

Т.Д. Клець, І.О. Мітюряєва–Корнійко, О.М. Одайський

Ознаки стресових розладів у дітей шкільного віку з гострими респіраторними інфекціями залежно від зони активності бойових дій в Україні

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2026). 4(156): 68-77; doi 10.15574/SP.2026.4(156).6877

For citation: Klets TD, Mityuryayeva-Korniyko IO, Odaiskyi OM. (2026). Signs of stress disorders in school-age children with acute respiratory infections depending on the zone of combat activity in Ukraine. Modern Pediatrics. Ukraine. 4(156): 68-77. doi: 10.15574/SP.2026.4(156).6877.

Мета - визначити маркери стрес-індукованих психоемоційних порушень у дітей залежно від інтенсивності воєнного впливу та віку.

Матеріали і методи. До мультицентрового рандомізованого дослідження залучено 254 пацієнтів із легкими і середньотяжкими неускладненими гострими респіраторними інфекціями: 125 дітей віком від 6 до 10 років і 129 – від 10 років, які протягом 1,5 року проживали в умовах воєнного стану в 16 містах України (дослідження кінця 2023 року). Батьками ретроспективно оцінено 14 ознак стресових розладів за попередні 3 місяці за опитувальником Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. За тривалістю часу повітряних тривог регіони стратифіковано методом терцилів: низька ($\leq 3,8\%$), середня (3,9–8,2%) і висока ($\geq 8,3\%$) інтенсивність. Застосовано критерій Краскела–Волліса та парний апостеріорний аналіз Бенджаміні–Крігера–Скутієлі.

Результати. У дітей віком від 6 до 10 років більшість симптомів не залежала від інтенсивності воєнних дій; біль у животі переважав у зоні низької інтенсивності порівняно із середньою. У пацієнтів віком від 10 років значущими виявилися гнів і недовіра до всього. Гнів був вищим у середній зоні порівняно з високою, агресія – у високій порівняно із середньою, злість і порушення сну – у середній порівняно з низькою.

Висновки. Психоемоційна відповідь на хронічний воєнний стрес має вікову детермінацію: від переважання соматизації у віковій категорії від 6 до 10 років до емоційно-поведінкової екстерналізації в старшому віці. У більшості дітей незалежно від зони виявлено порушення сну та головний біль, що обґрунтовує потребу в медико-психологічній підтримці й реабілітації.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти шкільного віку, Україна, воєнний стрес, гострі респіраторні інфекції, стресові розлади, психоемоційні реакції, соматизація, інтенсивність бойових дій, педіатрична допомога, дитяча реабілітація.

Signs of stress disorders in school-age children with acute respiratory infections depending on the zone of combat activity in Ukraine

T.D. Klets, I.O. Mityuryayeva-Korniyko, O.M. Odaiskyi

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Aim – to identify markers of stress-induced psychoemotional disorders in children depending on the intensity of war-related impact and age.

Materials and methods. A multicenter randomized study included 254 patients with mild and moderate uncomplicated acute respiratory infections: 125 children aged 6–10 years and 129 children older than 10 years, who had lived under martial law conditions in 16 cities of Ukraine for 1.5 years (the study was conducted at the end of 2023). Parents retrospectively assessed 14 signs of stress disorders over the preceding 3 months using the questionnaire of the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Based on the duration of air raid alert time, regions were stratified by the tertile method into low ($\leq 3,8\%$), medium (3.9–8.2%), and high ($\geq 8,3\%$) intensity. The Kruskal-Wallis test and the Benjamini-Krieger-Yekutieli post-hoc analysis were used.

Results. In children aged 6–10 years, most symptoms did not depend on the intensity of hostilities; abdominal pain predominated in the low-intensity zone compared to the medium-intensity zone. In patients older than 10 years, anger and «mistrust of everything» were significant. Anger was higher in the medium zone compared to the high zone, aggression was higher in the high zone compared to the medium zone, and rage and sleep disturbances were higher in the medium zone compared to the low zone.

Conclusions. The psychoemotional response to chronic war-related stress is age-determined: ranging from the predominance of somatization at 6–10 years to emotional and behavioral externalization in older age. In most children, regardless of the zone, sleep disturbances and headaches were detected, which justifies the need for medical and psychological support and rehabilitation.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: school-age children, Ukraine, war-related stress, acute respiratory infections, stress disorders, psychoemotional reactions, somatization, intensity of hostilities, pediatric care, pediatric rehabilitation.

Вступ

Повномасштабна війна в Україні стала безпрецедентним тривалим психотравмувальним чинником для дитячого населення, вплив якого поширюється далеко за межі безпосередніх зон бойових дій. В умовах постійної загрози життю, вимушених змін звичного способу життя, інформаційного навантаження і соціальної нестабільності діти перебувають під впливом хронічного стресу,

який може негативно позначатися на їхньому психічному, емоційному і фізичному здоров'ї [3,6,11]. За даними сучасних досліджень, війна асоціюється зі зростанням рівня поширеності тривожних, депресивних, поведінкових і посттравматичних розладів у дітей і підлітків [3,8,11]. Водночас негативні наслідки для психічного здоров'я формуються не лише внаслідок безпосереднього контакту з бойовими діями, але й через тривале перебування в стані

