УДК 614.2:159.9:616.89-053.6(477)
DOI https://doi.org/10.32782/2077-6594/2026.3/16

Тимчик О. В.[1], Савченко В. М.[1], Коваленко О. О.[2], Жорова С. С.[1]

Аналіз динаміки та тенденцій ментального здоров'я української молоді в умовах воєнного стану

[1] Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна
[2] Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Tymchyk O. V.[1], Savchenko V. M.[1], Kovalenko O. O.[2], Zhorova S. S.[1]

Analysis of the dynamics and trends in the mental health of Ukrainian youth under martial law

[1] "Boris Grinchenko Kyiv Metropolitan University", Kyiv, Ukraine
[2] Private Higher Educational Establishment "Kyiv Medical University", Kyiv, Ukraine

o.o.kovalenko@kmu.edu.ua

Вступ

Під час війни психіка людини зазнає надзвичайних навантажень, що провокує високу частоту депресивних епізодів та виникнення різних видів порушень психічного здоров'я. Серед найбільш складних і поширених наслідків військового конфлікту дослідники виділяють генералізований тривожний розлад (ГТР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [1; 2]. Сучасні наукові розвідки чітко диференціюють вразливість чоловіків і жінок до різних типів афективних розладів в умовах воєнних дій. Зокрема, масштабне метааналітичне дослідження Коррелла з авторами (2022) [3] підтверджує, що жінки мають удвічі вищий ризик розвитку ГТР та ПТСР. Це зумовлено як нейробіологічними передумовами (зокрема, специфікою чутливості гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи), так і соціальними чинниками – підвищеною відповідальністю за безпеку дітей та схильністю до румінативних когнітивних стратегій [3]. Вітчизняні автори, зокрема О. Кокун (2023, 2025) [4; 5], аналізуючи особливості психічного здоров'я українців під час війни, також констатують, що жінки демонструють вищі середні бали за шкалами тривожності та соматизації. Водночас дослідники вказують, що під впливом тотальних екзистенційних загроз війни рівні депресивних розладів між статями можуть вирівнюватися [4; 5].

Вимушене внутрішнє та зовнішнє переміщення постає одним із найпотужніших дестабілізаційних чинників для психіки людини, оскільки цей процес безпосередньо пов'язаний із втратою колишньої ідентичності суб'єкта та руйнацією його звичних соціальних зв'язків. У масштабних дослідженнях щодо стійкості українських біженців у Європі було виявлено парадоксальний ефект: перебуваючи у фізичній безпеці, вимушені мігранти за кордоном часто демонструють вищі рівні депресії та субклінічних психопатологічних симптомів, ніж внутрішньо переміщені особи. Науковці пов'язують це з дією «стресу акультурації», мовним бар'єром, втратою соціального статусу та хронічним почуттям провини вцілілого [6; 7; 8].

Важливим чинником соматичного та психічного стану в умовах міграції виступає характер інформаційного споживання. У роботі Ель-Ходарі та ін. (2023) доведено, що географічне віддалення від зони конфлікту не знижує рівень тривоги, якщо особа перебуває у стані безперервного споживання новин із батьківщини; цей феномен дослідники кваліфікують як «цифрове травмування» [9].

Протягом останніх років у клінічній психології та психіатрії значно посилився інтерес до немедикаментозних та поведінкових інтервенцій. Фізична активність розглядається не просто як елемент здорового способу життя, а як дієвий терапевтичний інструмент регуляції нейроендокринного балансу. Систематичний огляд наукових джерел та метааналіз Ф. Шуха (2021) засвідчили, що регулярна фізична активність помірної та високої інтенсивності знижує ризик розвитку депресії на 22%, а тривожних розладів – на 26%. Нейробіологічні механізми цього процесу включають зниження рівня кортизолу, стимуляцію виділення ендорфінів та посилення експресії нейротрофічного фактора мозку (BDNF), що протидіє атрофічним процесам у гіпокампі, викликаним хронічним стресом [10].

У специфічному контексті макросоціальних криз та військових конфліктів було продемонстровано, що фізична депривація (гіподинамія через замкнений простір, комендантську годину, обстріли) виступає самостійним предиктором загострення психопатологічної симптоматики. Натомість особи, які підтримували достатній рівень рухової активності, демонструють значно вищу когнітивну гнучкість, менший рівень субклінічних психотичних проявів та вищу стресостійкість [11].

Аналіз наукових публікацій за останні роки свідчить, що архітектура психічного здоров'я цивільного

населення під час війни є динамічною системою. У ній рівень дезадаптації визначається не лише інтенсивністю психотравмувального фактора, а й поведінковими патернами суб'єкта (рівнем рухової активності) та його демографічно-соціальним статусом (стать, умови міграції). Повномасштабна військова агресія на території України стала провідним деструктивним чинником, що зумовив масове зниження рівня психічного здоров'я населення. А. Курапов у довготривалому дослідженні визначив, що майже у половини опитаних українців зафіксовано значне зростання рівня щоденного дистресу, а показники клінічно вираженої тривоги та депресії корелюють із близькістю до зони активних бойових дій та частотою повітряних тривог. Науковець наголошує, що тривалий характер війни провокує трансформацію гострих стресових реакцій у хронічні форми психічної дезадаптації [12].

Аналогічні дані наводять у своїй крос-секційній роботі дослідники лабораторії О. Пінчука, які зазначають, що пандемічний дистрес попередніх років інтегрувався у воєнну травму, створивши ефект кумулятивного психологічного навантаження. За їхніми даними, близько 20–25% цивільних осіб мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) різного ступеня вираженості [13]. За результатами загальнонаціональних скринінгів через рік після початку масштабних бойових дій ознаки ймовірного ПТСР фіксувалися у 14,4% дорослих, тоді як симптоми депресивних станів та тривожних розладів охоплювали відповідно 44,2% та 32,1% опитаних [6]. Екстремальне психоемоційне навантаження та явища вторинної травматизації аналогічно простежуються серед медичного персоналу й парамедиків, які безпосередньо залучені до ліквідації наслідків воєнних дій [14].

