

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ стресовий розлад у дітей України: поширеність та чинники ризику

Війни кардинально змінюють життя дітей у всьому світі, руйнуючи родинні зв'язки, соціальне оточення та життєвий уклад, необхідні для здорового розвитку. Повномасштабне російське вторгнення в Україну призвело до того, що українські діти зазнають як безпосереднього, так і опосередкованого впливу пов'язаних із війною психотравматичних подій, що істотно збільшує тягар порушень психічного здоров'я у педіатричній популяції. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті S. Lestarevic Stojkov et al. «Prevalence and correlates of significant posttraumatic stress disorder symptoms in children in Ukraine» видання JAACAP Open (2026; doi: 10.1016/j.jaacop.2026.04.007), в якій досліджено поширеність клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу та пов'язані з ним чинники у дітей, які проживають в регіоні України, що не зазнав безпосереднього впливу бойових дій.

Травматичні події, пережиті в дитячому віці, є одним із провідних факторів ризику розвитку психічних захворювань, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Lewis et al., 2019; Danese et al., 2020). Згідно із критеріями Американської академії педіатрії (AAP, 2013), такі події, що порушують відчуття контролю та створюють загрозу життю чи фізичній безпеці, охоплюють як безпосередній досвід, так і опосередковане спостереження за травмою близьких або отримання інформації про неї. Для дітей це має особливе значення, оскільки їхній психологічний добробут нерозривно пов'язаний із відчуттям безпеки середовища (Wallerich et al., 2023). ПТСР суттєво підвищує ризик коморбідності, спричиняючи депресивні розлади, самошкодження, суїцидальну поведінку, а також екстерналізовані розлади, як-от порушення поведінки та зловживання психоактивними речовинами (Lewis et al., 2019). Це підкреслює вплив середовища на відновлення дитини й актуалізує потребу в ефективному скринінгу та психосоціальних втручаннях після травматичних подій (Danese et al., 2020).

У XXI ст. воєнні конфлікти значно підвищили ризик психічних порушень у цивільних (Osokina et al., 2023). Повномасштабне російське вторгнення в Україну спричинило соціально-економічну нестабільність, в результаті чого ~ 7,5 млн дітей становлять групу високого ризику через незадоволення базових потреб у безпеці, повноцінному харчуванні, житлі та освіті (UNICEF, 2025). Дослідження 2016 р. виявило, що українські підлітки навіть із відносно безпечних регіонів переживали пов'язані з війною події, хоча інтенсивність впливу різнилася: у Донецьку 60 % були свідками нападів, тоді як у Кіровоградській області фіксувалися поодинокі випадки прямого впливу (із частотою < 1 %) (Osokina et al., 2023). Попри це, непрямі наслідки (повідомлення в медіа, втрата контактів, тривога за близьких) зумовлювали

підвищену поширеність тривожності та депресії навіть у регіонах, де бойові дії не велися (Osokina et al., 2023).

Після ескалації війни у 2022 р. батьки стали частіше відзначати психоемоційну нестабільність у дітей, а поширеність клінічно значущих симптомів ПТСР серед українських підлітків сягнула 35 % (McElroy et al., 2023; Goto et al., 2024). У цьому контексті дослідження S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) зосереджене на оцінюванні поширеності симптомів ПТСР серед дітей, які проживають в регіоні України, що не зазнав безпосередніх бойових дій, але був уразливим до опосередкованого травматичного впливу воєнного конфлікту.

Методи

Дизайн та учасники

Цей крос-секційний аналіз є частиною проспективного інтервенційного дослідження TRUST. Мета роботи — оцінювання ефективності програми «Навчання технікам відновлення плюс виховання» (TRT + P) щодо зменшення симптомів ПТСР порівняно зі стандартною допомогою.

У дослідженні взяли участь 4753 дитини зі 27 початкових шкіл м. Тернополя, їхній вік становив 7–17 років (у середньому $11,03 \pm 1,70$ року; 52,3 % дівчат). Демографічні дані було отримано від 1512 батьків та 1815 вчителів.

Дітей було рандомізовано на дві групи: інтервенційну (програма TRT + P) та контрольну (стандартна допомога із подальшим проходженням TRT + P через ~ 20 тижнів), а також їхніх батьків/опікунів і вчителів. Оцінювання результатів запланували у три етапи: до втручання (T1), після нього (T2; через ~ 8 тижнів після рандомізації) та під час катамnestичного спостереження (T3; через ~ 20 тижнів). Основним кінцевим показником були зміни психічного здоров'я дітей за даними самооцінювання, зокрема виразність симптомів ПТСР. Аналіз поширеності ґрунтувався на даних, отриманих під час первинного обстеження до початку втручання (T1).