невизначеності, очікування небезпеки, часті повітряні тривоги, інформаційне перевантаження та емоційне напруження в сім'ї [2,6,11]. Особливу роль у формуванні психоемоційних порушень відіграють сімейне середовище, психічний стан батьків та якість соціальної підтримки дитини [1,2,16]. Особливою проблемою є те, що в дитячому віці стресові розлади нерідко проявляються не лише психологічними або поведінковими змінами, але й соматичними симптомами. Найчастішими клінічними проявами психоемоційного дистресу можуть бути головний біль, абдомінальний біль, порушення сну, зміни апетиту та інші функціональні розлади, які стають причиною звернення по медичну допомогу до педіатра [10,13,15]. Така соматизація емоційних переживань значно ускладнює своєчасне виявлення стрес-індукованих станів і потребує міждисциплінарного підходу до оцінювання стану здоров'я дитини [10,15]. Особливої актуальності ця проблема набуває серед дітей шкільного віку, оскільки вікові особливості психоемоційного реагування можуть визначати характер клінічних проявів стресу. У молодших школярів частіше трапляються неспецифічні соматичні та поведінкові реакції, тоді як у підлітковому віці більш характерними стають емоційні та соціально-поведінкові порушення [5,10]. Крім того, результати сучасних досліджень свідчать, що рівень психологічного неблагополуччя дітей під час війни може залежати не лише від індивідуальних чинників, але й від інтенсивності воєнного впливу в регіоні проживання [5,11]. Незважаючи на значну кількість публікацій щодо психічного здоров'я дітей під час війни, залишається недостатньо вивченим питання клінічних маркерів стрес-індукованих порушень у дітей різного віку в умовах неоднакової інтенсивності бойових дій. Особливий інтерес становлять діти з гострими респіраторними інфекціями (ГРІ), оскільки психоемоційний дистрес на тлі хронічного навантаження може впливати на функціонування фізіологічних систем, перебіг захворювання і частоту соматичних скарг, що має важливе значення для практичної педіатрії та громадського здоров'я [7,11,14].

Мета дослідження – визначити значущі клінічні маркери стрес-індукованих психоемоційних порушень у дітей залежно від зони активності бойових дій під час широкомасштабної

війни шляхом порівняння показників у хворих на ГРІ віком від 6 до 10 років і від 10 років, які з 2022 року постійно проживали на території України.

Матеріали і методи дослідження

Відповідно до дизайну всеукраїнського мультицентрового рандомізованого дослідження залучено 254 пацієнтів, хворих на ГРІ, серед яких 125 дітей віком від 6 до 10 років і 129 – віком від 10 років, які звернулися з приводу поточного епізоду ГРІ в період із жовтня 2023 р. по січень 2024 р. включно.

За даними ретроспективного аналізу медичних карт, усі діти протягом останніх 1,5 року постійно проживали в умовах воєнного стану в 16 містах України (у Києві, Харкові, Львові, Дніпрі, Запоріжжі, Одесі, Кропивницькому, Вінниці, Кривому Розі, Житомирі, Черкасах, Полтаві, Сумах, Бердичеві, Ромнах, Білій Церкві).

Дослідження виконано за участю місцевих 66 педіатрів первинної ланки надання медичної допомоги в рамках програми спостереження в амбулаторних умовах за дітьми з різними гострими проявами ГРІ на тлі стресового ураження нервової системи під час повномасштабної війни в Україні.

Основні критерії залучення: вік дитини від 6 років, верифікований діагноз ГРІ з легкими і середніми формами тяжкості, з негативними результатами тестування на COVID-19, без клінічних проявів і лабораторно-інструментальних підтверджень бактеріальної етіології респіраторних захворювань, гострих алергічних станів, підвищеної судомної готовності, проявів органічного ураження нервової системи та психічної сфери та за наявності добровільної згоди батьків на участь у дослідженні.

Для верифікації проявів стресових розладів у дітей віком від 6 років застосовано стандартизований клініко-анамнестичний опитувальник, рекомендований Центром громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України для первинного скринінгу стрес-індукованих станів у дітей [9]. Зазначений інструментарій передбачав оцінювання за 14 шкалами: порушення харчування та сну, відмова виходити на вулицю, тики, головний та абдомінальний біль, низька самооцінка, депресія, злість, дратівливість, недовіра до всього, агресія, гнів, бунтарська поведінка. З огляду на те, що первинним

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за віком, містами України та інтенсивністю повітряних тривог

Місто	% тривог	Зона інтенсивності воєнних дій	Вікова група від 6 до 10 років, кількість дітей	Вікова група від 10 років, кількість дітей
Бердичів	3,4	0	3	2
Біла Церква	3,9	1	14	20
Вінниця	3,4	0	6	5
Дніпро	12,3	2	10	8
Житомир	3,4	0	7	8
Запоріжжя	24,7	2	12	7
Київ	3,6	0	17	14
Кривий Ріг	12,3	2	3	11
Кропивницький	6,5	1	4	4
Львів	3,0	0	13	7
Одеса	4,7	1	5	0
Полтава	8,3	2	6	6
Ромни	9,9	2	2	3
Суми	9,9	2	5	8
Харків	15,0	2	9	5
Черкаси	4,5	1	9	13
Усього дітей			125	121

Примітка: загальна кількість дітей у віковій категорії від 10 років становить 129 осіб, проте через поодинокі пропущені відповіді або відсутність повних даних у деяких анкетних картах за окремими містами у розрізі таблиці проаналізовано дані 121 пацієнта цієї категорії.

