

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

Мітлош Антоніна Василівна,

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри загальної та клінічної психології

Волинського національного університету імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0000-0002-4436-985X>

Наукова публікація присвячена теоретичному обґрунтуванню та розгляду клінічних проявів симптомів посттравматичного стресового розладу в дітей та підлітків в умовах російської воєнної агресії в Україні. У роботі здійснено теоретичний аналіз наукової літератури, присвяченої проблемі психотравми. Охарактеризовано травматичні події, які можуть спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу. Відзначено, що, окрім чинника події, мають значення інші чинники, які можуть або сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу, або допомогти здолати наслідки травми самотужки. Проаналізовано чинники виникнення посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків. З'ясовано, що в молодших дітей прояви симптомів посттравматичного стресового розладу мають свої особливості. Установлено, що посттравматичний стресовий розлад у дітей і підлітків має такі ж критерії, як і в дорослих, проте симптоми мають деякі відмінності, які проявляються в поведінці дітей. У публікації проаналізовано наслідки впливу травматичного досвіду та розглянуто психобіологічні зміни в роботі мозку дітей і підлітків, спричинені посттравматичним стресовим розладом. Установлено, що ступінь важкості цих проявів залежить від багатьох чинників: тривалості знущань та важкості завданої травми, батьківської поведінки, віку дитини, її внутрішніх механізмів стійкості, зовнішніх джерел фізичної, емоційної та соціальної підтримки. Наголошено на тому, що клінічні прояви посттравматичного стресового розладу в умовах українсько-російської війни можуть мати деякі особливості, адже експозиція до травматичного досвіду триває, діти надалі проживають в умовах воєнних дій. У публікації проаналізовано сучасні доказові моделі розвитку та прояву посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, клінічні прояви ПТСР у дітей та підлітків, чинники розвитку ПТСР.

Mitlosh Antonina. Clinical manifestations of post-traumatic stress disorder symptoms in children and adolescents under conditions of armed conflict

This article is devoted to the theoretical substantiation and examination of the clinical manifestations of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in children and adolescents under the conditions of Russian military aggression in Ukraine. The paper provides a theoretical analysis of scientific literature addressing the issue of psychological trauma. Traumatic events that may lead to the development of PTSD are characterized. It is noted that, in addition to the traumatic event itself, other factors also play a significant role – either facilitating the onset of PTSD or contributing to resilience and coping with the consequences of trauma. The article analyzes the factors that contribute to the emergence of PTSD in children and adolescents. It is revealed that younger children exhibit specific features in the manifestation of PTSD symptoms. The study confirms that PTSD in children and adolescents follows the same diagnostic criteria as in adults; however, symptom expression differs and is often reflected in the children's behavior. The publication analyzes the impact of traumatic experiences and explores psychobiological changes in brain function caused by PTSD in children and adolescents. It is established that the severity of these manifestations depends on multiple factors, such as the duration and intensity of the trauma, parental behavior, the child's age, internal resilience mechanisms, and access to external physical, emotional, and social support. The article emphasizes that the clinical mani-

festations of PTSD during the ongoing Russian-Ukrainian war may have distinct features, as children continue to be exposed to traumatic experiences while living in a war zone. The publication also reviews current evidence-based models of PTSD development and manifestation in children and adolescents.

Key words: *post-traumatic stress disorder, clinical manifestations of PTSD in children and adolescents, PTSD risk factors.*

Постановка проблеми. У сучасних українських реаліях відбувається психічна травматизація дітей, яка набуває масового характеру. Діти щодня стають жертвами воєнних конфліктів і мішенями для насильства, відчувають жах і безнадію.

Американська психіатрична асоціація у 2013 р. внесла в довідник діагностичних критеріїв DSM-5 підрозділ проявів посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) для дошкільного віку, тому що клінічні прояви можуть бути пов'язані з віком дитини. Окрім того, ступінь травмування залежить не тільки від віку дитини, від її внутрішніх механізмів стійкості, зовнішніх джерел фізичної, емоційної та соціальної підтримки. Механізми психологічного захисту в дитячому віці не досить сформовані, немає належної кількості конструктивних зразків поведінки, які збільшують стресостійкість. Тому батьківська поведінка відіграє важливу роль у розвитку ПТСР в дітей [1; 2].

