SECTION: PSYCHOLOGY

ВТРАТА ЗВИЧНОГО СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ДИТИНИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Шевченко Анастасія Ігорівна
здобувач вищої освіти
Медичний факультет
Козуб Світлана Миколаївна
ORCID ID: 0000-0002-3049-1555
к.т.н., доцент
Харківський Національний Медичний Університет, Україна

Актуальність проблеми. Збройний конфлікт, що триває в Україні з 2014 р. і перейшов у фазу повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 р., охоплює значну частину дитячого населення країни [1]. Війна змінює структуру повсякденного соціального оточення дитини: спричиняє вимушене переміщення та евакуацію, втрату або послаблення контактів із друзями, родичами й педагогами, розлуку з батьками, порушення звичного ритму життя та обмеження доступу до освітніх і медичних послуг [1 – 3]. Ці зміни розглядають як чинник психологічної дезадаптації – стану, за якого адаптаційні ресурси дитини недостатні для нових умов життя. Дані, отримані в Україні, засвідчують поширеність посттравматичних і депресивних симптомів, суїцидальних думок, тривожних і поведінкових труднощів [4, 5]. Водночас психологічний дистрес не є тотожним клінічно верифікованому психічному розладу, а значна частка досліджень, що не передбачають простеження показників у динаміці, істотно обмежує можливості встановлення причинно-наслідкових зв’язків.

Мета дослідження – на підставі аналізу наукової літератури оцінити вплив втрати звичного соціального середовища на психоемоційне благополуччя та адаптаційні можливості дітей в умовах війни в Україні й окреслити напрями, значущі для педіатричної практики.

Матеріали та методи. Проведено огляд наукової літератури, індексованої у базі даних PubMed. Пошук здійснювали за ключовими словами та їх комбінаціями: «children», «adolescents», «war», «armed conflict», «Ukraine», «forced displacement», «refugee children», «social support», «family separation», «mental health», «psychological adjustment», «post-traumatic stress», «anxiety», «depression». До аналізу було включено публікації 2022–2026 років, присвячені психічному здоров'ю дітей і підлітків, які зазнали впливу війни, вимушеного переміщення, розлуки з батьками або втрати звичного соціального оточення. Додатково опрацьовано публікації українських фахових медичних видань за той самий період за ключовими словами «діти», «підлітки», «війна», «внутрішньо

переміщені особи», «психоемоційний стан». Бібліографічні дані та DOI кожного джерела звірено з реєстром Crossref.

Основні результати аналізу.

Форми втрати звичного соціального середовища. Оглядовий аналіз 37 публікацій (20 англомовних і 17 україномовних) щодо дітей і молоді 0–19 років засвідчив, що вимушене переміщення, вплив воєнних подій і розлука з батьками асоційовані з проблемами психічного здоров'я [1]. За даними опитування 1017 внутрішньо переміщених дітей і підлітків 11–17 років у Львівській області, 53,9 % були вимушено розлучені з родиною, 21,3 % перебували під обстрілами, 5,8 ± 0,7 % пережили смерть близьких [2]. Досліджувані групи населення охоплюють родини, які залишаються в зоні воєнної небезпеки, внутрішньо переміщених і переміщених за кордон [5]; виїзд за кордон означає зміну країни перебування та найближчого соціального оточення [6 – 9].

Втрата звичного соціального середовища є комплексним, а не одиничним чинником: вона поєднує вимушене переміщення, розлуку зі значущими дорослими, зміну освітнього оточення, звуження кола однолітків і втрату соціальних ролей дитини. Наявні дані свідчать, що ці складники присутні одночасно у значної частки дітей України: понад половина опитаних внутрішньо переміщених дітей шкільного віку була вимушено розлучена з рідними, кожна п'ята перебувала під обстрілами. Сукупність цих обставин розглядається як чинник ризику психологічної дезадаптації дитини в умовах війни.

Психоемоційні наслідки. Серед дітей, які перебувають в Україні: у повторному одномоментному дослідженні 5486 підлітків 11–17 років симптоми ПТСР виявлено у 16,0 %, виражені депресивні симптоми – у 10,5 % тих, хто зазнав впливу першої фази вторгнення, з кумулятивним зв'язком між кількістю травматичних подій, симптоматикою та суїцидальністю [3]. За опитуванням 858 батьків дітей 3–17 років частки дітей із показниками, що відповідали скринінговим критеріям тривожних, афективних і поведінкових порушень, становили 12,1–24,2 %, клінічно значущий рівень симптомів ПТСР серед травмованих дітей – 17,6–21,8 %; стан дитини був пов'язаний із депресивними та посттравматичними симптомами батьків [4]. Постійну тривогу, безпорадність і відчай на початку бойових дій відзначала третина внутрішньо переміщених дітей; через рік показник знизився до рівня місцевих однолітків; емоційне напруження було вищим у дівчат [9]. У 243 дітей 10–17 років описано дисбаланс стрес-регулюючих систем як ознаку порушення механізмів адаптації [10]. Серед українських дітей за кордоном: у 284 дітей 11–15 років у Польщі депресивні прояви асоціювалися з емоційно спрямованими стратегіями подолання стресу, ресурсами міжособистісної підтримки та взаємин, а також із досвідом значущої втрати. [6]; серед 59 дітей-біженців в Ізраїлі понад 50 % мали проблеми психічного здоров'я, зокрема близько 40 % – інтерналізовані труднощі [7]; у вибірці 222 осіб 7–21 року найвищу частоту поєднання депресивних і травматичних симптомів мали переміщені діти [8].