приводом для звернення батьків до педіатра була ГРІ в дитини, оцінювання стрес-індукованих психоемоційних і поведінкових порушень було ретроспективним. Оцінювання частоти проявів за такими критеріями, як 1 раз на місяць, 1 раз на тиждень, через день, щоденно проводилося батьками під контролем фахівця за бальною системою протягом попередніх 3 місяців до виникнення поточного епізоду ГРІ. У зв'язку з ретроспективним характером анкетування та наявністю поодиноких пропущених відповідей у деяких реєстраційних картах, остаточний статистичний аналіз частоти й тяжкості окремих клінічних симптомів проводився винятково серед тих пацієнтів, чий батьки надали повні і вичерпні відповіді на відповідні тематичні блоки опитувальника. Через це загальна кількість спостережень (абс.) у розрізі конкретних ознак у таблицях результатів може дещо відрізнятися від загальної чисельності сформованих вікових груп.

Пацієнтів поділено на три групи залежно від інтенсивності впливу воєнних дій у 2023 р. (табл. 1). Інтенсивність оцінено за відсотком часу, протягом якого в регіоні діяли повітряні тривоги протягом 12 місяців 2023 року. Дані щодо тривалості повітряних тривог отримано з відкритого аналітичного ресурсу «Українська рада торгових центрів» (Ukrainian Council of Shopping Centers), який публікує узагальнені показники тривалості повітряних тривог по регіонах України. Показник відображає частку часу, протягом якого оголошувалася повітряна тривога, і розрахований на основі агрегованих даних із національних систем моніторингу повітряних тривог. Для стратифікації регіонів застосовано метод терцилів. На основі розподілу значень показника всі регіони поділено на три зони:

- зона 0 – низька інтенсивність ($\leq 3,8\%$);
- зона 1 – середня інтенсивність (3,9–8,2%);
- зона 2 – висока інтенсивність ($\geq 8,3\%$).

Статистичну обробку результатів дослідження проведено в програмі «GraphPad Prism 10». Дані

Таблиця 2

Порівняльна характеристика тяжкості психоемоційних симптомів стресових розладів у дітей віком від 6 до 10 років, хворих на гострі респіраторні інфекції, залежно від зони активності воєнних бойових дій в Україні протягом 2023 р. (n=121), бали

Симптом (ознака)	Загальна кількість	Низька (0), Me (Q1; Q3)	Середня (1), Me (Q1; Q3)	Висока (2), Me (Q1; Q3)	Критерій Н	p	P ₀₋₁	P ₀₋₂	P ₁₋₂
Головний біль	121	1,0 (1,0; 2,0) (n=45)	1,0 (0,0; 2,0) (n=29)	1,0 (1,0; 2,0) (n=47)	0,562	0,755	0,468	0,875	0,553
Тривожність	120	1,5 (0,75; 2,0) (n=46)	1,0 (0,0; 3,0) (n=28)	1,5 (1,0; 2,0) (n=46)	0,419	0,811	0,727	0,521	0,833
Дратівливість	119	2,0 (0,75; 2,0) (n=46)	1,5 (1,0; 2,75) (n=28)	2,0 (0,5; 3,0) (n=45)	0,607	0,738	0,569	0,468	0,949
Недовірливість	113	0,0 (0,0; 1,0) (n=44)	0,0 (0,0; 2,0) (n=26)	0,0 (0,0; 2,0) (n=43)	1,334	0,513	0,324	0,335	0,881
Переживання за майбутнє	104	0,0 (0,0; 2,0) (n=41)	0,0 (0,0; 1,5) (n=25)	0,0 (0,0; 2,0) (n=38)	0,005	0,997	0,963	0,943	0,986
Байдуже ставлення	116	0,0 (0,0; 1,0) (n=45)	0,0 (0,0; 2,0) (n=26)	0,0 (0,0; 1,0) (n=45)	0,117	0,943	0,991	0,753	0,797
Тиби	116	0,0 (0,0; 0,0) (n=45)	0,0 (0,0; 0,0) (n=27)	0,0 (0,0; 0,0) (n=44)	0,735	0,693	0,539	0,784	0,395
Порушення апетиту	119	1,0 (0,0; 2,0) (n=46)	1,0 (0,0; 2,0) (n=27)	1,0 (1,0; 2,0) (n=46)	0,375	0,829	0,58	>0,999	0,58
Порушення сну	121	1,0 (0,0; 2,0) (n=46)	1,0 (0,0; 2,0) (n=29)	1,0 (0,0; 2,0) (n=46)	0,62	0,733	0,479	>0,999	0,479
Порушення харчування	121	1,0 (0,0; 2,0) (n=46)	1,0 (0,0; 2,25) (n=30)	1,0 (0,0; 2,0) (n=45)	0,056	0,972	0,996	0,834	0,848
Болі в животі	117	1,0 (0,0; 2,0) (n=46)	0,0 (0,0; 1,0) (n=26)	1,0 (0,0; 1,0) (n=45)	5,363	0,068	0,032	0,088	0,496
Часті позиви до сечовипускання	114	0,0 (0,0; 0,0) (n=45)	0,0 (0,0; 1,0) (n=24)	0,0 (0,0; 0,0) (45)	3,736	0,154	0,234	0,374	0,054

Примітка: попарні порівняння розраховано за процедурою Бенджаміні–Крігера–Скутіелі.

