєнного часу» розрахована на 3 астрономічні години та включає чотири тематичні блоки: розуміння механізмів психосоматичних симптомів; розпізнавання симптомів; практичні стратегії підтримки дитини; турбота про власний психоемоційний стан. Програма побудована на принципах травма-інформованості, нормалізації, практичності, системності та доказовості.

Очікувані результати програми включають підвищення психологічної компетентності батьків у сфері розуміння психосоматичних симптомів, формування практичних навичок підтримки дитини та підвищення обізнаності щодо власного психоемоційного стану.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на вивчення особливостей взаємозв'язку травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку, які зростають в умовах війни, а також на розробку програми психоедукаційного психологічного тренінгу для батьків дітей молодшого шкільного віку. Поставлену мету було досягнуто, а завдання дослідження виконано.

1. На основі теоретичного аналізу сучасної наукової літератури було окреслено основні психологічні підходи до розуміння взаємозв'язку травматичного досвіду та психосоматичних симптомів у дітей. Встановлено, що психосоматичні симптоми розглядаються як результат взаємодії психологічних, нейробіологічних та соціальних чинників. Аналіз сучасних психодинамічних і біопсихосоціальних концепцій показав, що важливу роль у формуванні психосоматичних проявів відіграють порушення афективної, емоційної та вегетативної регуляції, а також труднощі символізації й опрацювання стресового досвіду. Сучасні дослідження підтверджують зв'язок між травматичним досвідом, посттравматичним дистресом та підвищеною інтенсивністю функціональних соматичних симптомів у дітей.

2. Аналіз сучасних емпіричних досліджень українських та зарубіжних авторів засвідчив, що травматичний досвід асоціюється з підвищеним ризиком розвитку психосоматичних симптомів у дитячому віці. Особливої уваги набувають дані про роль кумулятивної травматизації, посттравматичного стресу, тривоги, сімейного функціонування та емоційної підтримки як чинників, пов'язаних із соматичними проявами. Водночас було встановлено, що психосоматичні симптоми не є прямим наслідком окремих травматичних подій, а формуються внаслідок складної взаємодії між пережитим досвідом, індивідуальними регуляторними механізмами та особливостями сімейного середовища.

3. У результаті якісного етапу дослідження було виявлено низку тем, що характеризують особливості переживання травматичного досвіду та його тілесних проявів у дітей. Встановлено тенденцію до загострення психосоматичних і регуляторних симптомів після початку повномасштабного вторгнення. Найчастіше учасники описували сенсорну гіперчутливість, підвищену тривожність, нервові перенапруження, тілесні прояви емоційного дистресу, регресивні симптоми, порушення сну та труднощі адаптації після вимушеного переселення. Особливого значення набули теми сімейного емоційного клімату, страху втрати близьких, розлуки та порушення відчуття безпеки. Отримані результати дозволили розглядати психосоматичні симптоми не лише як реакцію на окремі травматичні події, а як прояв хронічного регуляторного перевантаження дитини в умовах тривалого стресу.

4. За результатами кількісного етапу дослідження встановлено, що висунута гіпотеза про сильніший зв'язок психосоматичних симптомів із кумулятивною кількістю пережитих травматичних подій не знайшла емпіричного підтвердження. Статистично значущого взаємозв'язку між кількістю пережитих травматичних подій та інтенсивністю психосоматичних симптомів у дітей виявлено не було. Водночас було зафіксовано статистично значущі асоціації між психосоматичними симптомами дітей та показниками психоемоційного стану батьків, зокрема рівнем посттравматичного стресу, депресивних симптомів і проблемного вживання алкоголю. Отримані результати свідчать про те, що психосоматичні симптоми дітей можуть бути тісніше пов'язані з актуальним рівнем сімейного дистресу та регуляторного перевантаження сімейної системи, ніж із самою кількістю пережитих травматичних подій.

5. На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було розроблено програму психоедукаційного психологічного супроводу батьків дітей молодшого шкільного віку, які пережили травматичний досвід. Програма спрямована на підвищення обізнаності батьків щодо психосоматичних проявів у дітей, механізмів впливу травматичного стресу на

психіку та тіло дитини, ролі сімейного емоційного клімату у підтриманні або послабленні симптомів, а також на формування навичок емоційної підтримки та співрегуляції. Розроблена програма може використовуватись у практичній діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців освітніх закладів.