Шкільний скринінг обрано як оптимальний інструмент для раннього виявлення психологічних порушень. Участь дітей (7–17 років) здійснювалася згідно із процедурою «пасивної згоди» (opt-out) за поінформованої згоди батьків/опікунів. Відповідно до висновків шкільних психологів, дітей із високим ризиком самоушкодження або агресії до інших виключали з вибірки із подальшим скеруванням до відповідних служб. На момент проведення дослідження Тернопіль був віддалений від зони бойових дій. Учасники не зазнавали прямої фізичної загрози, проте відчували непрямі наслідки конфлікту (тривожність, медіа-вплив, психологічний стрес у родинах). Досвід учасників, які прибули з територій із вищим рівнем небезпеки, враховували окремо. Термін «діти, які не відчували безпосереднього впливу бойових дій» використовується S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) для опису тих, хто проживав поза зоною активних бойових дій, але зазнав ширших наслідків війни. Збір даних здійснювався через захищену платформу Google Forms із грудня 2022 р. по листопад 2024 р.

Методи оцінювання

Для оцінювання симптомів ПТСР учасники самостійно заповнювали 8-пунктову переглянута шкалу впливу подій для дітей (CRIES-8) (Perrin et al., 2005). Цей короткий та зручний інструмент призначений для скринінгу дітей і підлітків із ризиком розвитку ПТСР з метою своєчасного надання допомоги (Krause et al., 2021). Методика фіксує симптоматику за останні сім днів та є у вільному доступі (Children and War Foundation, 2025). Шкала складається із чотирьох пунктів, що оцінюють симптоми нав'язливого повторюваного переживання травматичної події (intrusion), і чотирьох пунктів, які характеризують уникнення (avoidance); оцінювання здійснюється від 0 до 5 балів залежно від частоти проявів (0 — «зовсім немає», 1 — «рідко», 3 — «інколи», 5 — «часто»).

Попри відсутність валідації українською мовою, шкала CRIES-8 широко застосовується в наукових дослідженнях. Психометричні властивості інструменту демонструють його високу надійність та стабільну двофакторну структуру (Deeba et al., 2014). Методика має добру внутрішню узгодженість, що дозволяє інтерпретувати як загальний показник, так і результати за окремими підшкалами. Попріг відсікання (cutoff) у 17 балів забезпечує оптимальний баланс чутливості та специфічності, достовірно розподіляючи 78–81 % дітей, згідно із даними клінічного дослідження підлітків у Данії (Verlinden et al., 2014).

Демографічні характеристики збирали від дітей, батьків/опікунів та вчителів. Досліджувані змінні включали такі, як:

- вік дитини;
- кількість дітей у сім'ї;
- успішність (низька, середня, висока);
- склад сім'ї (повна/неповна);
- служба батьків в армії (матері/батька);
- зміна місця проживання та вимушене переселення через війну.

Щодо респондента-інформатора збирали дані про вік, сімейний стан, рівень освіти, статус зайнятості, етнічну та релігійну належність, а також мову повсякденного спілкування (як-от українська, російська, обидві або інше).

Статистичний аналіз

Описову статистику застосовували для аналізу демографічних даних (як-от вік, стать, етнічна належність, склад сім'ї, успішність, військова служба батьків, переміщення, дані про опікунів) та показників CRIES-8 (вторгнення, уникнення, загального бала). Надійність шкали визначали за коефіцієнтом α Кронбаха. Однорідність дисперсій перевіряли за критерієм Левена; при нерівності дисперсій або обсягів груп використовували t-критерій Велча (для двох груп) або дисперсійний аналіз Велча (для трьох і більше груп). Для валідації непараметричних результатів додатково застосовували тест Краскела–Уолліса. Кореляцію Пірсона використовували для оцінювання зв'язку із віком. Для мінімізації гетероскедастичності та дотримання припущень ANOVA вік аналізували категоріально (7–10, 11–13 та 14–17 років), що забезпечило стабілізацію дисперсії. Усі статистичні розрахунки було виконано за допомогою програмного забезпечення SPSS.

Результати

Згідно із даними S. Lestarevic Stojkov et al. (2026), поширеність клінічно значущих симптомів ПТСР (сумарний показник CRIES-8 ≥ 17) у вибірці становила 40,3 %.