наведено у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (Q1; Q3). Для порівняння трьох незалежних груп застосовано непараметричний критерій Краскела–Волліса (H). Для проведення попарних порівнянь (post-hoc аналіз) застосовано двоетапну лінійну процедуру Бенджаміні, Крігера та Скутіелі для контролю частки хибно позитивних результатів (FDR). Статистично значущими прийнято відмінності за $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі аналізу оцінено клінічні особливості перебігу ГРІ в досліджуваних пацієнтів (n=254). Оскільки спостереження здійснювалося

в амбулаторних умовах за участю 66 педіатрів первинної ланки, у структурі захворюваності були представлені виключно пацієнти з легкими і середньотяжкими неускладненими формами респіраторної патології.

Провідними соматичними проявами захворювання на момент звернення до лікаря були типові катаральні симптоми, зокрема, ринорея, назальна обструкція, гіперемія слизової оболонки ротоглотки і сухий або малопродуктивний кашель. Синдром ендогенної інтоксикації виявлявся переважно субфебрильною або помірною фебрильною лихоманкою, яка мала транзиторний характер і купувалася впродовж перших діб від початку стандартної терапії. Відповідно до дизай-

ну дослідження, у жодної дитини не було ознак бактеріальних ускладнень, гострих алергічних станів або позитивних результатів тестування на COVID-19.

Аналіз ознак стресового розладу в дітей віком від 6 до 10 років залежно від інтенсивності бойових дій

Молодший шкільний вік характеризується формуванням більш складних когнітивних механізмів опрацювання стресу порівняно з дітьми раннього і дошкільного віку. Діти цієї вікової групи вже здатні усвідомлювати причинно-наслідкові зв'язки подій, прогнозувати можливі наслідки небезпечних ситуацій, інтерпретувати інформацію про війну та емоційний стан дорослих. Водночас їхні механізми психологічного захисту та емоційної саморегуляції залишаються недостатньо зрілими, що підвищує вразливість до тривалого психотравматичного впливу. Молодші школярі вже можуть вербалізувати власні переживання, однак часто не мають достатніх ресурсів для їх конструктивного опрацювання. Саме тому хронічний військовий стрес у цій віковій групі може впливати на навчання, соціальну адаптацію і стан фізичного здоров'я (табл. 2).

Аналіз клінічних проявів стресових розладів у дітей молодшого шкільного віку (від 6 до 10 років), хворих на ГРІ, виявив тенденцію до гомогенізації психоемоційного напруження незалежно від зони інтенсивності бойових дій. На відміну від специфічних маркерів, що зазвичай притаманні ранньому віку, у цій віковій когорті формується стабільний «фоновий» рівень стресу. Згідно з результатами критерію Краскела-Волліса, для більшості досліджуваних симптомів не виявлено статистично значущої різниці між групами з низькою, середньою і високою інтенсивністю повітряних тривог ($p > 0,05$). Показники медіани залишалися стабільно високими в усіх трьох зонах ($Me = 1,0 - 2,0$). Це свідчить, що діти віком від 6 до 10 років однаково гостро реагують на загальний контекст війни незалежно від географічної близькості до фронту. Такі симптоми, як недовірливість, переживання за майбутнє і байдуже ставлення, мали нульові медіанні значення, проте їхній інтерквартильний розмах ($Q1$; $Q3$) вказує на наявність цих проявів в окремих дітей у кожній групі незалежно від зони інтенсивності. Головний біль ($p = 0,755$), порушення сну ($p = 0,733$), апетиту ($p = 0,829$)

і харчування ($p = 0,972$) виявилися універсальними соматичними масками стресу для всієї вибірки ($n = 121$).

Єдиним показником, що продемонстрував схильність до статистичної значущості на рівні попарних порівнянь, став біль у животі. Хоча загальний критерій Н становив 5,363 ($p = 0,068$), аналіз за процедурою Бенджаміні–Крігера–Єскутіелі виявив достовірну різницю між зоною низької і середньої інтенсивності ($p = 0,032$). У групі низької інтенсивності медіана скарг на біль у животі становила 1,0 (0,0; 2,0), тоді як у середній зоні вона була нижчою ($Me = 0,0$). Це може вказувати на специфічні механізми соматизації тривоги в дітей, які перебувають у відносно «тихих» регіонах, де стрес частіше витісняється в тілесну сферу.

Такі прояви, як тики і часті позиви до сечовипускання, у цій віковій групі траплялися рідко і не мали статистично значущої залежності від зони проживання. Загальний рівень «р» для тиків становив 0,693, що підтверджує відсутність прямого впливу інтенсивності бойових дій на виникнення гострих неврологічних станів у цієї когорти.

Отримані результати засвідчили, що в дітей молодшого шкільного віку (від 6 до 10 років) психоемоційні прояви стресу під час широкомасштабної війни не мали чіткої залежності від інтенсивності бойових дій, оціненої за тривалістю повітряних тривог. Для більшості досліджуваних симптомів не виявлено статистично значущих відмінностей між групами, що може вказувати на формування хронічного психоемоційного навантаження незалежно від географічної віддаленості від активних бойових дій. Очевидно, що для дітей віком від 6 до 10 років вирішальним чинником психоемоційного стану є не кількість повітряних тривог, а загальне інформаційне і соціальне поле. У цьому віці діти вже активно користуються гаджетами, спілкуються з однолітками і розуміють контекст подій через новини. Це створює ефект «інформаційного стресу», який нівелює різницю між фізичною безпекою зон. Подібні висновки узгоджуються з сучасними дослідженнями психічного здоров'я дітей в умовах війни, які показують, що негативний психологічний вплив визначається не лише безпосереднім контактом із травматичними подіями, але й тривалим перебуванням у стані загальної невизначеності, інформаційного перевантаження та емоційної напруги,

розлукою з батьками, вимушеним переміщенням [11]. У дослідженні змін психічного стану українських дітей після початку повномасштабної війни встановлено зростання внутрішніх емоційних проявів (тривожності, страху, емоційної напруженості) навіть у дітей, які не перебували в зонах активних бойових дій [8].