Отримані результати не вичерпують усіх аспектів досліджуваної проблеми та відкривають перспективи для подальших наукових пошуків. Доцільним є проведення лонгітюдних досліджень для вивчення динаміки психосоматичних симптомів у дітей в умовах тривалого воєнного стресу, а також дослідження ролі окремих чинників сімейного функціонування, батьківської регуляції та посттравматичного дистресу батьків у формуванні психосоматичних проявів у дітей. Перспективним також є розширення вибірки та проведення досліджень на різних вікових групах дітей для уточнення вікової специфіки виявлених закономірностей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анопрієнко, О. В. (2017). *Стиль батьківської поведінки як чинник виникнення і подолання хронічного стресу в підлітковому віці*.
2. Богданов, С. О., та ін. (2021). *Опитувальник оцінки психічного здоров'я МНАІ*. Національний університет «Києво-Могилянська академія».
3. Грандт, В. В. (2023). Чинники появи психосоматичного симптому в юнацькому віці. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-362-0-3>
4. Грицюк, І. М. (2016). Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Науковий вісник Херсонського державного університету*.
5. Грицюк, І. М., & Хлівна, О. (2021). Психологічні особливості впливу стресу на виникнення психосоматичних розладів у дітей старшого шкільного віку. *Психологічні перспективи*, 37, 55–67. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-55-67>
6. Зімовіна, Т. Є., & Фільчакова, А. С. (2018). Взаємозв'язок між захворюваністю дитини та стосунками у сім'ї. *Проблеми сучасної психології*, 40, 128–137. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2018-40.128-137>
7. Коренєв, М. М., Лебець, І. С., Толмачова, С. Р., Ніконова, В. В., Проскуріна, Т. Ю., & Матковська, Т. М. (2017). Стан психічного та соматичного здоров'я дітей з зони АТО. *Здоров'я дитини*, 12(1). <https://doi.org/10.22141/2224-0551.12.1.2017.95016>
8. Лисиця, Ю. О. (2019). Психосоматичні розлади у дітей та підлітків: клініко-психологічний аналіз. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 4(2).
9. Масік, О. І. (2016a). Клініко-психопатологічні аспекти тривожності при психосоматичних розладах у підлітків. *Архів психіатрії*, 22(2).
10. Масік, О. І. (2016b). Особливості темпераменту підлітків з психосоматичними розладами. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 3(6).

11. Масік, О. І. (2016с). Стан загальноадаптивних та дезадаптивних реакцій при психосоматичних розладах у підлітків. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*.
12. Масік, О. І. (2017). Депресивний синдром у структурі психосоматичних розладів у підлітків та його корекція. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*.
13. Масік, О. І. (2019). Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями. *Архів психіатрії*, 25(1).
14. Масік, О. І., Пипа, Л. В., & Лисиця, Ю. М. (2016). Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків. *Практикуючий лікар*, 5(2).
15. Пипа, Л. В. (2018). *Психосоматичні розлади у дітей: сучасний погляд на проблему*.
16. Прокопов, В. М. (2023). Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/26>
17. Рациборинська-Полякова, Н. В., & Масік, О. І. (2017). Порівняльна оцінка різноспрямованих підходів до лікування психосоматичних розладів у підлітків. *Архів психіатрії*, 23(2).
18. Сохор, Н., Ясній, О., Смашна, О., & Гашімова, Н. (2024). Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.471>
19. Шлієнкова, Н., та ін. (2025). Психічне та соматичне здоров'я дітей в умовах війни: вплив кумулятивного травматичного досвіду. *Український психологічний журнал*, 3(21), 41–58.
20. Якимчук, О., & Ханецька, Т. (2021). Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. *Науковий часопис*

[https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.14\(59\).10](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2021.14(59).10)

21. Adamowicz, J. L., Sirotiak, Z., & Thomas, E. B. K. (2024). Childhood maltreatment and somatic symptoms: Examining the role of specific types of childhood maltreatment and alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001315>

22. Bae, S. M., Kang, J. M., Chang, H. Y., Han, W., & Lee, S. H. (2018). PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization. *PLOS ONE*, 13(6), e0199138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199138>

23. Baliko, L. C. M., Selistre, L. da S., Hessler, D., Thakur, N., Long, D., da Silva, E. R., & de Souza, V. C. (2023). Pediatric ACEs and related life-events screener (PEARLS-BR) latent domains and child health in a Brazilian sample: A confirmatory factor analysis and correlation study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2024-0059>

24. Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books. (Original work published 1969)

25. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

26. Bürgin, D., Clemens, V., Witt, A., Sachser, C., Jud, A., Brähler, E., Strauß, B., Petrowski, K., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Adverse childhood experiences increase the risk for low perceived social participation and health-related quality of life in a large-scale population-based study in Germany. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106382. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106382>

27. Cozzi, G., Minute, M., Skabar, A., Pirrone, A., Jaber, M., Neri, E., Montico, M., Ventura, A., & Barbi, E. (2017). Somatic symptom disorder was common in children and adolescents attending an emergency department complaining of pain. *Acta Paediatrica*, 106(10), 1612–1618.

28. Dahlqvist, H., Gillander Gådin, K., & Landstedt, E. (2025). Peer violence poly-victimization in youth and associations to psychosomatic symptoms: A

- latent class analysis. *Child Indicators Research*.
<https://doi.org/10.1007/s42448-024-00218-8>
29. Díez-Suárez, A., & Hernández-González, C. (2025). Somatization in childhood and adolescence: A guide to facilitate its understanding. *Anales de Pediatría*, 102(5), 503711. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2025.503711>
30. Dutcher, E. G., Verosky, S. C., Mendes, W. B., & Mayer, S. E. (2024). Localizing somatic symptoms associated with childhood maltreatment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 121(10), e2318128121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2318128121>
31. Eilers, H., aan het Rot, M., & Jeronimus, B. F. (2023). Childhood trauma and adult somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 85(6), 537–545. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001208>
32. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
33. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
34. Ferger, M. D., Sigrist, C., Brodesser, S., Kaess, M., & Koenig, J. (2024). Alterations of the endocannabinoid system in adolescents with non-suicidal self-injury as a function of childhood maltreatment. *Translational Psychiatry*, 14, 374. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03205-2>
35. Fernandez, A., Askenazy, F., Zeghari, R., Auby, P., Robert, P., Thümmel, S., & Gindt, M. (2024). Somatic and posttraumatic stress symptoms in children and adolescents in France. *JAMA Network Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.7193>
36. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26.