Особливу вразливість перед викликами воєнного часу виявляє студентська молодь та особи юнацького віку (17–24 роки), чий адаптаційний потенціал піддається випробуванню в період активного особистісного та професійного становлення. Емпірично доведено, що серед українських підлітків поширеність помірної та тяжкої депресії сягає 32,0%, клінічно значущої психологічної травми – 35,0%, а розладів тривожного спектра – 17,9% [15]. На рівні вищої школи цей деструктивний вплив набуває ще більших масштабів: багатоцентрове вимірне дослідження засвідчило наявність симптомів ПТСР у 48,1% обстежених, помірно-тяжкої тривоги – у 34,1%, а проявів депресії – у 33,6% [16].

Варто зауважити, що така варіативність показників у межах однієї вікової групи вказує на складну траєкторію психологічного реагування молоді, де поряд із домінуванням феноменів генералізованого дистресу [17] та явищами моральної травми виявляються закономірності ґендерно-опосередкованої диференціації – зокрема, вища вразливість осіб жіночої статі до хронічного воєнного стресу [18].

Зважаючи на тривалу дію стресогенних чинників, пролонговані психосоціальні наслідки війни для українського суспільства мають тенденцію до накопичення (кумулятивний ефект). Вищезазначене обґрунтовує гостру необхідність розвитку та інтеграції національних стратегій системної психосоціальної підтримки [2; 13; 15], що повністю узгоджується із глобальними гуманітарними директивами ООН [19]. Реалізація таких програм потребує подальшого детального вивчення специфіки психічного здоров'я окремих соціально-демографічних груп з особливим фокусом на студентську молодь як стратегічний потенціал повоєнного відновлення держави.

Мета дослідження – встановити особливості, виявити динаміку та тенденції зміни психічного здоров'я української молоді віком 17–24 років в умовах воєнного стану.

Об'єкт, матеріал і методи дослідження

Об'єкт дослідження – процес трансформації та закономірності динаміки ментального здоров'я української молоді (здобувачів вищої освіти) під впливом хронічного стресу в умовах воєнного стану.

Учасники дослідження

Критерії включення в дослідження: 1) чоловіки та жінки віком від 17 до 24 років; 2) цивільні особи. Критерії виключення із дослідження: 1) відсутність згоди на дослідження; 2) недієздатність особи; 3) зловживання алкоголем або наркотичними речовинами протягом останніх шести місяців.

Включені в дослідження молоді люди навчалися у закладах вищої освіти м. Києва (Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Навчально-науковий центр «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»). Серед досліджених були особи, які в період повномасштабного вторгнення перебували як у Києві та Київській області, так і в різних областях України чи виїздили тимчасово за межі України. Станом на момент дослідження всі респонденти перебували в Києві чи Київській області.

Усього під час першого етапу дослідження в опитуванні взяли участь 316 осіб, з них за статтю: чоловічої – 88 (27,8%), жіночої – 228 (72,2%). Медіана віку опитаних становила 18,0 (нижня квартиль – 18,0; верхня квартиль – 23,0) року. У другому етапі дослідження взяли участь 308 осіб, з них: чоловіки – 68 (22,1%), жінки – 240 (77,9%). Медіана віку опитаних становила 18,0 (нижня квартиль – 18,0; верхня квартиль – 20,0) року.

Усі респонденти надали інформаційну згоду на участь у емпіричному дослідженні. Протокол дослідження був розглянутий та схвалений на засіданні комісії з питань етики факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського столичного університету імені Бориса Грінченка. Дослідження повністю відповідало принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних

досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

Організація (дизайн) дослідження

Для реалізації поставленої мети проведено проспективне вибіркове обсерваційне дослідження, яке передбачало два послідовні етапи часового моніторингу однієї й тієї самої когорти здобувачів вищої освіти.

Перший етап тривав із січня до грудня 2024 року (тривалість – 1 рік). Його часова протяжність зумовлена необхідністю первинного пошуку респондентів, верифікації критеріїв включення до дослідження та виключення з нього, а також підписання інформованої згоди на участь. На цьому етапі було сформовано первинну вибірку, до якої увійшли 316 студентів.

Другий етап реалізовано через рік – із грудня 2025 до квітня 2026 року (тривалість – 5 місяців); він передбачав повторне обстеження раніше залучених осіб. Суттєве скорочення термінів другого етапу, порівняно з першим, пояснюється наявністю вже сформованої та верифікованої бази респондентів, що дозволило оперативно провести їх ретестування. Згоду на повторне опитування надали 308 із 316 осіб, тому рівень утримання вибірки (retention rate) становив 97,5%.

Анкетування здійснювали за добровільної згоди респондентів шляхом опитування в присутності дослідника. Збір емпіричних даних проводили двічі: на першому та другому етапах моніторингу відповідно. Персональна інформація про учасників була повністю анонімною й використовувалася виключно в науково-дослідних цілях.

Під час анкетування збирали інформацію про індивідуально-біологічні характеристики респондентів (стать, вік), рівень їхньої рухової активності, а також статус перебування в Україні або за її межами у зв'язку з воєнним станом (починаючи з лютого 2022 року). Оцінювання рівня рухової активності здійснювали відповідно до міжнародних рекомендацій: достатнім вважали виконання помірного фізичного навантаження сумарною тривалістю не менше 150 хвилин або інтенсивного навантаження тривалістю не менше 75 хвилин протягом останнього тижня. За невиконання цих умов рухову активність кваліфікували як недостатню. Міграційний статус (зміна місця перебування в Україні) у зв'язку з воєнним станом оцінювали таким чином: 1) не змінився з лютого 2022 року, 2) змінився в межах України (особи, переселені з територій, де йдуть воєнні дії або які є поруч з такими), 3) тимчасовий виїзд за межі України з наступним поверненням у м. Київ або Київську область.

Методи дослідження

Для оцінки стану психічного здоров'я молоді використали стандартизовані скринінгові тести: 1) шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI) [20]; 2) шкалу генералізованого тривожного розладу (General Anxiety Disorder – GAD-7) [21]; 3) опитувальник розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) [22]; 4) опитувальник післятравматичного стресового розладу (методика PCL-5) [23]; 5) шкалу оцінки позитивних та негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [24].