Отримані нами дані можуть підтверджувати існування феномену так званого «розподіленого воєнного стресу», коли психотравмувальний вплив поширюється не лише через безпосередній досвід небезпеки, але й через постійний інформаційний потік, очікування загрози та емоційне зараження від найближчого оточення. Діти молодшого шкільного віку вже здатні усвідомлювати зміст подій, але ще не мають достатньо сформованих механізмів когнітивного перероблення травматичної інформації. Причому надзвичайно цікавим є те, що в дітей, які залишилися в Україні, значно нижчі показники тривоги, депресії, стресу та симптомів, пов'язаних із травмою, порівняно з тими, хто переїхав за кордон [3,7]. Ці результати узгоджуються із сучасними моделями психосоціальної підтримки дітей у конфліктних умовах, які розглядають психічне благополуччя як результат взаємодії індивідуальних, соціальних і середовищних чинників. Важливу роль можуть відігравати взаємини з однолітками і стабільність соціального середовища [2].

Слід зазначити, що соматичні скарги на головний біль, порушення сну і порушення апетиту в наведеному нами дослідженні характеризуються відносно стабільними медіанними значеннями незалежно від групи. Це може свідчити про формування своєрідного «плато хронічного стресу», коли фізіологічні системи адаптації протягом тривалого часу функціонують у режимі підвищеного навантаження, а організм дитини мобілізує ресурси для підтримання життєдіяльності в умовах постійної невизначеності. Аналогічні зміни описані в дітей, які проживають в умовах воєнних конфліктів, де порушення сну та соматичні скарги стають універсальними маркерами психоемоційного дистресу [15]. Особливу увагу привертає виявлена різниця щодо абдомінального болю між групами низької та середньої інтенсивності впливу воєнних дій. Незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей за загальним критерієм Краскела–Волліса, попарний аналіз показує достовірні зміни, що може вказувати на роль соматизації як механізму психологічного за-

хисту. Психосоматичні симптоми в дітей часто виступають альтернативною формою вираження емоційних переживань, особливо коли дитина має обмежені можливості для вербалізації тривоги або страху [9]. Біль у животі як маркер стресу в групі низької інтенсивності може бути формою прояву прихованої тривоги, яку дитина не може висловити відкрито через «соціальний дозвіл» (наприклад, перебуваючи в умовно «безпечному регіоні»), що ускладнює відкритий прояв страху й сприяє перенесенню психоемоційного навантаження в тілесну сферу. Подібні результати також узгоджуються із сучасними уявленнями щодо соматизації в дітей і підлітків, де найчастішими клінічними проявами психологічного дистресу є головний біль, абдомінальний біль і функціональні порушення фізіологічних процесів [7]. Рідкісна реєстрація тиків і частих позивів до сечовипускання також може мати клінічне значення. Імовірно, у молодшому шкільному віці за умов тривалого воєнного стресу більш характерним є розвиток неспецифічних соматичних і поведінкових реакцій, тоді як гострі неврологічні прояви можуть бути менш чутливими маркерами. Сучасні моделі психосоціальної підтримки дітей у конфліктних умовах розглядають вплив війни як багатокомпонентний процес, що включає індивідуальні, сімейні і соціальні чинники [1]. Психологічні наслідки війни для дітей також опосередковуються станом батьків і сімейним функціонуванням. Установлено, що емоційне виснаження батьків і порушення сімейних взаємодій істотно впливають на психічне здоров'я дітей [16]. Додатково отримані результати підтверджують сучасні концепції психології воєнної травми в дітей, відповідно до яких, тривалий вплив стресових подій може впливати на емоційну сферу, механізми адаптації та психосоціальне функціонування дитини [12]. Крім того, хронічний стрес може відображатися не лише на емоційних реакціях, але й на когнітивних і комунікативних процесах, зокрема, на особливостях мовленнєвої поведінки дітей [14].

Отже, отримані результати дають змогу припустити, що для дітей молодшого шкільного віку більш чутливими клінічними маркерами стрес-індукованих психоемоційних порушень можуть бути не специфічні психопатологічні симптоми, а універсальні соматичні прояви – порушення сну, апетиту, головний та абдомінальний біль. Відсутність чіткої залежності від інтенсивності

Таблиця 3

Порівняльна характеристика тяжкості психоемоційних симптомів стресових розладів у дітей віком від 10 років, хворих на гострі респіраторні інфекції, залежно від зони активності воєнних бойових дій в Україні протягом 2023 р. (n=129)