37. Fonagy, P., Campbell, C., & Luyten, P. (2023). Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and now (2022). *Brain Sciences*, 13(3), 459. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030459>
38. Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R. (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: Results from an online survey study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1606625. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1606625>
39. Glaesmer, H., Kuwert, P., Brähler, E., & Kaiser, M. (2017). Childhood maltreatment in children born of occupation after WWII in Germany and its association with mental disorders. *Psychological Medicine*, 47(8), 1411–1419. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000369>
40. Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F., & Di Trani, M. (2024). How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. *Healthcare*, 12(2), 203. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203>
41. Grigorian, K., Östberg, V., Raninen, J., & Brodin Låftman, S. (2023). Parenting practices and psychosomatic complaints among Swedish adolescents. *International Journal of Public Health*, 68, 1606580. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606580>
42. Guo, X., Tang, G., Lin, F., Fang, H., Chen, J., & Zou, T. (2024). Biological links between psychological factors and adolescent depression: Childhood trauma, rumination, and resilience. *BMC Psychiatry*, 24, 850. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06369-9>
43. Haahr-Pedersen, I., Ershadi, A. E., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Sheaf, G., Bramsen, R. H., Spitz, P., & Vallières, F. (2020). Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104589>

44. Handelzalts, J. E., Tevet, M., Padoa, A., & Shlomi, I. (2026). Urinary symptoms in sexual abuse survivors with severe post-traumatic morbidity: The impact of emotion regulation strategies. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2510726>
45. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
46. Howell, D. R., O'Brien, M. J., Beasley, M. A., Mannix, R. C., & Meehan, W. P. (2016). Initial somatic symptoms are associated with prolonged symptom duration following concussion in adolescents. *Acta Paediatrica*, 105(9), e426–e432. <https://doi.org/10.1111/apa.13486>
47. Hummel, C., Schepp, S., Rassenhofer, M., Witt, A., Fegert, J., & Pfeiffer, E. (2025). Potentially traumatising events and posttraumatic stress symptoms of adolescents in out-of-home care. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2486902>
48. Kampling, H., Riedl, D., Lampe, A., Nolte, T., Brähler, E., Ernst, M., Fegert, J. M., Geisel, T., Hettich-Damm, N., Jud, A., Zara, S., & Kruse, J. (2025). Somatic symptom disorder and the role of epistemic trust, personality functioning and child abuse: Results from a population-based representative German sample. *Journal of Affective Disorders*, 370, 351–359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.096>
49. Kick, L., Schleicher, D., Ecker, A., Kandsperger, S., Brunner, R., & Jarvers, I. (2024). Alexithymia as a mediator between adverse childhood events and the development of psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1412229. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1412229>
50. Kienle, J., Rockstroh, B., Bohus, M., Fiess, J., Huffziger, S., & Steffen-Klatt, A. (2017). Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome – two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry*, 17(1), 248. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1414-z>

51. Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (2020). *Functional somatic symptoms in children and adolescents: A stress-system approach to assessment and treatment*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3>
52. Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Analytic Press.
53. Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic symptom disorder. *American Family Physician*, 93(1), 49–54.
54. Landa, J., Gerner, M., Eisenstein, E., & Bara, S. (2023). Pediatric functional neurological symptoms disorder: Walking ability and perceived exertion post-pediatric rehabilitation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1631. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021631>
55. Lassmann, W. (2022). The École Psychosomatique de Paris and its encounter with patients who do not thrive. *Edinburgh University Press*. <https://doi.org/10.3366/pah.2024.0517>
56. Lassner, A., Ahnert, R., Dahringer, J., Papazova, I., Frühwald, M., Hasan, A., & Greiner, S.-K. (2026). Empowering adolescents and young adults with somatoform disorders: A longitudinal pilot randomized controlled trial of a parent-focused mindfulness-based training versus support groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 181, 112448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112448>
57. Lee, R. Y., Oxford, M. L., Sonney, J., Enquobahrie, D. A., & Cato, K. D. (2022). The mediating role of anxiety/depression symptoms between adverse childhood experiences (ACEs) and somatic symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 94(6), 857–868. <https://doi.org/10.1002/jad.12012>
58. Lloyd, M. C., Ratner, J., La Charite, J., Ortiz, R., Tackett, S., Feldman, L., Solomon, B. S., & Shilkofski, N. (2021). Addressing trauma and building resilience in children and families: Standardized patient cases for pediatric residents. *Academic Pediatrics*, 21(4), 736–743.

59. Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225.
60. Marty, P. (1968). La relation objectale allergique. *Revue Française de Psychanalyse*, 22, 1–36.
61. McDougall, J. (1982). *Theatres of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. Basic Books.
62. Menhart, R., Stellermann-Strehlow, K., Helling-Bakki, A., Horvay, R., Dippel, N., & Winter, S. M. (2025). A systematic review and meta-analysis of medical and psychosocial care procedures for children and adolescents after (online) sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 162, 107540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107540>
63. Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1974). Structural family therapy in psychosomatic illness. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031–1038.
64. Misitano, A., Tarantino, A., Geddo, F., Oppo, A., & Forresi, B. (2025). The network structure of PTSD symptoms in children and adolescents exposed to potentially traumatic events: A systematic review. *Children*, 12(11), 1516. <https://doi.org/10.3390/children12111516>
65. Natalucci, G., Faedda, N., Calderoni, D., Cerutti, R., Verdecchia, P., & Guidetti, V. (2018). Headache and alexithymia in children and adolescents: What is the connection? *Frontiers in Psychology*, 9, 48. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00048>
66. Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1–4), 199–206.
67. Nishimi, K., Bürgin, D., & O'Donovan, A. (2023). Psychological resilience to lifetime trauma and risk for cardiometabolic disease and mortality in older adults: A longitudinal cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 172, 111539. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111539>