Шкала депресії Бека (BDI). Опитування проводили по 21 пункту. За загальною сумою балів формували такі висновки про депресію: 0–10 балів – немає, 11–16 балів – легка депресія, 17–20 балів – прикордонна клінічна депресія, 21–30 балів – помірна депресія, 31–40 балів – тяжка депресія, понад 40 балів – екстремальна депресія [20].

Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Опитування проводили по 7 пунктах. За загальною сумою балів формували такі висновки про тривожність: 0–4 бали – немає або мінімальна тривожність, 5–9 балів – незначна тривожність, 10–14 балів – помірна тривожність, 15–21 бал – значна тривожність [21].

Опитувальник розладів настрою (MDQ). Опитування проводили по 15 пунктах. За спеціальною методикою аналізу відповідей приймали рішення про наявність розладів настрою (афективної сфери) – немає чи є [22].

Опитувальник післятравматичного стресового розладу (PCL-5). Опитування проводили по 15 пунктах. За загальною сумою балів приймали рішення про наявність посттравматичного стресового розладу – немає (до 33 балів) чи є (33 і більше балів) [23].

Шкала оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS). Опитування проводили по 30 пунктах. За загальною сумою балів формували такі висновки про рівень вираженості психопатологічних синдромів: 0–57 балів – симптоми відсутні, 58–74 балів – дуже слабо виражені, 75–94 бали – незначно виражені, 95–115 балів – помірно виражені, 116 та вище – значно виражені [24].

Статистична обробка даних. Розмір вибірки попередньо не розраховували. Статистична характеристика вибірки надана шляхом знаходження медіани (Me) та її верхньої (ВК) та нижньої (НК) квартилі. Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини – обчисленням критерію відповідності хі-квадрат (χ^2) Пірсона з поправкою Йетса. Зв'язок між досліджуваними показниками встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кросстабуляції), за аналізом яких робився висновок про асоціацію досліджуваних ознак. Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості із вказівкою ймовірності помилково відхилити нульову гіпотезу (p), за пороговий рівень прийнято значення 0,05. Обробка даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту SPSS Statistics Base (фірма IBM, США).

Результати дослідження

Дані щодо стану психічного здоров'я української молоді в умовах воєнного стану, отримані на першому

етапі дослідження, було висвітлено в нашій попередній публікації [25]. Нижче наведено результати другого етапу моніторингу порівняно з первинними показниками першого етапу.

Для оцінювання психоемоційного стану респондентів та визначення вираженості депресивної симптоматики використано шкалу депресії Бека (BDI). На другому етапі дослідження встановлено відсутність проявів депресії у 59,4% (183/308) опитаних (рис. 1). Водночас у 40,6% (125/308) респондентів зафіксовано депресивні стани різного ступеня вираженості: легкий рівень (субклінічна депресія) діагностовано у 19,0% (58/308); прикордонну (приховану) депресію – у 8,0% (24/308); помірний рівень депресії – у 8,0% (25/308); тяжкий рівень – у 4,0% (12/308) і екстремальний рівень – у 2,0% (6/308) респондентів. Отримані результати свідчать, що, попри збереження відносної психологічної стабільності у більшості респондентів, майже п'ята частина з них (19,0%) потребує психопрофілактичного та корекційного втручання, а особи з тяжкими та екстремальними показниками (сумарно 6,0%) – спеціалізованого клініко-психологічного супроводу.

Одержані на другому етапі дослідження результати щодо поширеності та розподілу рівнів депресії значною мірою відповідали показникам першого етапу. Простежується лише деяке погіршення загального психічного стану опитаних за рахунок незначного зростання загальної кількості проявів депресії серед респондентів – із 36,7% (116/316) на першому етапі до 40,6% (125/308) на другому етапі ($p > 0,1$).

Аналіз тривожності за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) виявив відсутність або мінімальний рівень тривоги у 34,0% респондентів (105/308), незначний рівень – у 47,0% (145/308), помірний – у 15,0% (46/308) і значний рівень тривожності – у 4,0% осіб (12/308) (рис. 2). Отже, у 19,0% (58/308) респондентів зафіксовано помірну та значну тривожність, що свідчить про дезадаптивні порушення психічної сфери, які потребують цілеспрямованої психотерапевтичної підтримки. Повздовжній аналіз стану психічного здоров'я респондентів за цим опитувальником засвідчив, що через рік спостереження кількість опитаних з ознаками тривожності зросла з 56,6% (179/316) до 65,9% (203/308) ($p < 0,05$). Ці зміни є статистично значущими й вказують на погіршення психічного здоров'я обстежених унаслідок зростання рівня тривожності.

Вивчення настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ) показало, що серед респондентів переважали особи без ознак афективних порушень (відсутність розладів настрою) – їхня частка становила 85,0% (262/308) (рис. 3). Порівняння результатів другого етапу з даними першого етапу продемонструвало статистично значуще зменшення загальної кількості респондентів із розладами настрою – з 25,3% (80/316) до 15,0% (46/308) ($p < 0,05$), що є свідченням покращення психічного здоров'я досліджених.

Скринінг симптомів ПТСР здійснювали за допомогою опитувальника посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Відсутність клінічно значущих симптомів стресу зареєстровано у більшості опитаних – 81,5% осіб (251/308), тоді як наявність таких розладів встановлено у 18,5% респондентів (57/308) (рис. 4). Аналіз у динаміці засвідчив статистично значуще зменшення через рік кількості опитаних з ознаками ПТСР – із 25,9% (82/316) до 18,5% (57/308) ($p < 0,05$), що вказує на сприятливу динаміку психічного здоров'я досліджених за цим критерієм.