Дослідники встановили, що дівчата мали статистично значуще вищі показники інтрузії, уникнення та загального результату за CRIES-8: $t(4724,6) = -6,03$ ($p < 0,001$; для тесту Вілкоксона $p < 0,001$). Найвищі бали зафіксовано в групі дітей 7–10 років, найнижчі — 14–17 років, що свідчило про інтенсивніше переживання симптомів ПТСР в умовах війни молодшими дітьми. Дисперсійний аналіз виявив значущі відмінності в академічній успішності ($F_{8,4744} = 7,87$; $p < 0,001$), що підтверджено тестом Краскела–Уолліса ($p < 0,001$). Виразність симптомів була найвищою у дітей 3–5 класів. Щодо кількості дітей у сім'ї, статистично значущих міжгрупових розбіжностей не було виявлено (стандартний ANOVA: $F_{8,1503} = 1,06$, $p = 0,388$; Welch ANOVA: $p = 0,088$; критерій Краскела–Уолліса: $p = 0,337$).

Водночас автори наголосили, що за критерієм Краскела–Уолліса було виявлено значущі відмінності між групами щодо мови, якою розмовляють у сім'ї, за показниками інтрузії ($p = 0,016$) та загального результату ($p = 0,017$), але не за симптомами уникнення ($p = 0,060$). Найвищі показники мали діти з російськомовних сімей, за ними йшли діти із двомовних; проте через малу чисельність групи російськомовних учасників ($n = 4$) ці дані потребують обережної інтерпретації.

Проведений дослідниками кореляційний аналіз показав, що молодший вік слабо, але значуще пов'язаний із вищими показниками інтрузії, уникнення та загальним балом (загальна вибірка та хлопці). У дівчат молодший вік також значуще корелював із вищими показниками уникнення та загальним балом, проте зв'язок з інтрузією статистично не підтвердився.

Обговорення

Дослідження було спрямоване на оцінювання поширеності симптомів ПТСР серед дітей та підлітків Тернополя (7–17 років) та аналіз демографічних корелятив. Попри відсутність прямого впливу бойових дій, поширеність клінічно значущих симптомів (≥ 17 балів за CRIES-8) серед школярів становила 40,3 %. Ці дані узгоджуються з висновками про високий рівень психологічної травматизації в регіонах,

охоплених війною, де, зокрема, 35 % підлітків віком від 15 років демонстрували клінічно значущі симптоми (Goto et al., 2024). Показник, отриманий S. Lestarevic Stojkov et al. (2026), перевищує зафіксований О. Osokina et al. (2017) (Донецьк — 5,3 %, Кіровоград — 1,2 %). Автори пояснюють це відмінностями в інструментарії та віці учасників (середній вік 11 vs 13 років у дослідженні Osokina et al., 2017), зауважуючи, що молодші діти частіше демонструють вищі показники щодо симптомів. Вказаний рівень поширеності також може відображати значний опосередкований вплив війни на дітей Тернополя, більшість з яких не були внутрішньо переміщеними особами. Водночас вчені наголошують на обережній інтерпретації результатів, оскільки CRIES-8 є скринінговим, а не діагностичним інструментом, а шкільний контекст міг вплинути на характер відповідей дітей.

У вибірці дослідження S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) позитивні результати скринінгу частіше фіксували у дівчат, ніж у хлопців (44,2 vs 36 %). Це узгоджується з даними, які пояснюють гендерні відмінності поєднанням психосоціальних чинників та біологічних механізмів, зокрема підвищеною реактивністю гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі (Olff, 2017). Проте результати лонгітудинального дослідження К. Haag et al. (2020) свідчать, що такі відмінності проявляються не в усіх вікових групах, що вказує на потребу в подальшому вивченні цього питання.

S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) виявили достовірну асоціацію молодшого віку із вищими показниками CRIES-8. Хоча в літературі віковий зв'язок із ПТСР часто оцінюється як слабкий, а ризик травматизації — як вищий у підлітків, отримані дані засвідчують підвищену вразливість саме молодших дітей у цій вибірці. Автори пояснюють це тим, що підлітки демонструють зрілі когнітивні стратегії подолання, натомість молодші діти більш залежні від дорослих, мають нижче відчуття контролю та схильні до тривоги розлуки (Duffy et al., 2021; Herd et al., 2023). Оскільки реакції дітей тісно пов'язані з безпечною прихильністю до опікунів, в умовах війни батьківська тривога і страх втрати близьких можуть додатково посилювати психологічні реакції дитини (Cobham et al., 2016). До того ж науковці припускають, що результати можуть бути зумовлені тенденцією обирати «крайні» відповіді серед молодших дітей (Lestarevic Stojkov et al., 2026).