68. Nweke, G. E., & Erbilim, E. (2025). The mediator role of difficulties in emotion regulation in the relationship between guilt- and shame-proneness and somatic symptoms [Preprint]. *Research Square*.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5930990/v1>
69. Obenauf, C., Owens, G. P., & DeHart, S. (2024). Medically unexplained symptoms and experiences with healthcare among emerging adults exposed to multiple types of potentially traumatic events. *PLOS ONE*, 19(9), e0310335.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310335>
70. Perez, L. A., & Szabo, Y. Z. (2025). Somatic symptoms among young adults: An observational study examining the roles of trauma type and psychological distress. *BMC Psychology*, 13, 266. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02504-7>
71. Pfeiffer, E., Garbade, M., & Sachser, C. (2024). Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 73.
<https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1>
72. Radtke, S. R., Wretman, C. J., Fraga Rizo, C., Franchino-Olsen, H., Williams, D. Y., Chen, W.-T., & Macy, R. J. (2024). A systematic review of conceptualizations and operationalizations of youth polyvictimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2029–2044. <https://doi.org/10.1177/15248380231224026>
73. Reichl, C., Schar, S., Lerch, S., Hedinger, N., Brunner, R., Koenig, J., & Kaess, M. (2024). Two-year course of non-suicidal self-injury in an adolescent clinical cohort: The role of childhood adversity in interaction with cortisol secretion. *Psychoneuroendocrinology*, 167, 107093.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107093>
74. Rizk-Hildbrand, M., Semple, T., Preisig, M., Haeberling, I., Smigielski, L., Pauli, D., Walitza, S., Kleim, B., & Berger, G. E. (2025). The body as a battleground: A qualitative study of the impact of violence, body shaming, and self-harm in adolescents with a history of suicide attempts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(6), 859.
<https://doi.org/10.3390/ijerph22060859>

75. Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33–34), 553–560.
76. Sætren, S. S., Augusti, E.-M., Myhre, M. C., & Hafstad, G. S. (2022). The regulatory role of affective inhibitory control in somatic symptoms among adolescents exposed to child maltreatment: A population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1197–1208. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01988-7>
77. Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16, 295. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>
78. Schmalbach, I., Steudtenschneider-Schmiedgen, S., Renner, V., Drees, P., & Petrowski, K. (2025). The relationship between hair cortisol and trauma sequelae in motor vehicle crash survivors: The role of childhood trauma experiences. *Translational Psychiatry*, 15, 95. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03295-6>
79. Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions: A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>
80. Schrock, J. M., Nusslock, R., McDade, T. W., & Mustanski, B. (2023). Trauma history predicts decoupling of C-reactive protein and somatic symptoms: Results from a cohort study of sexual and gender minority youth. *Psychosomatic Medicine*, 85(6), 546–555. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001209>
81. Senger-Carpenter, T., Barber Garcia, B., Sieplinga, K., & Cunningham, N. (2025). Moving integrated care for pediatric somatic symptoms into primary care: An innovative approach. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-025-10115-y>
82. Senger-Carpenter, T., Seng, J., Marriott, D., Herrenkohl, T. I., Scott, E. L., Chen, B., & Voepel-Lewis, T. (2025). Family adversity and co-occurring pain,

psychological, and somatic symptom trajectories from late childhood through early adolescence. *Social Science & Medicine*, 366, 117650.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117650>

83. Sharon Maksimov, D., Melnychuk, T., Inzhyievska, L., Sadykina, A., & Shynkarova, V. (2025). Hibuki therapy as a method of psychological support for war trauma in Ukrainian children. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 100546. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100546>

84. Shlieienkova, H. O., Cherkashyn, M. M., Voloshyn, K. V., Rzhavska, O. O., Tsiura, O. M., & Shevchenko, N. S. (2025). Analysis of the impact of traumatic stress on the health of children and adolescents. *Wiadomości Lekarskie*, 78(3), 1–7. <https://doi.org/10.36740/WLek/207365>

85. Specht, L., Freiberg, A., Mojahed, A., Garthus-Niegel, S., & Schellong, J. (2024). Adrenocortical deviations and adverse clinical outcomes in children and adolescents exposed to interparental intimate partner violence: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 162, 105866. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105866>

86. Spitzer, C., Weihs, A., Ewert, R., Stubbe, B., Penzel, T., Fietze, I., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2024). Childhood maltreatment and sleep apnea: Findings from a cross-sectional general population study. *Journal of Psychosomatic Research*, 182, 111600. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111600>

87. Stager, L., Morriss, S., Szaflarski, J. P., & Fobian, A. D. (2022). Psychiatric and personality factors in pediatric functional seizures: A prospective case-control study. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 99, 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2022.04.006>