Насамкінець було оцінено наявність і вираженість психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS). На другому етапі дослідження відсутність ознак таких порушень зафіксовано у більшості респондентів – 78,0% (240/308 осіб). Водночас незначно виражені (клінічно

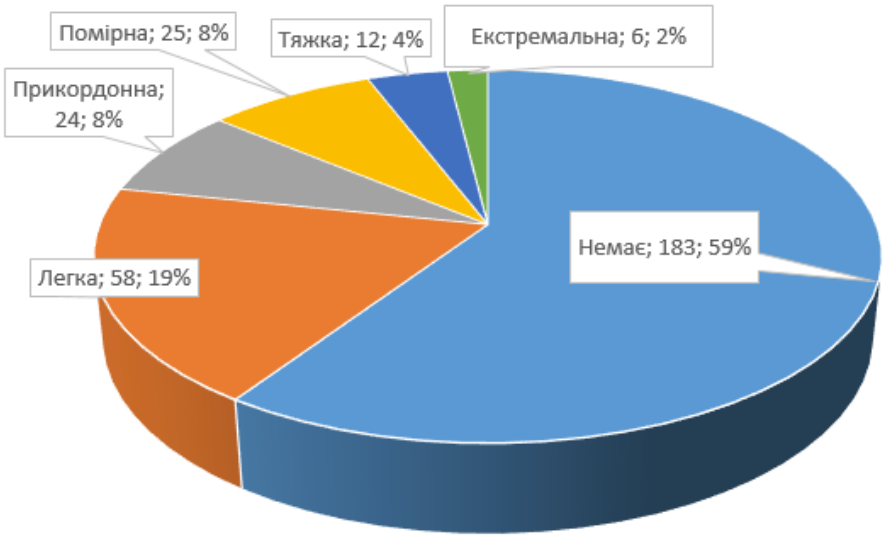


Рис. 1. Розподіл частот висновків про депресію за шкалою депресії Бека загалом по вибірці респондентів (кількість, %), 2-й етап

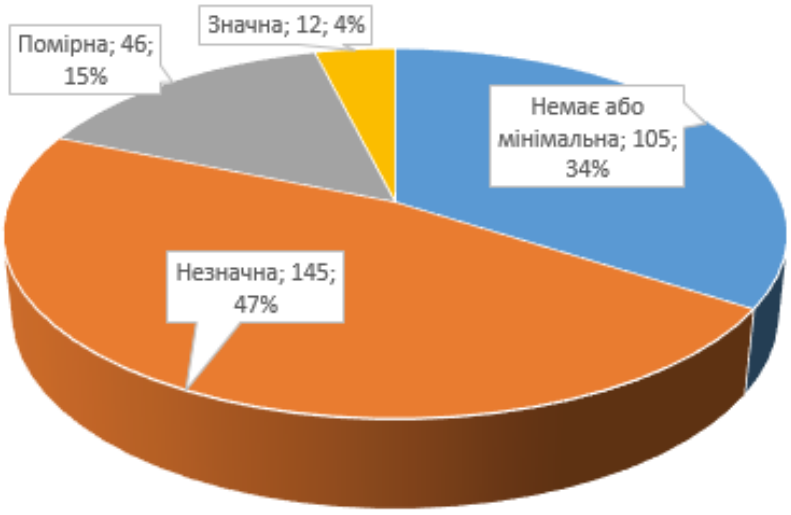


Рис. 2. Розподіл частот висновків про тривожність за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) загалом по вибірці респондентів (кількість, %), 2-й етап

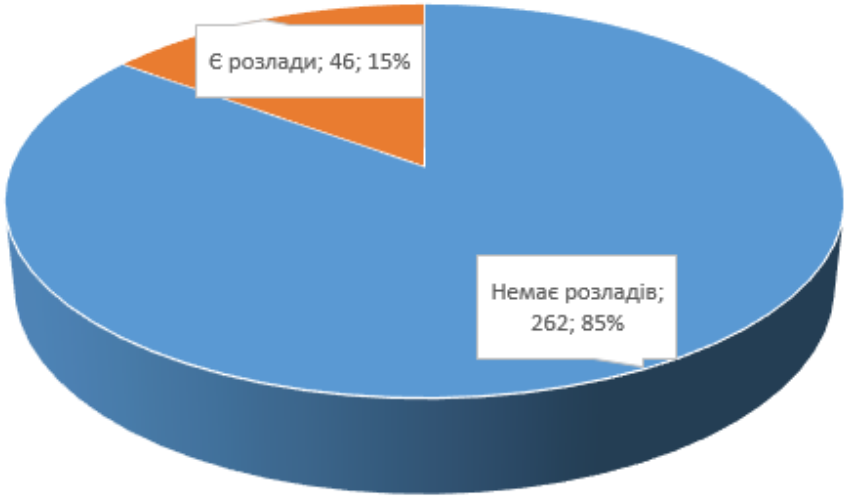


Рис. 3. Розподіл частот висновків про розлади настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ) загалом по вибірці респондентів (кількість, %), 2-й етап

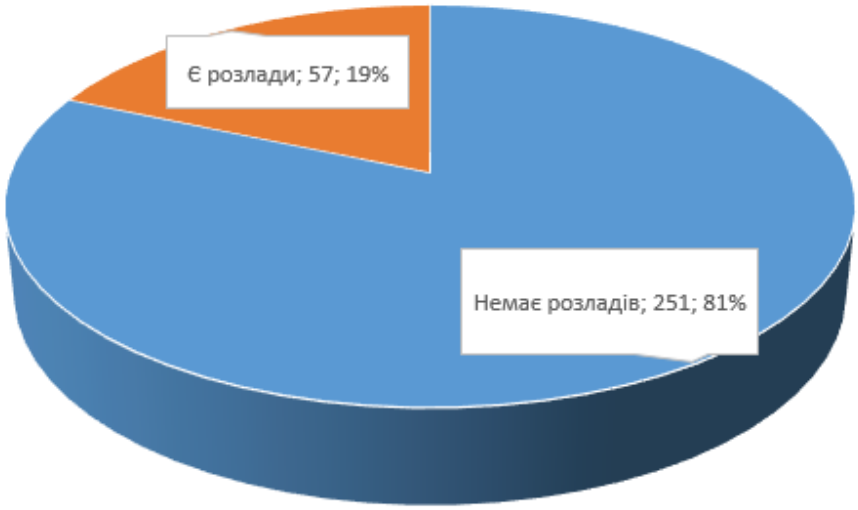


Рис. 4. Розподіл частот висновків про ПТСР за опитувальником післятравматичного стресового розладу (PCL-5) загалом по вибірці респондентів (кількість, %), 2-й етап

незначущі) прояви психопатологічних синдромів встановлено у 11,0% (35/308), помірно виражені прояви – у 9,0% (27/308) та значно виражені прояви – у 2,0% (6/308) респондентів (рис. 5). У динаміці (через 1 рік) кількість респондентів із проявами психопатологічних синдромів зменшилася з 41,7% (132/316) до 22,1% (68/308). Такі зміни ознак психопатологічних синдромів були статистично значущим ($p < 0,001$) і свідчили про покращення психічного здоров'я досліджених за цим критерієм.