Психоемоційні наслідки документовано в усіх досліджених групах, однак їхня структура відрізняється залежно від умов перебування. Серед підлітків, які залишаються в Україні, описано симптоми ПТСР і виражені депресивні

симптоми з кумулятивним зв'язком між кількістю травматичних подій, симптоматикою та суїцидальністю, а також залежність стану дитини від психічного благополуччя батьків. Серед українських дітей за кордоном на перший план виходять депресивні прояви, пов’язані зі стратегіями подолання стресу та ресурсами міжособистісної підтримки, а також висока частота поєднання депресивних і травматичних симптомів у переміщених дітей. Це означає, що дані щодо різних груп не є взаємозамінними й не підлягають узагальненню для дитячого населення України загалом.

Чинники вразливості. До них віднесено кумулятивний вплив травматичних подій [3], проживання в регіоні інтенсивного воєнного впливу [3, 4], переживання втрати близьких [2, 6], статус переміщеної особи [8], психічне неблагополуччя батьків [4], жіночу стать [9, 10] та ознаки виснаження адаптаційних механізмів [10].

Результати наявних досліджень описують статистичні дані, а не причинно-наслідкові зв'язки. Перевага одномоментних досліджень, різнорідність скринінгових інструментів і відсутність доконфліктних вихідних показників у більшості вибірок обмежують можливості встановлення причинності. Виявлені за скринінговими критеріями показники не є підставою для ототожнення психологічного дистресу з клінічно верифікованим психічним розладом без діагностичного оцінювання фахівцем.

Поряд із чинниками вразливості (кумулятивний вплив травматичних подій, проживання в регіоні інтенсивного воєнного впливу, переживання втрати близьких, статус переміщеної особи, психічне неблагополуччя батьків, жіноча стать, ознаки виснаження адаптаційних механізмів) описано й чинники, асоційовані з кращим станом: стабільні стосунки з батьками, сприймана соціальна підтримка, перебування у знайомому середовищі, відновлення навчання, способи подолання стресу, зосереджені на вирішенні проблем, і доступність психосоціальної допомоги [5, 6]. Динаміка показників упродовж року свідчить про потенціал відновлення емоційного стану дитини за умови стабілізації середовища [9], що дає змогу розглядати захисні чинники як предмет цілеспрямованого впливу, а не лише як вихідну умову.

Захисні чинники. Захисними визначено сприйману соціальну підтримку, перебування у знайомому середовищі та способи подолання стресу, зосереджені на вирішенні проблем [1], здатність до психологічного відновлення у системі міжособистісних взаємин [6]. Програма психосоціальної та батьківської підтримки для 577 українських опікунів супроводжувалася зменшенням депресивних симптомів і насильства щодо дітей [5]. Обґрунтовано доцільність шкільних програм у регіонах перебування переміщених родин, навчання педагогів і опікунів засадам травмоінформованої допомоги [8]. Динаміка показників упродовж року свідчить про потенціал відновлення емоційного стану за умови стабілізації середовища [9].

Роль педіатра. Скарги на запаморочення, головний біль, серцебиття та біль у животі за відсутності органічних причин відзначали 23 % внутрішньо переміщених дітей, по медичну допомогу звернулися 26,5 % [2]. У порівняльному дослідженні 330 дітей 6–7 років переміщені діти частіше мали хронічну тривожність, порушення сну

й труднощі уваги [11, 12]. Це визначає завдання педіатра: раннє виявлення емоційних і поведінкових труднощів під час планових оглядів, оцінювання психосоматичних скарг, змін сну й апетиту, травмоінформовану комунікацію з дитиною та родиною, а за стійких порушень — скерування до фахівця з психічного здоров'я. Оптимальною моделлю медичного забезпечення школярів визнано мультидисциплінарний підхід за участю лікарів, психологів і педагогів [2, 12].

Педіатр первинної ланки перебуває у позиції першого контакту з дитиною, яка втратила звичне соціальне середовище, оскільки психоемоційне неблагополуччя часто проявляється соматичними скаргами без органічних причин, порушеннями сну, апетиту й уваги [2, 11]. Це визначає доцільність включення до планового огляду цілеспрямованого оцінювання емоційного стану, змін сну й апетиту та соціальної ситуації дитини, застосування травмоінформованої комунікації з дитиною і родиною, а за стійких порушень — скерування до фахівця з психічного здоров'я. Оцінювання стану батьків або опікунів доцільно розглядати як складову оцінювання стану дитини [4].