До стресових чинників у дітей і підлітків належать наслідки емоційного, фізичного або сексуального насильства, нещасні випадки, наслідки війни й інших катастроф. Як і в дорослих, поширеність ПТСР у дітей, імовірно, недооцінена [3, с. 218].

Дослідження ПТСР в дитячому віці стали об'єктом уваги багатьох учених. Науково системний підхід до лікування травми в дітей і підлітків та їхніх батьків у моделі ТФ КПТ представлено у працях Дж. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер, Е. Фоа. Учені Е. Чармандарі, К. Ціго та Дж. Хрусос, К. Гейм і К. Немерофф, В. Кір і Ф. Вільгельм вивчають нейробіологічну та фізіологічну моделі ПТСР у дітей і підлітків. А. Ла Грека, В. Сільверман, М. Прінштайн, І. Вернберг, В. Коупленд, Д. Тріккі, Л. Серпелл запропонували п'ятифакторну модель ПТСР в молоді. Науковці А. Штайнберг, Р. Пінос, Дж. П'ячентіні описали модель траєкторії розвитку залежно від віку / стадії розвитку дитини. Науковці Т. Далгейш, А. Елерс і Д. Кларк, Р. Мау та

Б. Браянт досліджують когнітивні моделі розвитку ПТСР в дітей і підлітків.

Незважаючи на численні праці з вивчення наслідків травматичного досвіду, дитячий і підлітковий ПТСР потребує наукових досліджень. Зокрема, важливо розуміти його клінічні прояви в умовах нинішньої війни, коли експозиція до травматичного досвіду триває, адже війна продовжується.

Метою дослідження є теоретичний розгляд клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в дітей і підлітків в умовах воєнного конфлікту.

Результати дослідження. Загалом діагностичні критерії ПТСР подібні для дорослих і дітей, але клінічна презентація симптомів розладу може різнитися залежно від віку. Наприклад, з'ясовано, що діти дошкільного віку схильні проявляти симптоми більш поведінково орієнтованим способом і часто не демонструють симптомів уникнення. С. Перрін, П. Сміт і В. Юль це пов'язують з рівнем когнітивного розвитку, який необхідний для рефлексії стану [4, с. 349].

Український психіатр О. Романчук зазначає, що «досвід психотравмуючих подій, на жаль, – дуже поширений. 75% осіб за життя стикаються з бодай однією психотравмуючою подією. Як не прикро, більшість таких подій стається в дитинстві <...> в Україні, зважаючи на війну, точиться чимало розмов про посттравматичних стресовий розлад, ми свідомі, що не вперше маємо з ним справу. До того ж можемо лише собі уявити масштаби психотравмуючого впливу всіх тих подій, що випали на нашу історію лише за минуле століття, – Перша і Друга світові війни, Голодомор, комуністичні репресії, Чорнобильська катастрофа» [5, с. 7].

Д. Блек і Н. Андреасен відзначають, що «вік людини, історія емоційних розладів, рівень соціальної підтримки та близькість до стресора впливають на ймовірність виникнення ПТСР». Учені описують

наслідки опіків у дітей і дорослих. У дітей ПТСР розвивався у 80% випадків, симптоми цього розладу виявляли й за 1–2 роки після травми. У дорослих, які зазнали таких самих опіки, лише 30% мали симптоми ПТСР [3, с. 219].

Результати проведеного аналізу різних підходів до розгляду та лікування ПТСР показують, що клінічна картина посттравматичного стресового розладу в дорослих може відрізнятися від тієї, що в дітей і підлітків. Адже в останніх спостерігаються неспецифічні прояви в симптомах підвищеної тривожності, зниженні фону настрою, різкої зміни поведінки. Ступінь тяжкості ПТСР в дітей визначається як феноменологією (переважно наявністю та вираженістю симптомів, що відображають емоційні/комунікативні порушення, порушення з боку соматовегетативної регуляції), так і характером психічної травми (важчий ПТСР розвивається внаслідок фізичного чи сексуального насильства) [6; 7].

Клінічна картина ПТСР в дітей за дії психічної травми хронічного характеру вирізняється більшою згладженістю зовнішніх симптомів поведінки й неспецифічних проявів.