Детальний аналіз динаміки клінічно значущих порушень психічного здоров'я респондентів виявив різнонаправлені вектори змін за окремими його характеристиками (табл. 1). Нами встановлено незначне зростання частоти ознак депресії (з 11,4% до 14,0%) на тлі відносної стабілізації клінічних форм тривожності (мінімальне зниження з 20,9% до 19,0%). Водночас виявлено виразну позитивну динаміку щодо інших характеристик психічного стану опитаних: частота розладів настрою зменшилася з 25,3% до 15,0%, наявність ознак ПТСР – з 25,9% до 18,5%, а помірно та значно виражених психопатологічних синдромів – з 16,8% до 11,0% (табл. 1).

Черговим завданням дослідження було визначення особливостей стану психічного здоров'я молоді залежно від статі, рівня рухової активності та міграційного статусу (зміни місця перебування), зумовленого воєнними діями на території України після лютого 2022 року.

Аналіз соціодемографічного профілю респондентів на двох етапах моніторингу засвідчив, що у вибірках переважали жінки: 72,2% (228/316) на першому етапі та 77,9% (240/308) – на другому. Достатній рівень рухової активності продемонстрували 77,2% (244/316) опитаних під час першого етапу та 75,0% (231/308) – під час другого. Розподіл за міграційним статусом в обох вибірках був порівнянним: не змінювали свого місця перебування 63,3% (200/316) та 59,4% (183/308) опитаних на першому та другому етапах відповідно; внутрішньо переміщеними особами в межах України стали 24,7% (78/316) та 27,9% (86/308) респондентів, тоді як досвід тимчасового виїзду за кордон мали 12,0% (38/316) та 12,7% (39/308) учасників відповідно. Отже, за статевою структурою, рівнем рухової активності та міграційним статусом вибірки респондентів на обох етапах дослідження були тотожними.



Рис. 5. Розподіл частот висновків про вираженість психопатологічних синдромів за шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS) загалом по вибірці респондентів (кількість, %), 2-й етап

Таблиця 1

Динаміка поширеності клінічно значущих порушень психічного здоров'я молоді

Характеристики психічного стану	Етап 1 (n=316)	Етап 2 (n=308)	Динаміка
Помірні, тяжкі, екстремальні ознаки депресії за шкалою депресії Бека	11,4%	14,0%	↑ (+2,6%)
Помірна і значна тривожність за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7)	20,9%	19,0%	↓ (-1,9%)
Наявність розладів настрою за опитувальником розладів настрою (MDQ)	25,3%	15,0%	↓ (-10,3%)
Наявність ознак ПТСР за опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5)	25,9%	18,5%)	↓ (-7,4%)
Помірно і значно виражені психопатологічні синдроми за шкалою оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS).	16,8%	11,0%	↓ (-5,8%)

Розподіл частот виявлення депресивної симптоматики за шкалою Бека залежно від статі, рухової активності та міграційного статусу на другому етапі дослідження представлено в табл. 2. Як свідчать отримані дані, лише чинник рухової активності суттєво вплинув на прояви депресії у молоді в умовах воєнного стану (χ^2 = 27,78; p = 0,00004). Зокрема, за умови достатньої рухової активності ознаки депресії були відсутні у 64,9% (150/231) респондентів, тоді як у групі з недостатньою руховою активністю – лише у 42,9% (33/77) опитаних (p < 0,001). Водночас особи з низькою руховою активністю достовірно частіше виявляли помірну депресію – 14,3% (11/77) проти 6,1% (14/231) осіб із достатнім рівнем рухової активності (p < 0,05), а також тяжку депресію – 11,7% (9/77) проти 1,3% (3/231) відповідно (p < 0,001).

Оцінювання впливу чинника зміни місця перебування на маніфестацію ознак депресії не виявило статистично значущих закономірностей (χ^2 = 12,34; p = 0,263). Разом із тим встановлено, що у респондентів, які виїжджали за кордон, частіше спостерігався вищий рівень помірної депресії – 17,95% (7/39) порівняно з особами, які не змінювали місця проживання – 6,98% (6/86) (табл. 2). Статевих відмінностей у проявах депресії на цьому етапі дослідження не зафіксовано.

Одержані на другому етапі дослідження результати аналізу депресивних станів залежно від аналізованих чинників відрізнялися від первинних даних тим, що через рік виявилася залежність помірних проявів депресії від міграційного статусу. Зокрема, частка осіб із помірним рівнем депресії дещо зросла серед тих опитаних, які виїжджали за кордон: з 10,5% (4/38) до 17,95% (7/39) (p > 0,05). Крім того, через рік у цій же когорті осіб зменшилася частка респондентів без ознак депресії – з 60,6% (23/38) до 48,7% (19/39) (p > 0,05). Встановлені зміни у динаміці вказують на певне погіршення психічного здоров'я респондентів, які перебували за кордоном. Протилежну, сприятливу тенденцію виявлено серед осіб із недостатньою руховою активністю, у яких через рік частка випадків відсутності ознак депресії зросла з 34,7% (25/72) до 42,9% (33/77) (p > 0,05).

Аналіз розподілу частот виявлення тривожності за шкалою GAD-7 на другому етапі дослідження показав, що в умовах воєнного стану цей показник залежить від статі (χ^2 = 9,91; p = 0,019) та рухової активності (χ^2 = 8,11; p = 0,044) (табл. 3). У молодих жінок рідше фіксували відсутність або мінімальний рівень тривожності – 29,6% (71/240) проти 50,0% (34/68) у чоловіків (p < 0,001), проте достовірно частіше реєстрували незначну тривожність – 50,0% (120/240) проти 36,8% (25/68) у чоловіків (p < 0,05). У групі з недостатньою руховою активністю також рідше виявляли відсутність або мінімальну тривожність – у 24,7% (19/77) випадків проти 37,2% (86/231) серед осіб із достатньою руховою активністю (p < 0,05). Водночас у респондентів із недостатньою руховою активністю частіше реєстрували значну тривожність – 7,8% (6/77) порівняно з групою достаньої рухової активності – 2,6% (6/231) (p < 0,05). На цьому етапі дослідження зв'язку між рівнем тривожності та міграційним статусом молодих людей не виявлено.