Симптом (ознака)	Загальна кількість	Низька (0), Me (Q1; Q3)	Середня (1), Me (Q1; Q3)	Висока (2), Me (Q1; Q3)	Критерій Н	Р	Р ₀₋₁	Р ₀₋₂	Р ₁₋₂
Гнів	116	0 (0; 1) (n=33)	1 (0; 2) (n=35)	0 (0; 1) (n=48)	8,532	0,0140	0,2527	0,1076	0,0039*
Недовіра до всього	113	0 (0; 1) (n=34)	0 (0; 2) (n=33)	0 (0; 0) (n=46)	7,848	0,0198	0,8540	0,0233*	0,0144*
Агресія	113	0 (0; 1) (n=48)	0 (0; 0) (n=32)	0 (0; 1) (n=33)	4,468	0,1071	0,4056	0,1493	0,0376*
Біль у животі	113	0 (0; 1) (n=35)	0 (0; 1,25) (n=30)	0 (0; 1) (n=48)	4,378	0,1120	>0,9999	0,0732	0,0871
Злість	115	1 (0; 2) (n=33)	0 (0; 1,25) (n=34)	0 (0; 1) (n=48)	4,300	0,1165	0,0460	0,1172	0,5521
Порушення сну	114	1 (1; 2) (n=35)	0 (0; 2) (n=32)	1 (0; 2) (n=47)	4,287	0,1172	0,0495	0,1128	0,5814
Низька самооцінка	115	0 (0; 2) (n=34)	0 (0; 2) (n=33)	0 (0; 1) (n=48)	4,228	0,1208	0,8283	0,0656	0,1116
Головний біль	117	1 (0; 1) (n=35)	2 (0; 2) (n=35)	1 (0; 1) (n=47)	3,253	0,1966	0,1881	0,7362	0,0808
Бунтарська поведінка	115	1 (0; 1,25) (n=34)	0 (0; 2) (n=33)	0 (0; 1) (n=48)	3,164	0,2055	0,4026	0,0761	0,3934
Порушення харчування	115	1 (0,25; 2,75) (n=36)	1 (0; 2) (n=32)	1 (0; 2) (n=47)	2,828	0,2431	0,2486	0,1003	0,7150
Дратівливість	120	1 (1; 2) (n=36)	1 (0; 2) (n=36)	1 (1; 2) (n=48)	1,771	0,4126	0,3338	0,1972	0,7976
Депресія	129	0 (0; 1) (n=47)	0 (0; 2) (n=35)	0 (0; 1) (n=47)	1,751	0,4166	0,2405	>0,9999	0,2405
Відмова виходити на вулицю	114	0 (0; 1) (n=33)	0 (0; 1) (n=34)	0 (0; 1) (n=47)	1,670	0,4339	0,9541	0,2937	0,2619
Тиби	115	0 (0; 0) (n=36)	0 (0; 0) (n=32)	0 (0; 0) (n=47)	0,5384	0,7640	0,8469	0,4802	0,6330

Примітка: попарні порівняння розраховано за процедурою Бенджаміні-Крігера-Єкутіелі.

воєнних дій свідчить, що психологічний вплив війни має системний характер і поширюється на дітей навіть у відносно безпечних регіонах України.

Аналіз ознак стресового розладу в дітей віком від 10 років залежно від інтенсивності бойових дій

У дітей старшого шкільного віку та підлітків реакція на хронічний воєнний стрес має низку вікових особливостей, зумовлених подальшим розвитком когнітивної, емоційної та соціальної сфер. У цьому віці значно зростає здатність до абстрактного мислення, критичного аналізу подій і усвідомлення довготривалих наслідків війни для власного життя, родини та майбутнього. Водночас процеси емоційної саморегуляції та формування стресостійкості в цій віковій групі ще не є повністю зрілими (табл. 3).

Дослідження підліткової групи (n=129) виявило зміщення акцентів у структурі стресової відповіді. Більшість досліджуваних симптомів не мали статистично значущих змін між групами (p>0,05), зокрема: соматичні прояви (біль у животі, головний біль), порушення сну та харчування, дратівливість, депресивні прояви, бунтарська поведінка, соціальне уникання (відмова виходити), тиби. Медіанні значення цих показників залишалися подібними у всіх групах, що засвідчило їхню незалежність від інтенсивності бойових дій у межах цієї вибірки. Якщо в молодших дітей реакція на війну часто соматизувалася, то в підлітків стрес трансформувався у сферу міжособистісної взаємодії та емоційної регуляції. На відміну від молодших груп, тут на перший план вийшли не стільки соматичні скарги,

скільки поведінкові та екстерналізаційні симптоми (гнів, агресія, недовіра).

Найбільш виражені зміни виявлено для гніву ($N=8,532$; $p=0,014$). Медіанні значення засвідчили підвищення цього показника в групі середньої інтенсивності ($Me=1$ (0; 2)) порівняно з низькою і високою інтенсивністю (обидві – $Me=0$). Попарний аналіз підтвердив значущу різницю між середньою і високою інтенсивністю ($p=0,0039$), що вказало на специфічне зростання емоційної напруги саме в умовах помірного, але тривалого стресового впливу. Тобто в дітей у зонах очікування небезпеки (середня інтенсивність) може бути вищим рівень емоційної напруги та роздратування порівняно з підлітками в зонах постійного впливу небезпеки, де може спрацювати механізм емоційного притуплення.

Показник «недовіра до всього» також мав статистичну значущість ($N=7,848$; $p=0,0198$). Незважаючи на те, що медіанні значення залишалися низькими у всіх групах, у зоні високої інтенсивності цей показник мав найменшу варіабельність ($Me=0$ (0; 0)), а попарні порівняння виявили достовірні відмінності як із низькою ($p=0,0233$), так і з середньою ($p=0,0144$) інтенсивністю. Такий результат може свідчити про формування специфічних захисних механізмів або «тунельного зору» в умовах критичної небезпеки, де недовіра заміщується фокусом на виживанні (за Істербруком). Згідно з його гіпотезою звузнення уваги, під впливом сильного емоційного навантаження когнітивні ресурси можуть концентруватися на найбільш значущих або потенційно загрозливих стимулах, тоді як оброблення менш пріоритетної інформації знижується [4]. У контексті хронічного травматичного досвіду це може супроводжуватися переважанням реакцій виживання, змінами емоційної регуляції та обмеженням можливостей повноцінного опрацювання складних переживань [13].