88. Storck, T. (2014). Psychoanalytic terms. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. xx–xx). Springer VS.

89. Storck, T. (2016). Psychosomatics and psychoanalysis. *Psyche*, 70(9–10), 934–967.

90. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
91. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2023). *Alexithymia: A new direction*. Routledge.
92. Thimm, J. C., Rognmo, K., Nermo, H., Kolset Johnsen, J.-A., Skre, I., & Wang, C. E. A. (2023). Associations between stressful life events in childhood/adolescence and adulthood: Results from the 7th Tromsø survey. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2237360. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2237360>
93. van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
94. van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7 Suppl), 83–93.
95. Venn, R., Sigrist, C., Rudzki, S., D'Cunha, N. M., Buchhorn, R., Koenig, J., Northey, J. M., Naumovski, N., & McKune, A. J. (2025). Mental health consequences of early life stress in children: The autonomic nervous system as a potential target for early detection and intervention? *Psychoneuroendocrinology*, 174, 107505. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2025.107505>
96. Voepel-Lewis, T., Seng, J. S., Chen, B., & Scott, E. L. (2021). A high psychological and somatic symptom profile and family health factors predict new or persistent pain during early adolescence. *The Clinical Journal of Pain*, 37(7), 489–498. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000896>
97. Wang, X., Yang, S., Fu, K., Zhang, Y., & Tang, C. (2026). Early-life adversities are associated with anxiety and somatic symptoms among university students: Moderation by family support. *BMC Psychology*, 14, 72. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03839-x>

98. Winding, T. N., & Andersen, J. H. (2019). Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 19(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7198-y>
99. Wittekind, D. A., Kratzsch, J., Mergl, R., Wirkner, K., Baber, R., Sander, C., Witte, A. V., Villringer, A., & Kluge, M. (2023). Childhood sexual abuse is associated with higher total ghrelin serum levels in adulthood: Results from a large, population-based study. *Translational Psychiatry*, 13, 238. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02517-z>
100. Xu, J., Wu, J., Wang, X., Chen, Q., Xu, R., Xu, Y., Geng, X., & Tang, Y. (2025). Therapeutic effects of short-term trauma stabilization techniques combined with escitalopram in treating adolescent major depressive disorder: A pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25, 401. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06624-7>
101. Zagaria, A., Baggio, T., Rodella, L., & Leto, K. (2024). Toward a definition of attachment trauma: Integrating attachment and trauma studies. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 100416. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100416>
102. Zara, S., Kruse, J., Brähler, E., Ernst, M., Fegert, J. M., Lampe, A., Nolte, T., Rassenhofer, M., Riedl, D., & Kampling, H. (2025). Exploring loneliness in individuals with diabetes: The role of childhood abuse and neglect, and personality functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 190, 112390. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112390>
103. Zhang, Q., Shang, J., Xue, J., Shen, Q., Shi, Y., Liu, Z., Liu, Z., Sun, L., Zhang, K., & Liu, H. (2026). Alexithymia is associated with higher pain ratings and greater pressure pain tolerance in adolescents with major depressive disorder: Evidence consistent with sensory-affective dissociation. *Journal of Psychosomatic Research*, 191, 112538. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2026.112538>
104. Zhang, Y., Zhang, J., Zhu, S., Du, C., & Zhang, W. (2015). Prevalence and predictors of somatic symptoms among children and adolescents with probable

posttraumatic stress disorder: A cross-sectional study conducted in 21 primary and secondary schools after an earthquake. *PLOS ONE*, 10(9), e0137101. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137101>

ДОДАТКИ

Додаток А

**Результати тематичного аналізу інтерв'ю з експертами та батьками щодо
психосоматичних симптомів дітей в умовах війни**

Тема 1: Загострення психосоматичних симптомів після початку повномасштабного вторгнення	
Опис теми	У більшості інтерв'ю війна описувалася як фактор, що посилив уже наявні психосоматичні, тривожні та регуляторні симптоми у дітей. Учасники говорили як про появу нових симптомів, так і про загострення вже існуючих труднощів, зокрема у дітей із попередньою психосоматичною вразливістю. Часто описувався стан хронічного напруження, “режиму небезпеки” та постійної фонові настороженості.
Основні коди	“після початку війни стало дуже багато”, “загострення слабких місць”, “стали частіше хворіти”, “напади стали частішими”, “побільшало тіків”, “побільшало екзем”, “хронічна мобілізація”, “режим небезпеки”, “фонова настороженість”
Репрезентативні цитати	“...після початку війни вони стали більш такі тривожні, дьоргані...” (EXP1) “Тіло ніби залишається в режимі небезпеки...” (EXP6)
Респонденти	EXP1, EXP3, EXP4, EXP5, EXP6, EXP8, PAR1, PAR3, PAR5, PAR6, PAR7, PAR8, PAR13
Тема 2. Психотравмуючі події, пов'язані з війною: різнорівневий характер впливу	
Опис теми	Війна описувалася учасниками як багаторівневе джерело травматичного впливу, що включало прямий контакт із небезпекою, вимушене переміщення, втрату стабільності та непряму експозицію через інформаційне середовище й емоційний стан дорослих. Учасники підкреслювали, що стан напруження підтримується навіть у ситуаціях фізичної безпеки через постійні нагадування про війну.