Порівняно з першим етапом на другому етапі дослідження загальна структура розподілу тривожності за вивченими чинниками не зазнала суттєвих змін. Проте варто підкреслити наявність значущих відмінностей у динаміці серед осіб, які не змінювали місця перебування: частка респондентів без ознак або з мінімальними проявами тривожності знизилася з 49,0% (98/200) на першому етапі до 36,6% (67/183) на другому (p < 0,05), що вказує на погіршення цього параметра психічного здоров'я. Крім того, на відміну від першого етапу, на другому етапі нівелювалося переважання жінок за частотою помірного рівня тривожності. Натомість виявилося значне переважання жінок над чоловіками за часткою незначного рівня тривоги (у жінок на першому етапі вона становила 38,2% (87/228), а на другому – зросла до 50,0% (120/240);

Таблиця 2

Розподіл частот висновків про депресію у респондентів за шкалою депресії Бека залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування в умовах воєнного стану, 2-й етап

Висновок про депресію	Стать (χ^2=5,81, p=,324321)				Рухова активність (χ^2=27,78, p=,000040)				Зміна місця перебування (χ^2 =12,34, p=,262869)					
	Чоловіки (n=68)		Жінки (n=240)		Достатня (n=231)		Недостатня (n=77)		Не було (n=183)		В межах України (n=86)		Виїзд за кордон (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає	47	69,12	136	56,67	150	64,94	33	42,86***	114	62,30	50	58,14	19	48,72
Прикордонна	2	2,94	22	9,17	20	8,66	4	5,19	12	6,56	10	11,63	2	5,13
Легка	11	16,18	47	19,58	40	17,32	18	23,38	35	19,13	13	15,12	10	25,64
Помірна	6	8,82	19	7,92	14	6,06	11	14,29*	12	6,56	6	6,98	7	17,95#
Тяжка	1	1,47	11	4,58	3	1,30	9	11,69***	6	3,28	5	5,81	1	2,56
Екстремальна	1	1,47	5	2,08	4	1,73	2	2,60	4	2,19	2	2,33	0	0

Примітка. Статистично значущі відмінності між вибірками в межах параметра «Рухова активність» у разі ймовірності помилкової оцінки: * – p<0,05, *** – p<0,001; # – статистично значущі відмінності (p<0,05) між вибірками «Не було» і «Виїзд за кордон» в межах параметра «Зміна місця перебування».

Таблиця 3

Розподіл частот висновків про тривожність у респондентів за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування в умовах воєнного стану, 2-й етап

Висновок про тривожність	Стать (χ^2 = 9,91, p=,019318)				Рухова активність (χ^2 = 8,11, p=,043776)				Зміна місця перебування (χ^2 = 4,76, p=,574497)					
	Чоловіки (n=68)		Жінки (n=240)		Достатня (n=231)		Недостатня (n=77)		Не було (n=183)		В межах України (n=86)		Виїзд за кордон (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає або мінімальна	34	50,00	71	29,58***	86	37,23	19	24,68*	67	36,61	26	30,23	12	30,77
Незначна	25	36,76	120	50,00*	108	46,75	37	48,05	85	46,45	42	48,84	18	46,15
Помірна	7	10,29	39	16,25	31	13,42	15	19,48	26	14,21	12	13,95	8	20,51
Значна	2	2,94	10	4,17	6	2,60	6	7,79*	5	2,73	6	6,98	1	2,56

Примітка. Статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра («Стать», «Рухова активність») у разі ймовірності помилкової оцінки: * – p<0,05, *** – p<0,001.

p < 0,01). Таке істотне зростання кількості жінок із незначною тривожністю частково пояснюється тим, що через рік частка жінок без ознак або з мінімальними проявами тривоги зменшилася із 37,3% (85/228) до 29,6% (71/240) (p > 0,05). Отже, у часовій динаміці зафіксовано певне погіршення психічного стану жінок за критерієм тривожності.

У табл. 4 наведено розподіл частот виявлення ознак розладів настрою за опитувальником MDQ залежно від статі, рівня рухової активності та міграційного статусу на другому етапі дослідження. Як випливає з отриманих даних, серед молоді лише чинник рухової активності мав статистично значущий вплив на афективну сферу (χ^2 = 12,30; p = 0,00045). Зокрема, за умови достатньої рухової активності відсутність розладів настрою фіксували достовірно частіше – у 89,2% (206/231) опитаних, ніж у групі з її недостатнім рівнем – 72,7% (56/77) (p < 0,001). Відповідно, у респондентів із низькою руховою активністю частіше виявляли ознаки розладів настрою – 27,3% (21/77) проти 10,8% (25/231) в осіб із достатньою руховою активністю (p < 0,001). На цьому етапі моніторингу розлади настрою не виявили залежності від статі та міграційного статусу молодих людей.

Одержані на другому етапі дослідження результати оцінювання настрою залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування загалом відповідали структурі розподілу показників першого етапу. Проте через рік у обстежених жінок частка осіб із розладами настрою суттєво зменшилася – з 24,6% (56/228) до 15,0% (36/240) (p < 0,01), а у чоловіків – з 27,3% (24/88) до 14,7% (10/68) (p > 0,05). У респондентів із достатньою руховою активністю частка осіб із розладами настрою за рік також знизилася – з 22,1% (54/244) до 10,8% (25/231) (p < 0,01). Серед осіб, які не змінювали свого місця перебування, поширеність афективних порушень зменшилася з 27,5% (55/200) до 14,8% (27/183) (p < 0,01). Отже, через рік спостереження відбулося покращення афективного статусу як у жінок, так і у респондентів із достатньою фізичною активністю та осіб, які залишалися на постійному місці проживання.