Хоча загальний рівень достовірності « p » для показника агресії становив 0,1071, попарне порівняння за процедурою Бенджаміні–Крігера–Єкутіелі виявило значущу різницю між зонами середньої і високої інтенсивності ($p=0,0376$), де рівень агресивних проявів був вищим у дітей із «прифронтових» територій.

Показники порушень сну ($p=0,1172$) і злості ($p=0,1165$) хоча і не досягли загальної значущості, мали достовірні відмінності при попарному

порівнянні зон низької і середньої інтенсивності ($p=0,0495$ і $p=0,0460$, відповідно). Це підкреслює, що «середня» зона є зоною найбільшої нестабільності для підліткової психіки [11].

Отримані дані дають змогу припустити, що в дітей старшого віку реакція на воєнний стрес реалізується переважно через емоційно-когнітивні механізми, тоді як соматичні та базові поведінкові прояви мають більш стабільний характер. Підлітковий вік характеризується активним формуванням соціального мислення, системи цінностей, довіри до оточення. У цих умовах хронічний стрес не лише викликає емоційні реакції, але й змінює спосіб інтерпретації реальності. Гнів може виступати як реакція на фрустрацію, втрату контролю і постійну напруженість [14], а недовіра – як наслідок переоцінки безпеки середовища і підвищеної настороженості. Отриманий розподіл (пік у середній зоні) можна пояснити ефектом хронічної невизначеності, оскільки в зоні низької інтенсивності стрес може бути недостатнім для значної дезадаптації в старшій віковій групі дітей, а в зоні високої інтенсивності часто формується чітке розуміння загрози й активуються захисні механізми (поведінкова мобілізація, підтримка, структурованість дій) [11]. Водночас у зоні середньої інтенсивності зберігається нестабільність і непередбачуваність, що призводить до тривалого напруження без можливості його «розрядки». Саме цей стан є найбільш виснажливим для психіки підлітка [7].

Відсутність відмінностей щодо порушень сну, харчування і соматичних скарг свідчить, що ці прояви є універсальною реакцією на стрес і характерною для всієї популяції незалежно від рівня загрози. Імовірно, у старшому віці ці симптоми менш чутливі до градації стресу та частково компенсуються адаптаційними механізмами. Слід зазначити, що нічний сон понад 8 год і фізична активність є надзвичайно важливими для підтримання здоров'я підлітків та асоціюється з нижчим рівнем стресу [5].

На відміну від молодших дітей, в яких тики часто відображають незрілість нервової системи, у підлітків більш розвинені коркові механізми контролю, тому симптоми стресу рідше реалізуються через моторні або неврологічні прояви. Стрес у цій віковій групі «переноситься» на рівень емоцій і поведінки, а не соматоневрологічних реакцій.

Отже, можна виділити характерну модель реагування на стресові прояви в старшій віковій групі дітей, де чутливими маркерами є гнів, недовіра, частково агресія, а стабільне стресове тло формують соматичні та базові психоемоційні симптоми. Це свідчить, що в дітей старшого віку стрес не стільки змінює інтенсивність базових функцій, скільки впливає на спосіб емоційного реагування, соціальне сприйняття, поведінкові стратегії. Отримані результати свідчать, що в умовах війни в дітей віком від 10 років формується переважно когнітивно-афективний тип стрес-реакції, який найбільш чутливо реагує на чинник невизначеності. Це пояснює вибірковість статистично значущих показників, відсутність масивних змін у соматичній сфері та специфічну роль середньої інтенсивності бойових дій як найбільш психологічно виснажливої.

Висновки

Незалежно від зони активності воєнних дій в умовах повномасштабної війни в Україні характер і структура клінічних проявів психотравмувального дистресу в дітей шкільного віку мають чітку вікову детермінацію: психоемоційна відповідь на хронічний воєнний стрес еволюціонує від переважання соматизації та неспецифічних скарг у віці від 6 до 10 років до екстерналізації симптомів і поведінкових девіацій у підлітковому періоді.

Ознаки стресових розладів у молодших школярів характеризуються відсутністю статистично значущої залежності між вираженістю клінічних симптомів і локальною інтенсивністю воєнних дій. Така «гомогенізація» стресового стану свідчить про найбільшу вразливість дітей віком від 6 до 10 років, для яких загальний соціогуманітарний контекст війни, інформаційне поле і тривога батьків є сильнішими дестабілізуючими чинниками, ніж безпосередня психотравмувальна навантаженість залежно від наближеності до лінії фронту.

У підлітків і дітей віком від 10 років найвища амплітуда емоційної дестабілізації зафіксована в зоні середньої інтенсивності бойових дій, що статистично підтверджується значущими парними відмінностями щодо проявів гніву ($p=0,0039$) і недовіри ($p=0,0144$), що верифікує феномен «стресу очікування» у т.з. «сірих зонах», де хронічна непередбачуваність воєнної загрози виснажує адаптаційні механізми підліткової пси-

хіки сильніше за прогнозовано безпечно або стабільно небезпечно середовище.