Основні коди	“вибухи поруч”, “сирени”, “бачили бойові дії”, “зелений коридор”, “Маріуполь”, “ВПО”, “нагадування про війну”, “відео про війну”, “розмови про війну”
Репрезентативні цитати	“...коли поряд щось вибухало...” (PAR1) “...виїжджали з Маріуполя через зелений коридор...” (EXP1)
Респонденти	EXP1, EXP2, PAR1, PAR3, PAR4, PAR6, PAR7, PAR8, PAR12, PAR13, PAR15
Тема 3. Тіло як спосіб вираження емоційного напруження	
Опис теми	Психосоматичні прояви часто описувалися як тілесна форма реагування на емоційне перевантаження, страх, тривогу та труднощі вербалізації переживань. Особливо це стосувалося дітей молодшого віку, у яких тілесні симптоми ставали одним із провідних способів реагування на психічне напруження. Окремі тілесні прояви, зокрема шкірні симптоми, пов’язувалися учасниками з переживанням втрати, емоційного відкидання та порушенням психологічних меж.
Основні коди	“гризуть нігті до крові”, “роздирає ранки”, “живіт болить”, “блювота”, “голова горить”, “як ком у грудях”, “покашлювання”, “тіло викручує”, “заклякає”, “їх може трусити”
Репрезентативні цитати	“...емоції в неї просто як ком у грудях...” (PAR3) “...ця тривога викликала захворювання у дитини...” (EXP3)
Респонденти	EXP2, EXP3, EXP4, PAR1, PAR2, PAR3, PAR5, PAR7, PAR10
Тема 4. Родина як чинник послаблення та підсилення симптоматики	
Опис теми	Батьки та експерти послідовно підкреслювали зв’язок між психоемоційним станом дорослих, емоційним кліматом у сім’ї та психосоматичними проявами у дітей. Діти описувалися як особливо чутливі до сімейного напруження, конфліктів, крику та батьківської тривоги. Окремо підкреслювалася роль ко-регуляції та невербальної передачі емоційного стану в родині.

Основні коди	“боїться маминого крику”, “сварки батьків”, “напруження від мене”, “відчувають напругу невербально”, “важливо робити спокій вдома”, “всі в родині нервові”, “дитина відображає стан мами”
Репрезентативні цитати	“...якщо мама спокійна, вони все відчувають...” (EXP2) “...напруження від мене, бо я сама напружена...” (PAR1)
Респонденти	EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, PAR1, PAR4, PAR5, PAR6, PAR7, PAR8
Тема 5. Втрата середовища та порушення відчуття стабільності	
Опис теми	Вимушений переїзд, зміна школи, країни, мови та звичного соціального середовища описувалися як окреме джерело емоційного напруження та втрати відчуття стабільності. Особливо значущими виявлялися повторні переїзди, адаптаційні труднощі та втрата звичних і емоційно важливих об’єктів.
Основні коди	“переїжджали декілька разів”, “зміна колективу”, “не розуміє мови”, “усе довелось покинути”, “важко адаптуватись”, “нове місце”, "переїзд", "евакуація", "зміна школи", "зміна країни", "адаптаційні труднощі", "повторні переїзди"
Репрезентативні цитати	“...діти нібито не могли нічого контролювати...” (EXP3) “...усе довелось покинути...” (PAR6)
Респонденти	EXP3, PAR3, PAR5, PAR6, PAR7
Тема 6. Сенсорна гіперчутливість, страхи, хронічна настороженість та регресивні симптоми	
Опис теми	Учасники описували широкий спектр страхів, стан хронічної настороженості, сенсорну гіперчутливість та регресивні симптоми, що виникали в умовах тривалого стресу й втрати базового відчуття безпеки. Особливо часто згадувалися страх смерті, страх втрати батьків, катастрофічні фантазії, труднощі з розслабленням, порушення сну та регресивні прояви після переїздів або сильного емоційного перевантаження. Учасники описують дітей як надмірно чутливих до звуків, криків, шуму, сирен і несподіваних стимулів. Також часто

	згадуються тіки, тілесний неспокій, моторне перенапруження та неможливість розслабитись. У частини дітей після сильного стресу або переїзду спостерігались регресивні реакції: енурез, енкопрез, повернення до підгузків, труднощі з туалетом.
Основні коди	“страх, що мама помре”, “втрачали контакт з батьком”, “болючі розставання”, “акт розставання”, “смерть одного з батьків”, “нікуди не відпускав маму” “боятися гучних звуків”, “дьоргатись від шуму”, “закривають вушка”, “нервові тіки”, “тіки очей”, “не може сидіти на місці”, “мусить щось робити руками”, “трясти ніжкою”, “смикаються постійно”, “гіперчутливість звукова” “впісуються”, “енкопрез”, “знову почала носити підгузок”, “перестала ходити на горщик”, “нетримання сечі”
Репрезентативні цитати	“...зараз ракета потрапить в мій дім, я помру...” (PAR8) “...не встигла нервова система відпочити...” (EXP2) “...вона знову почала носити підгузок...” (PAR3) “Друге - нервова система. Побільшало тіків...” (EXP4) “...вона знову почала носити підгузок...” (PAR3) “...таких дітей стало дуже багато. Саме переселенців...” (EXP1) “...якщо я піду до школи, з мамою може щось статись...” (EXP3) “...він мене нікуди не відпускав...” (PAR5)
Респонденти	EXP1, EXP2, EXP4, EXP5, PAR1, PAR2, PAR3, PAR5, PAR6, PAR8, PAR10, PAR14

Соціально-демографічна характеристика вибірки кількісного дослідження

Показник	Категорія	n	%
Тип респондента	Мати	47	94
	Батько	1	2
	Законний опікун	2	4
Вік респондентів	До 25 років	4	8
	26–35 років	18	36
	36–45 років	24	48
	46–55 років	4	8
Стать дитини	Хлопчики	22	44
	Дівчатка	28	56
Контекст проживання	Території активних бойових дій	7	14
	Території з регулярними ракетними обстрілами	20	40
	Території помірного воєнного ризику	7	14
	Відносно безпечні території	11	22
	Проживання за кордоном	5	10
Склад сім'ї	Проживає з обома батьками	34	68
	Проживає з одним із батьків	13	26
	Інші родичі / законні представники	3	6

Примітка. Середній вік дітей становив 7,86 року ($SD = 1,36$); середній вік початку навчання у школі - 6,04 року ($SD = 0,60$). Категоризація територій здійснювалася відповідно до інтенсивності воєнної загрози на момент збору даних.