Біологічні, соціодемографічні та психосоціальні чинники, пов'язані з онтогенезом дитини, як-от перинатальне ураження ЦНС, виховання в умовах опікунства чи усиновлення, а також високий рівень конфліктності в сім'ї, роблять дитину більш уразливою до ПТСР. На своєчасну діагностику цього розладу в дітей і підлітків впливають рівень ідентифікації дитячого ПТСР фахівцями, здатність батьків розпізнавати прояви посттравматичного стресового розладу та звернутися по фахову допомогу [4; 5].

Дж. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер, Е. Фоа зазначають, що багато дітей не відчувають симптомів травми навіть після пережитої травмуючої події. Причини травматичних розладів включають ступінь психічного розвитку, внутрішню стійкість до зовнішніх загроз і зовнішні джерела підтримки. Той самий стресор може по-різному впливати на різних дітей залежно від внутрішніх механізмів опірності, набутих навичок подолання і зовнішніх джерел фізичної, емоційної та соціальної підтримки [8, с. 27].

Клінічні спостереження показали, що травматичний досвід залежить не тільки від інтенсивності травмуючої події, а й від індивідуальних особливостей реакції дитини на неї. Відмінності в реакціях зазвичай пояснюються тим, що діти самі виробляють способи інтерпретації події, її значущість для них, способи подолання психологічного та фізіологічного стресу за підтримки інших людей, способи інтеграції цих спогадів у своє «я» [8, с. 28].

Когнітивно-поведінковий підхід групує симптоми травми на поведінкові, когнітивні, фізичні й емоційні, які спричиняють труднощі в дитини внаслідок отриманого травматичного досвіду. Загалом вони відповідають симптомам посттравматичного стресового розладу, але також включають депресію, тривогу, поведінкові розлади, включно із самоушкодженням, уживанням психоактивних речовин, відсутністю довіри в міжособистісних відносинах і емоційною нестабільністю. Діти із симптомами травми можуть відчувати значні зміни в самооцінці, сприйнятті світу й інших людей унаслідок травми [5; 8].

У деякому віці дітям притаманні егоцентричні погляди на світ, це може призвести до звинувачення себе у травмівній події, яка трапилась. Наслідками такої персоналізації провини зазвичай є депресивні симптоми, сором, відчуття непотрібності, суїцидальна поведінка та низька самооцінка. У важких випадках ПТСР часто супроводжується депресивними розладами [8, с. 31].

Дослідники М. Шірінга та К. Зеанаг наполягають на доцільності спостереження за поведінковими проявами ПТСР у дітей, як-от соціальна відстороненість, стереотипна гра, прояви регресивної поведінки, сепараційна тривога, яка почалась після пережитої травми [4, с. 349].

У молодших дітей симптомом посттравматичного розладу можуть бути страшні сновидіння, які не пов'язані зі змістом травми. Раптовість, несподіванка й жах травми можуть спричинити не тільки страх, а й загальну тривогу. Дитина може почуватись уразливою. Вона може намагатись бути пильною, щоб захистити себе. У дітей може спостерігатись явище парентифікації. Виникає бажання стати досконалим, щоб упоратися з можливими

загрозами в майбутньому. Дитина може бути постійно стурбована можливими майбутніми загрозами. Це може призвести до тривожних розладів і депресії [3; 8].

Дж. Коен, Е. Маннаріно, Е. Деблінджер зазначають, що в дітей, які потерпають від домашнього насилля, може проявлятися «травматичний зв'язок», коли вони усвідомлюють залежність своєї безпеки від вчасного пристосування під поведінку кривдника [8, с. 32–33].

Дж. Коен описує поведінкові прояви ПТСР в підлітків і молоді. До них належать уникання здорового спілкування та віддання переваги спілкуванню з тими, хто має емоційні та поведінкові проблеми. Також у дітей може проявлятися Стокгольмський синдром (ідентифікація з агресором). Наприклад, дитина також може злитися на маму, якщо це робить кривдник. Це пов'язано з намаганням подолати почуття провини та когнітивний дисонанс. Також дітям і підліткам притаманна опозиційна поведінка. Підлітки можуть уживати психоактивні речовини, а також вдаватися до самоушкоджувальної несудичальної поведінки [8, с. 33–34].

Аналіз результатів дослідження.