Також було показано зв'язок між нижчою академічною успішністю та виразністю симптомів ПТСР. Ця залежність є двобічною: посттравматичний стрес погіршує когнітивні функції та успішність, а наявні труднощі в навчанні підвищують уразливість до стресових чинників воєнного часу (Bakhshi, 2018). S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) наголошують, що виявлений віковий ефект відрізняється від того, що мав місце у дослідженнях із застосуванням CRIES-8 поза контекстом війни, де значущого зв'язку між віком і симптоматикою не зафіксовано. Це свідчить про те, що саме воєнна психотравма посилює вікову вразливість молодших дітей порівняно з іншими несприятливими життєвими обставинами.

Окрім того, відзначалася суттєва варіативність посттравматичних симптомів у дітей та підлітків (Lestarevic Stojkov et al., 2026). Так, у дівчат інтрузія була виразнішою, ніж у хлопців, що узгоджується з доказами щодо дорослих пацієнтів (Hsu et al., 2018). Це пояснюється схильністю жінок до негативної консолідації спогадів та інтенсивнішого пригнічення думок, а також гострішим сприйняттям

загрози гендерного чи сексуального насильства в умовах війни (Dellie et al., 2024; Maddox et al., 2019).

Хоча збройні конфлікти підвищують ризик ПТСР у дітей, порівняння результатів різних досліджень ускладнене. Зокрема, на це впливають:

1. Обмежений доступ до психіатричної допомоги (Ers-kine et al., 2017).
2. Варіативність діагностичних концепцій (Dodd et al., 2024).
3. Відмінності в характері проявів симптомів (Herd et al., 2023).
4. Методологічна гетерогенність досліджень (стратегії вибірки, віковий склад, методи оцінювання) (Carpiniello et al., 2023).

Що стосується методології скринінгу, О. Osokina et al. (2023) використовували гарвардський опитувальник щодо травматичних переживань (HTQ), а R. Goto et al. (2024) — опитувальник щодо травми для дітей та підлітків (CATS). Натомість S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) обрали шкалу CRIES-8 (поріг відсікання ≥ 17 балів), обґрунтувавши це тим, що вона є зручним інструментом, розробленим виключно для скринінгу дітей групи ризику.

Водночас автори роботи звертають увагу на явні методологічні обмеження: поперечний дизайн не дозволяє відстежити динаміку симптомів у часі чи визначити довгостроковий прогноз; відсутність оцінювання прямого впливу бойових дій не дає змоги однозначно пов'язати ПТСР лише з воєнними стресорами; брак верифікації результатів скринінгу із застосуванням CRIES-8 за допомогою клінічного інтерв'ю обмежує точність діагностики та оцінювання функціональних порушень.

Висновки

Загалом дані дослідження S. Lestarevic Stojkov et al. (2026) свідчать, що психологічний «відбиток» війни виходить далеко за межі лінії фронту. Виявлена тривожно висока поширеність симптомів ПТСР серед учнів, які проживають у Тернополі — регіоні, що знаходиться на значній відстані від осередків активних бойових дій, — спростовує стереотип про локалізацію воєнної психотравми. Це підтверджує, що війна діє не лише як набір окремих критичних подій, а як комплексний системний стресор. Постійна атмосфера загрози, вимушена зміна звичного способу життя, соціально-економічна нестабільність та безперервний потік інформації про події на фронті створюють середовище хронічної напруги, яке руйнує відчуття безпеки, необхідне для гармонійного розвитку дитини.

Отже, результати дослідження є потужним сигналом для перегляду підходів до підтримки дітей у постраждалих від війни країнах. Існує нагальна потреба в розробці та впровадженні стратегій ранньої діагностики, що дозволять виявляти дітей групи ризику ще до закріплення патологічної симптоматики. Інтеграція психологічних служб безпосередньо в освітній простір є ключовим інструментом, що дасть змогу не лише надавати кризову допомогу, а й системно розвивати навички психологічної стійкості до стресу. Створення доступної інфраструктури психосоціальної допомоги, яка б об'єднувала зусилля педагогів, батьків та фахівців, є визначальним чинником збереження психічного добробуту цілого покоління, яке зростає в умовах воєнного часу.

Підготувала **Наталія Савельєва-Кулик**