Показники травматичного досвіду та посттравматичного дистресу дітей за методикою CATS

Кількість респондентів	
	50
Середня кількість травматичних подій	
	1,52
Максимум травматичних подій	
	5
Мінімум травматичних подій	
	0
Стандартне відхилення травматичних подій	
	1,15
Медіана кількості травматичних подій	
	1

Кількість дітей без травматичних подій	Відсоток дітей без травматичних подій
8	16%
Кількість дітей з 1 травматичною подією	Відсоток дітей з 1 травматичною подією
20	40%
Кількість дітей з 2 травматичними подіями	Відсоток дітей з 2 травматичними подіями
15	30%

Кількість дітей з 3 травматичними подіями	Відсоток дітей з 3 травматичними подіями
3	6%
Кількість дітей з 4 травматичними подіями	Відсоток дітей з 4 травматичними подіями
3%	6%
Кількість дітей з 5 травматичними подіями	Відсоток дітей з 5 травматичними подіями
1%	2%

Середній CATS distress score
20,68
Медіана CATS distress score
16,5
Мінімальний CATS distress score
0
Максимальний CATS distress score
47
Стандартне відхилення CATS distress score
12,96

Кількість дітей з CATS distress <15	Відсоток дітей з CATS distress <15
20	40%
Кількість дітей з CATS distress 15-20	Відсоток дітей з CATS distress 15-20
8	16%
Кількість дітей з CATS distress 21+	Відсоток дітей з CATS distress 21+
22	44%

Частота травматичних подій за шкалою CATS

Травматична подія	n	%
Серйозне стихійне лихо	2	4%
Серйозна аварія або травма	9	18%
Насильство в сім'ї	1	2%
Насильство в школі/громаді	2	4%
Напад або погроза зброєю	1	2%
Свідчення насильства в сім'ї	1	2%
Свідчення насильства в школі/громаді	4	8%
Сексуальне насильство	0	0%
Онлайн сексуальний примус	0	0%
Булінг офлайн	5	10%
Булінг онлайн	0	0%
Раптова смерть близького	3	6%
Стресові медичні процедури	5	10%
Перебування поблизу військових дій	30	60%
Інша стресова подія	13	26%

Частота окремих посттравматичних симптомів у дітей за шкалою CATS

Симптом	%
Інтрузивні думки	30%
Погані сни	24%
Відчуття повторного переживання події	28%
Емоційний дистрес	38%
Фізичні реакції при нагадуванні	24%
Уникання думок про подію	30%
Уникання нагадувань про подію	24%
Амнезія окремих аспектів події	14%
Негативні переконання	28%
Самозвинувачення	24%
Негативні емоційні переживання	44%
Втрата інтересу	24%
Відстороненість	32%
Зниження позитивних емоцій	26%
Дратівливість	36%
Ризикована поведінка	10%
Гіперпильність	16%
Лякливість	30%
Проблеми концентрації уваги	34%
Проблеми сну	38%

Описові статистики психосоматичних симптомів дітей за шкалою SHIELD

Показник	Значення
Середній psychosomatic symptom score	7,36
Медіана	6,5
Стандартне відхилення	5,76
Мінімальне значення	0
Максимальне значення	20

Розподіл психосоматичних симптомів у вибірці :

Показник	n	%
Відсутність психосоматичних скарг	3	6%
Наявність хоча б однієї психосоматичної скарги	47	94%
3+ виражені психосоматичні скарги (2–3 бали)	18	36%
Psychosomatic symptom score ≥ 10	18	36%

Частота окремих психосоматичних симптомів за шкалою SHIELD:

Симптом	n	%
Головний біль	17	34%
Біль у животі	14	28%
Нудота	13	26%
Проблеми з апетитом	13	26%
Біль у м'язах або суглобах	13	26%
Серцебиття	11	22%
Труднощі дихання	9	18%

Запаморочення	8	16%
Біль у спині або шиї	7	14%

Описові статистики психоемоційного стану батьків за шкалою МНАІ

Показник	Mean	SD
Депресивна симптоматика	7,20	4,89
Посттравматична симптоматика	11,48	7,69
Тривожна симптоматика	2,76	2,60

Частка респондентів, показники яких перевищували скринінгові пороги за шкалою МНАІ:

Показник	n	%
Депресивна симптоматика вище cutoff	23	46%
Посттравматична симптоматика вище cutoff	28	56%
Тривожна симптоматика вище cutoff	9	18%
Ознаки проблемного вживання алкоголю	3	6%
Суїцидальні думки	2	4%

Примітка. Суїцидальні думки не аналізувалися як окрема змінна через малу кількість випадків.