Є чимало доведених моделей розвитку ПТСР в дорослих, водночас дуже мало концептуальних моделей, які б могли пояснити розвиток розладу в дітей, підлітків і молоді. Нейробіологічні та фізіологічні моделі описують вплив травми на системи мозку, які відповідальні за регуляцію стресу та страху (Е. Чармандарі, К. Ціго, Дж. Хрусос, К. Гейм, К. Немерофф, В. Кірш, Ф. Вільгельм). Ділянкою, яку пов'язують із ПТСР, є лімбічна система та мигдалеподібне тіло з гіпокампом. Нині зростає доказова база на підтримку нейробіологічних моделей, які пояснюють наслідки впливу травми на мозок [4, с. 351–352].

У хронічно травмованих дітей простежувалися нейробіологічні особливості, зокрема й хронічне підвищення рівня гормонів стресу та надниркових нейромедіаторів – епінефрину (адреналіну), які перешкоджали афективній модуляції [8, с. 37].

П'ятифакторна модель ПТСР описує кілька чинників ризику (характеристики до травми, особливості самої травми й чинники після неї), які можуть деякою мірою прогнозувати ймовірність розви-

тку ПТСР (А. Ла Грека, В. Сільверман, М. Прінштайн, І. Вернберг, В. Коупленд, Д. Тріккі, Л. Серпелл та інші). Автори цієї моделі вказують на важливості копінгових навичок дитини, брак розвитку яких може спрогнозувати сильніші симптоми ПТСР. А також додаткових стресових чинників у житті дитини, яка зазнала впливу травматичної події, наприклад, розлучення батьків, яке може посилити ризики розвитку розладу [4, с. 353–354].

Модель траєкторії розвитку наголошує на зовнішніх і внутрішніх чинниках виникнення ПТСР. Внутрішні чинники стосуються індивідуальних особливостей дитини (А. Штайнберг, Р. Пінос, Дж. П'ячентіні). Автори цієї моделі звертають увагу на те, що розлад може виражатись по-різному залежно від віку дитини. Також травма може впливати на те, як дитина буде розвиватись, адже експозиція до травми може гальмувати емоційний розвиток дитини [4, с. 354–355].

Батьківська модель пропонує концептуальну схему для розуміння впливу сімейних процесів на розвиток симптомів ПТСР. Автори моделі М. Шірінга та К. Зеанаг звертають увагу на важливість дитячо-батьківських взаємин, функціонування батьків загалом та їхній вплив на розвиток посттравматичного розладу. Науковці зазначають, що є стилі виховання, які можуть негативно позначитись на реабілітації дитини після переживання травматичного досвіду. Наприклад, гіперопіка з боку батьків призводить до того, що вони відчувають страх за дитину або почуваються винними в тому, що сталося, що вони не змогли відвернути цей випадок і вберегти дитину. Їхня надмірна опіка через тривогу призведе до обмеження розвитку дитини [4, с. 356].

Важливо вчасно виявити дітей, які мають симптоми повторних переживань, пов'язаних із травмою, у формі нічних жахливих сновидінь (які не обов'язково пов'язані зі змістом травматичної події), а також флешбеків, ігор, що повторюються і нагадують трагічні події. Важливо також вчасно виявляти дітей і підлітків, які уникають навіть згадки про травму. Наприклад, уникають місць, які пов'язані з пережитим страхом, або ж мають почуття провини: «<...> якби я не просив піти туди,

то не померла б від вибуху моя сестра <...>», адже травма змінює мислення, виникають когнітивні спотворення. Також у дітей і підлітків з'являється імпульсивність в ухваленні рішень і вразливість, що призводить до непродуманих дій і втрати емоційного контакту. Унаслідок когнітивних і афективних змін знижується шкільна успішність і виникають конфлікти. Якщо такі реакції зберігаються більш ніж місяць після травматичної події, то варто провести діагностику ПТСР та запропонувати пройти психотерапію [8].

Висновки. Було з'ясовано, що останній (п'ятий) перегляд класифікації та критеріїв психічних розладів Американською психіатричною асоціацією містить окремий розділ, присвячений розладам, пов'язаним зі стресом і травмою. Також в останньому перегляді (DSM-5) з'явилися критерії ПТСР в дітей дошкільного віку. Це пов'язано з тим, що дослідження та психологічна практика роботи з дітьми нако-

пичують емпіричні дані, які дозволяють зробити деякі висновки щодо проявів розладу, а також з'ясувати ефективність психотерапевтичних втручань саме для дітей, підлітків і молоді.