Патерни агресії та злості в дітей старшого шкільного віку вказують на якісно різні захисні адаптаційні механізми центральної нервової системи залежно від зони активності бойових дій: в умовах високої інтенсивності – агресивні реакції пригнічуються внаслідок «когнітивного тунелювання» та емоційного «оніміння» задля збереження вітальних ресурсів, тоді як у відносно спокійній зоні (низької активності) підлітки менше застосовують психофізіологічне напруження для виживання і відкрито проявляють гнів, образи і злість (найвищі показники: $Me=1$ (0; 2); $p=0,0460$).

У переважної більшості обстежених школярів віком від 6 до 18 років, хворих на ГРІ, незалежно від зони активності бойових дій, виявлено тривалі симптоми стресових розладів і соматичних порушень: зокрема, розлади сну, головний біль та емоційну нестабільність, що підтверджує загальний руйнівний вплив війни на їхнє фізичне здоров'я й психологічний стан та обґрунтовує критичну необхідність раннього втручання медико-психологічної підтримки та реабілітаційних заходів для всіх українських дітей віком від 6 років незалежно від поточного регіону проживання.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні й впровадженні диференційованих програм медико-психологічної реабілітації дітей шкільного віку, які враховуватимуть виявлені вікові особливості стрес-індукованих порушень (переважання соматизації в дітей віком від 6 до 10 років та екстерналізаційних проявів у старших школярів і підлітків), а також рівень інтенсивності воєнного впливу в регіоні проживання. Такий підхід сприятиме своєчасному виявленню груп ризику, удосконаленню профілактичних і реабілітаційних заходів та запобіганню трансформації транзиторних психоемоційних і психосоматичних порушень у хронічні дезадаптаційні стани.

Подяка. Автори дякують за співпрацю педіатрам центрів первинної медико-санітарної допомоги в Києві, Харкові, Львові, Дніпрі, Запоріжжі, Одесі, Кропивницькому, Вінниці, Кривому Розі, Житомирі, Черкасах, Полтаві, Сумах, Бердичеві, Ромнах, Білій Церкві.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості в підготовці цієї статті.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Bilodeau J, Mikutra-Cencora M, Quesnel-Vallée A. (2023). Work-family interface and children's mental health: A systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 17: Article 45. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00596-w>.
2. Bosqui TJ, Mayya A, Al-Kadasi A. (2022). Mechanisms of change for child mental health and psychosocial support in conflict settings: A systematic review. *Intervention*. 20(2): 170-181. <https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000251>.
3. Carpinello B. (2023). The mental health costs of armed conflicts—A review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(4): Article 2840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>.
4. Easterbrook JA. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*. 66(3): 183-201. <https://doi.org/10.1037/h0047707>.
5. Hariyan T, Hariyan T, Boyarchuk O. (2026). Determinants of perceived stress among adolescents during wartime in Ukraine. *Frontiers in Pediatrics*. 14L Article 1838159. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1838159>.
6. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 14: Article 1134780. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780>.
7. Lebedts I, Dynnik V, Matkovskaya T, Medvedovska N, Kashkalda D. (2022). Prevention and rehabilitation of health problems of schoolchildren from the zone of military conflict in Ukraine. *Medicni Perspektivi*. 27(4): 200-206. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271225>.
8. McElroy E, Hyland P, Shevlin M, Karatzias T, Vallières F, Ben-Ezra M et al. (2024). Change in child mental health during the Ukraine war: Evidence from a large sample of parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 33(5): 1495-1502. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02255-z>.
9. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. (2019, Aug 27). Impact of stress on a child's body: How parents can help and when to consult a doctor. URL: <https://phc.org.ua/news/vpliv-stresu-na-organizm-ditini-chim-mozhut-dopomogti-batki-i-koli-varto-zvertatisya-do>.
10. Salmon M, Sibeoni J, Harf A, Moro MR, Ludot-Grégoire M. (2022). Systematic review on somatization in a transcultural context among teenagers and young adults: Focus on the nosography blur. *Frontiers in Psychiatry*. 13: Article 897002. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.897002>.
11. Silwal S, Westerlund M, Osokina O, Ivnyev B, Ahramo K et al. (2026, Mar 9). Mental health of Ukrainian children and youth during the Russian-Ukrainian war: a scoping review. *BMJ Glob Health*. 11(3): e020506. doi: 10.1136/bmjgh-2025-020506. PMID: 41802826; PMCID: PMC12983754.
12. Skrypnyk A, Labenko O. (2022). The influence of stress on children's speech in the context of war. *East European Journal of Psycholinguistics*. 9(2): 116-129. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.2.lab>.
13. Van der Kolk BA. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.
14. Willner P. (2017). The chronic mild stress (CMS) model of depression: History, evaluation and usage. *Neurobiology of Stress*. 6: 78-93. <https://doi.org/10.1016/j.jynstr.2016.08.002>.
15. Zawilski ZM. (2022). Somatisation as a manifestation of emotional disturbance in children. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*. 18(1): 40-51. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2022.0006>.
16. Zlyvkov VL, Lukomska SO. (2022). Children of war: Theoretical, methodological and practical aspects of psychological assistance. Vydavets Lysenko M.M.

Відомості про авторів:

Клець Тетяна Дмитрівна - к.мед.н., доц., каф. педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0000-0002-5556-9160>.

Мітюряєва-Корнійко Інна Олександрівна - д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0000-0002-6757-3415>.

Одайський Олександр Миколайович - аспірант, каф. педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 13. <https://orcid.org/0009-0003-5666-6653>.
Стаття надійшла до редакції 26.01.2026 р., прийнята до друку 12.05.2026 р.