**Описова статистика основних змінних дослідження та перевірка
нормальності розподілу**

Показник	F	AA	AW	BT	CR	CT	CU	CY	CS
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Пропущені	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Середнє значення	7.86	1.52	20.7	7.36	7.20	2.76	0.560	2.84	11.5
Медіана	8.00	1.00	16.5	6.50	6.00	2.00	0.00	3.00	9.00
Стандартне відхилення	1.36	1.15	13.0	5.76	4.89	2.60	0.861	2.53	7.69
Мінімум	6	0	0	0	0	0	0	0	1
Максимум	10	5	47	20	18	10	3	9	29
Асиметрія	0.162	0.963	0.475	0.526	0.693	0.747	1.61	0.528	0.561
Станд. помилка асиметрії	0.337	0.337	0.337	0.337	0.337	0.337	0.337	0.337	0.337
Екссес	-1.09	1.06	-0.938	-0.792	-0.354	-0.352	1.96	-0.430	-0.703
Станд. помилка екссесу	0.662	0.662	0.662	0.662	0.662	0.662	0.662	0.662	0.662
Шапіро-Уїл к W	0.899	0.871	0.937	0.924	0.931	0.881	0.677	0.894	0.935
Шапіро-Уїл к p	< .001	< .001	.010	.003	.006	< .001	< .001	< .001	.009

Примітка.

F- вік дитини;

AA- кількість травматичних подій за CATS;

AW- показник посттравматичного дистресу дитини за CATS;

BT- сукупний показник психосоматичних симптомів за SHIELD;

CR- депресивні симптоми батьків за МНІАІ;

CT- тривога батьків за МНІАІ;

CU- суїцидальний дистрес батьків за МНІАІ;

CY- проблемне вживання алкоголю за МНІАІ;

CS- посттравматичний дистрес батьків за МНІАІ.

Кореляційна матриця взаємозв'язків між показниками травматичного досвіду, психосоматичними симптомами дітей та психоемоційним станом батьків

		F	AA	AW	BT	CR	CT	CS	CU	CY
F	Спірмен $\rho(\rho)$	—								
	df (ступенів свободи)	—								
	p-значення	—								
AA	Спірмен $\rho(\rho)$	-0.025	—							
	df (ступенів свободи)	48	—							
	p-значення	.864	—							
AW	Спірмен $\rho(\rho)$	0.147	-0.132	—						
	df (ступенів свободи)	48	48	—						
	p-значення	.307	.363	—						
BT	Спірмен $\rho(\rho)$	0.154	0.108	0.647	—					
	df (ступенів свободи)	48	48	48	—					
	p-значення	.284	.457	< .001	—					
CR	Спірмен $\rho(\rho)$	0.027	-0.023	0.417	0.357	—				
	df (ступенів свободи)	48	48	48	48	—				
	p-значення	.850	.872	.003	.011	—				
CT	Спірмен $\rho(\rho)$	-0.099	0.212	0.309	0.353	0.736	—			
	df (ступенів свободи)	48	48	48	48	48	—			
	p-значення	.496	.139	.029	.012	< .001	—			
CS	Спірмен $\rho(\rho)$	-0.031	0.017	0.421	0.355	0.946	0.801	—		
	df (ступенів свободи)	48	48	48	48	48	48	—		
	p-значення	.830	.908	.002	.011	< .001	< .001	—		
CU	Спірмен $\rho(\rho)$	0.152	0.146	-0.004	-0.045	0.481	0.474	0.517	—	
	df (ступенів свободи)	48	48	48	48	48	48	48	—	
	p-значення	.293	.310	.980	.755	< .001	< .001	< .001	—	
CY	Спірмен $\rho(\rho)$	-0.054	0.263	-0.044	0.164	-0.078	0.062	-0.047	-0.210	—
	df (ступенів свободи)	48	48	48	48	48	48	48	48	—
	p-значення	.708	.065	.760	.255	.589	.670	.747	.143	—

Примітка.

F- вік дитини;

AA- кількість травматичних подій за CATS;

AW- показник посттравматичного дистресу дитини за CATS;

BT- сукупний показник психосоматичних симптомів за SHIELD;

CR- депресивні симптоми батьків за МНАІ;

CT- тривога батьків за МНАІ;

CU- суїцидальний дистрес батьків за МНАІ;

CY- проблемне вживання алкоголю за МНАІ;

CS- посттравматичний дистрес батьків за МНАІ.

**Результати ієрархічної множинної регресії щодо психосоматичних
симптомів дітей (SHIELD):**

Модель	Предиктори	R²	ΔR²	F-change	p
1	Стать, вік	0,050	—	—	—
2	+ MHAИ depression, PTSD, anxiety	0,202	0,152	2,78	,052
3	+ CATS trauma, CATS distress	0,460	0,258	10,03	< ,001

Примітка. Залежна змінна - сукупний показник психосоматичних симптомів за SHIELD.

Коефіцієнти фінальної регресійної моделі:

Предиктор	B	SE	t	p
Стать	0,080	1,525	0,055	,956
Вік	0,361	0,506	0,714	,479
MHAИ depression	0,165	0,427	0,386	,701
MHAИ PTSD	-0,001	0,276	-0,031	,976
MHAИ anxiety	0,398	0,293	1,358	,182
CATS trauma score	0,810	0,650	1,246	,220
CATS distress score	0,257	0,058	4,455	< ,001