Аналіз поширеності ПТСР на другому етапі дослідження засвідчив його статистично значущу залежність від статі (χ^2 = 3,90; p = 0,048) та рухової активності (χ^2 = 8,79; p = 0,003) молодих людей (табл. 5). Жінки виявилися вразливішими до психологічного впливу воєнних чинників, ніж чоловіки: у жінок симптоми ПТСР виявлено у 20,8% (50/240) випадків, тоді як у чоловіків – лише у 10,3% (7/68) (p < 0,05). У решти респондентів обох статей клінічних ознак ПТСР не зафіксовано. Ознаки посттравматичного стресу також достовірно частіше спостерігалися в осіб із недостатньою руховою активністю – у 29,9% (23/77) випадків проти 14,7% (34/231) у групі з достатньою руховою

Таблиця 4

Розподіл частот висновків про розлади настрою у респондентів за опитувальником розладів настрою (MDQ) залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування в умовах воєнного стану, 2-й етап

Наявність розладів настрою	Стать (χ^2=,003, p=,952103)				Рухова активність (χ^2=12,30, p=,000453)				Зміна місця перебування (χ^2 = 2,78, p=,249070)					
	Чоловіки (n=68)		Жінки (n=240)		Достатня (n=231)		Недостатня (n=77)		Не було (n=183)		В межах України (n=86)		Виїзд за кордон (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає	58	85,29	204	85,00	206	89,18	56	72,73***	156	85,25	76	88,37	30	76,92
Є	10	14,71	36	15,00	25	10,82	21	27,27***	27	14,75	10	11,63	9	23,08

Примітка. Статистично значущі відмінності між вибірками в межах параметра «Рухова активність» у разі ймовірності помилкової оцінки: *** – p<0,001.

Таблиця 5

Розподіл частот висновків про наявність ПТСР у респондентів за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5) залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування в умовах воєнного стану, 2-й етап

Наявність ПТСР	Стать (χ^2=3,90, p=,048215)				Рухова активність (χ^2=8,79, p=,003028)				Зміна місця перебування (χ^2=2,13, p=,344400)					
	Чоловіки (n=68)		Жінки (n=240)		Достатня (n=231)		Недостатня (n=77)		Не було (n=183)		В межах України (n=86)		Виїзд за кордон (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Немає	61	89,71	190	79,17*	197	85,28	54	70,13**	154	84,15	67	77,91	30	76,92
Є	7	10,29	50	20,83*	34	14,72	23	29,87**	29	15,85	19	22,09	9	23,08

Примітка. Статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра («Стать», «Рухова активність») у разі ймовірності помилкової оцінки: * – p<0,05, ** – p<0,01.

активністю (p < 0,01). Відповідно, за умови достатньої рухової активності частка осіб без ознак ПТСР була значно вищою і становила 85,3% (197/231) проти 70,1% (54/77) у когорті з низькою руховою активністю (p < 0,01). На цьому етапі зв'язку між розвитком ПТСР та міграційним статусом молоді не виявлено.

Результати другого етапу дослідження щодо проявів ПТСР залежно від аналізованих чинників відрізняються від даних першого етапу відсутністю загальної залежності від міграційного статусу опитаних. Проте серед респондентів, які виїжджали за кордон, зафіксовано певне зростання частки осіб без ознак ПТСР – із 63,2% (24/38) до 76,9% (30/39) (p > 0,05). Аналогічну позитивну тенденцію виявлено серед жінок (зростання частки осіб без ПТСР із 70,2% (169/228) до 79,2% (190/240); p < 0,05) та у респондентів із недостатньою руховою активністю (зростання з 58,3% (42/72) до 70,1% (54/77); p > 0,05). Отже, у часовій динаміці через рік відбулося суттєве покращення стану психічного здоров'я за критерієм ПТСР у жінок, а також намітилася сприятлива тенденція серед осіб із недостатньою руховою активністю та тих, хто перебував за кордоном.

Наявність та вираженість психопатологічних синдромів за шкалою PANSS у молодих людей на другому етапі дослідження суттєво залежали лише від рівня їхньої рухової активності (χ^2 = 26,75; p = 0,00001) (табл. 6). У респондентів із недостатньою руховою активністю частіше реєстрували значно виражені – 5,2% (4/77) та помірно виражені – 19,5% (15/77) психопатологічні синдроми, що статистично значуще відрізнялося від показників осіб із достатньою руховою активністю (0,9% (2/231) та 5,2% (12/231) відповідно; p < 0,05 в обох випадках). Загалом серед молодих людей із достатньою руховою активністю у 84,4% (195/231) випадків ознаки психопатологічних синдромів були відсутні, натомість у групі з низькою руховою активністю цей показник становив лише 58,4% (45/77) (p < 0,001).

Попри те, що за загальним розподілом частот залежно від статі (χ^2 = 6,43; p = 0,092) та міграційного статусу (χ^2 = 10,88; p = 0,092) значущих закономірностей не виявлено, встановлено окремі відмінності за певними градаціями цих чинників. Так, у чоловіків значно рідше реєстрували помірно виражені психопатологічні синдроми – 1,5% (1/68) порівняно з жінками – 10,8% (26/240) (p < 0,05). Водночас у осіб, які тимчасово виїжджали за кордон, частіше виявляли незначну вираженість психопатологічних синдромів – 25,6% (10/39) проти тих, хто перемістився в межах України – 9,3% (8/86) (p < 0,05) або не змінював місця перебування – 9,3% (17/183) (p < 0,01).

Одержані на другому етапі дослідження результати аналізу психопатологічних синдромів за шкалою PANSS дещо відрізнялися від даних першого етапу. Через рік стан жінок за цією характеристикою покращився: частка випадків відсутності ознак порушень зросла з 55,7% (127/228) до 75,8% (182/240) (p < 0,001). Позитивні зміни зафіксовано і серед чоловіків, у яких частка осіб без психопатологічних ознак зросла з 64,8% (57/88) до 85,3% (58/68) (p < 0,01); при цьому у чоловіків із часом зменшилася частка помірно виражених синдромів – із 9,1% (8/88) до 1,5% (1/68) (p < 0,05). Також на другому етапі виявлено тенденцію до покращення показників у респондентів із недостатньою руховою активністю (зростання частки осіб без ознак порушень психічного здоров'я із 45,8% (33/72) до 58,4% (45/77); p > 0,05) та у осіб, які виїжджали за кордон (зростання частки осіб без ознак психопатологічних синдромів з 42,1% (16/38) до 69,2% (27/39); p < 0,05).