Травматичні події, які можуть спричинити розвиток ПТСР, трактуються як такі, що є експозицією до смерті, спричиняють сильний страх і відчуття безпорадності. Найвища ймовірність виникнення посттравматичного стресу пов'язана з тими подіями, участь у яких брала інша людина (коли травми завдає людина). Окрім чинника події, мають значення інші чинники, які можуть або сприяти розвитку ПТСР, або допомогти здолати наслідки травми самотужки (копінг-ресурси та поведінка, соціальна підтримка, вік тощо). З'ясовано, що в молодших дітей прояви симптомів ПТСР мають свої особливості. Частіше можемо спостерігати саме поведінкові ознаки ПТСР, як-от нав'язливе програвання (гра) елементів травматичної події та інше.

ЛІТЕРАТУРА:

1. O'Callaghan P., McMullen J., Shannon C., RaHerty H., Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013. Apr. № 52 (4). P. 359–369.
2. O'Callaghan P., Branham L., Shannon C., Betancourt T. S., Dempster M., McMullen J. A. Pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse and Neglect*. 2014. Jul. № 38 (7). P. 1197–207.
3. Блек Д. В., Андрессен Н. К. Вступ до психіатрії. Пер. 7-го вид. / наук. ред. пер. Г. Кожина. Київ : ВСВ «Медицина», 2024. XVIII. 597 с.
4. Флесснер К., П'ячентіні Дж. Клінічний посібник із психічних розладів у дітей та підлітків. Покроковий посібник з лікування. Львів : УІКПТ ; УКУ ; Галицька видавнича спілка, 2021. 750 с.
5. Бріер Дж., Скотт К. Основи травмофокусованої терапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
6. Danielson C. K., McCart M. R., Walsh K., de Arellano M. A., White D., Resnick H. S. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*. 2012. Aug. № 26 (4). P. 628–635.
7. Rosner R., Konig H., Neuner F., Schmidt U., Steil R. Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014. May. 195. URL: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-15-195>.
8. Коен Дж., Маннаріно Е., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. Львів : Свічадо, 2016. 264 с.

REFERENCES:

1. O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (4), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013> [in English].

2. O'Callaghan, P., Branham, L., Shannon, C., Betancourt, T. S., Dempster, M., & McMullen, J. A. (2014). Pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse & Neglect*, 38 (7), 1197–1207. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.006> [in English].
3. Blek, D. V., & Andressen, N. K. (2024). *Vstup do psykhiiatrii [Introductory textbook of psychiatry]*. (H. Kozhyna, Ed. & Trans., 7th ed.). Medytsyna [in Ukrainian].
4. Flessner, C., & Piacentini, J. (2021). *Klinichniy posibnyk iz psykhiiatrychnykh rozladiv u ditei ta pidlitkiv. Pokrokovе kerivnytstvo z likuvannia [Clinical guide to psychiatric disorders in children and adolescents: A step-by-step treatment manual]*. Ukrainskyi Instytut Kognityvno-Povedinkovoi Terapii (UIKPT); Ukrainian Catholic University; Halytska Vydavnycha Spilka [in Ukrainian].
5. Brier, J., & Scott, K. (2015). *Osnovy travmofokusovanoi terapii [Foundations of trauma-focused therapy]*. Svichado [in Ukrainian].
6. Danielson, C. K., McCart, M. R., Walsh, K., de Arellano, M. A., White, D., & Resnick, H. S. (2012). Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 628–635. <https://doi.org/10.1037/a0029105> [in English].
7. Rosner, R., Konig, H., Neuner, F., Schmidt, U., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 195. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-195> [in English].
8. Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2016). *Psykhoterapiia z ditmy ta pidlitkami, yaki perezhlyli travmu ta vtratu [Psychotherapy for children and adolescents who experienced trauma and loss]*. Svichado [in Ukrainian].

Дата надходження статті: 27.06.2025

Дата прийняття статті: 31.07.2025

Опубліковано: 10.09.2025 р.