Профілактика психологічної дезадаптації потребує відновлення безпечних соціальних зв'язків із боку сім'ї, школи, громади та системи охорони здоров'я. Доказово підтримано програми психосоціальної та батьківської підтримки [5], шкільні програми в регіонах перебування переміщених родин і навчання педагогів та опікунів засадам травмоінформованої допомоги [8]; оптимальною моделлю медичного забезпечення школярів визнано мультидисциплінарний підхід за участю лікарів, психологів і педагогів [12].

Висновки. Таким чином, перспективними напрямами подальших досліджень є простеження показників у динаміці, розмежування ефектів окремих складників втрати соціального середовища та оцінювання результативності втручань на рівні первинної педіатричної ланки.

Список використаних джерел

1. Silwal S., Westerlund M., Osokina O. et al. Mental health of Ukrainian children and youth during the Russian-Ukrainian war: a scoping review. BMJ Global Health. 2026. Vol. 11, No. 3. Article e020506. DOI: 10.1136/bmjgh-2025-020506.
2. Даниленко Г. М., Страшок Л. А., Сидоренко Т. П. та ін. Особливості психологічного стану внутрішньо переміщених дітей шкільного віку та підлітків в умовах війни. Сучасна педіатрія. Україна. 2023. № 4 (132). С. 51–55. DOI: 10.15574/SP.2023.132.51.
3. Sourander A., Silwal S., Westerlund M. et al. Mental health of Ukrainian adolescents after Russian invasions. JAMA Pediatrics. 2026. Vol. 180, No. 2. P. 187–193. DOI: 10.1001/jamapediatrics. 2025.5094.
4. Naeem A., Sikder I., Wang S. et al. Parent-child mental health in Ukraine in relation to war trauma and drone attacks. Comprehensive Psychiatry. 2025. Vol. 139. Article 152590. DOI: 10.1016/j.comppsych.2025.152590.
5. Hillis S., Tucker S., Baldonado N. et al. The effectiveness of Hope Groups, a mental health, parenting support, and violence prevention program for families affected

by the war in Ukraine: findings from a pre-post study. Journal of Migration and Health. 2024. Vol. 10. Article 100251. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100251.
6. Urbański P. K., Schroeder K., Nadolska A., Wilski M. Symptoms of depression and anxiety among Ukrainian children displaced to Poland following the outbreak of the Russo-Ukrainian war: associations with coping strategies and resilience. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2024. Vol. 16, No. 3. P. 851–867. DOI: 10.1111/aphw.12510.
7. Kapel Lev-Ari R., Aloni R., Ben Ari A. Children fleeing war — exploring the mental health of refugee children arriving in Israel after the Ukraine 2022 conflict. Child Abuse & Neglect. 2024. Vol. 149. Article 106608. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106608.
8. Stanisławska-Kubiak M., Wiśniewska-Szeplewicz D., Andrusiewicz M. et al. Demographic predictors of trauma and depression in war-affected children from Poland and Ukraine: implications for prevention of mental health problems. Preventive Medicine Reports. 2026. Vol. 63. Article 103422. DOI: 10.1016/j.pmedr.2026.103422.
9. Страшок Л. А., Міхановська Н. Г., Даниленко Г. М. та ін. Динаміка психологічного стану внутрішньо переміщених дітей шкільного віку та підлітків. Сучасна педіатрія. Україна. 2024. № 7 (143). С. 68–74. DOI: 10.15574/SP.2024.7(143).6874.
10. Кашкалда Д. А., Рак Л. І., Камарчук Л. В. та ін. Зміни показників стрес-регулюючих систем у підлітків на тлі війни в Україні. Сучасна педіатрія. Україна. 2023. № 8 (136). С. 61–66. DOI: 10.15574/SP.2023.136.61.
11. Мосієнко А. С., Шешукова О. В., Поліщук Т. В. та ін. Гігієна порожнини рота, харчові звички й ознаки тривожності в дітей внутрішньо переміщених осіб під час воєнного стану. Здоров'я дитини. 2026. Т. 21, № 2. С. 67–73. DOI: 10.22141/2224-0551.21.2.2026.1942.
12. Даниленко Г. М., Страшок Л. А., Сидоренко Т. П. та ін. Стан та перспективи розвитку медичного забезпечення школярів і підлітків в Європі та Україні. Сучасна педіатрія. Україна. 2025. № 1 (145). С. 88–93. DOI: 10.15574/SP.2025.1(145).8893.

A MODERN VIEW OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Khayala Mammadova
Baku Slavic University
Baku, Azerbaijan
https://orcid.org/0009-0002-9880-7939

Annotation. The article presents a modern scientific view of autism spectrum disorders, modern ideas about the structure of the autism spectrum, features of social communication, repetitive behaviors, sensory features and individual developmental trajectories. The aim of the work is to summarize modern scientific data on diagnosis, early detection, psychological support and psychological and pedagogical support for