Узагальнюючи одержані результати, можна стверджувати, що на другому етапі дослідження прояви депресії було виявлено у 40,6%, прояви різного рівня тривожності – у 66,0%, розлади настрою – у 15,0%, клінічно значущі симптоми ПТСР – у 18,5% і ознаки психопатологічних синдромів – у 22,0% опитаних.

Протягом року спостереження зафіксовано різнонаправлені тенденції в характеристиках психічного здоров'я молоді. Якщо мову вести про погіршення психічного здоров'я молоді, то через рік виявили тенденцію до незначного зростання частоти проявів депресії серед респондентів загалом (з 36,7% до 40,6%; p > 0,1) та поширеності клінічно виражених (помірних, тяжких, екстремальних) її ознак зокрема – з 11,4% до 14,0% (p > 0,1). Окрім цього, статистично значуще зросла загальна кількість осіб із ознаками тривожності

Таблиця 6

Розподіл частот висновків про наявність і вираженість психопатологічних синдромів у респондентів за шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS) залежно від статі, рухової активності та зміни місця перебування в умовах воєнного стану, 2-й етап

Загальна оцінка психопатологічних синдромів	Стать (χ^2 = 6,43, p=,092183)				Рухова активність (χ^2 = 26,75, p=,000007)				Зміна місця перебування (χ^2 = 10,8752, p=,092311)					
	Чоловіки (n=68)		Жінки (n=240)		Достатня (n=231)		Недостатня (n=77)		Не було (n=183)		В межах України (n=86)		Виїзд за кордон (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Відсутні	58	85,29	182	75,83	195	84,42	45	58,44***	147	80,33	66	76,74	27	69,23
Незначно виражені	7	10,29	28	11,67	22	9,52	13	16,88	17	9,29	8	9,30	10	25,64##,&
Помірно виражені	1	1,47	26	10,83*	12	5,19	15	19,48***	15	8,20	10	11,63	2	5,13
Значно виражені	2	2,94	4	1,67	2	0,87	4	5,19*	4	2,19	2	2,33	0	0

Примітка. Статистично значущі відмінності між вибірками в межах одного параметра («Стать», «Рухова активність») у разі ймовірності помилкової оцінки: * – p<0,05, *** – p<0,001; ## – статистично значущі відмінності (p<0,01) між вибірками «Не було» і «Виїзд за кордон»; & – статистично значущі відмінності (p<0,05) між вибірками «В межах України» і «Виїзд за кордон» у межах параметра «Зміна місця перебування».

з 56,6% до 65,9% (p < 0,05); водночас частота клінічно значущих форм (помірної та значної тривожності) залишилася відносно стабільною, зазнавши мінімального коливання з 20,9% до 19,0%.

Водночас встановили покращення психічного стану молоді, яке виявилося у сприятливій динаміці щодо афективної сфери: загальна кількість осіб із розладами настрою статистично значуще зменшилася з 25,3% до 15,0% (p < 0,05). Зафіксовано статистично значуще зниження поширеності симптомів ПТСР – з 25,9% на першому етапі до 18,5% на другому (p < 0,05). Кількість осіб із проявами психопатологічних синдромів суттєво зменшилася (з 41,7% до 22,1%; p < 0,001).

Що стосується динаміки психічного здоров'я досліджених між першим і другим етапами залежно від чинників, які на нього впливають, то можна констатувати таке:

у розрізі статі – через рік спостереження зафіксовано погіршення стану жінок за критерієм тривожності: частка жінок без ознак або з мінімальною тривожністю знизилася з 37,3% до 29,6%, а частка незначної тривоги суттєво зросла – з 38,2% до 50,0% (p < 0,01); водночас відбулося вагоме покращення афективного стану жінок (частка розладів настрою зменшилася з 24,6% до 15,0%; p < 0,01) та суттєве покращення за критеріями ПТСР (частка осіб без симптомів зросла з 70,2% до 79,2%; p < 0,05) і шкалою PANSS (відсутність порушень зросла з 55,7% до 75,8%; p < 0,001); у чоловіків також покращився стан за шкалою PANSS: відсутність ознак зросла з 64,8% до 85,3% (p < 0,01);

у розрізі рухової активності – у респондентів, які підтримували достатній рівень рухової активності, за рік суттєво знизилася частка осіб із розладами настрою – з 22,1% до 10,8% (p < 0,01); серед осіб із недостатньою руховою активністю намітилася сприятлива тенденція до адаптації: через рік у цій групі дещо зросла частка осіб без ознак депресії (з 34,7% до 42,9%; p > 0,05), без ознак ПТСР (з 58,3% до 70,1%; p > 0,05) та без ознак порушень за шкалою PANSS (з 45,8% до 58,4%; p > 0,05);

у розрізі міграційного статусу – в групі «без змін місця перебування» зафіксовано погіршення параметрів тривожності – частка осіб без ознак або мінімальними проявами тривоги достовірно знизилася з 49,0% до 36,6% (p < 0,05), проте в цій же когорті зменшилася поширеність афективних розладів настрою – з 27,5% до 14,8% (p < 0,01); в групі «виїзд за кордон» через рік виявилося певне погіршення психічного здоров'я за критерієм депресії: частка осіб без ознак депресії зменшилася з 60,6% до 48,7% (p > 0,05), а частка осіб із помірною депресією зросла з 10,5% до 17,95% (p > 0,05); разом з тим у осіб, які тимчасово мігрували за кордон, намітилися позитивні тенденції за іншими критеріями: зросла частка осіб без ознак ПТСР (із 63,2% до 76,9%; p > 0,05) та суттєво збільшилася частка респондентів без ознак психопатологічних синдромів за шкалою PANSS (з 42,1% до 69,2%; p < 0,05).

Обговорення результатів дослідження

Отримані в ході двоетапного моніторингу емпіричні дані дають змогу здійснити комплексний аналіз траєкторії психічного здоров'я української молоді в умовах тривалого, кумулятивного макросоціального стресу воєнного стану. Порівняльний аналіз результатів першого [25] та другого етапів дослідження демонструє виразну гетерогенність та динамічність психоемоційних реакцій респондентів, що відображає складне переплетення процесів хронізації стресу та механізмів психологічної адаптації.

Психічне здоров'я молоді у часовій динаміці: тенденції адаптації та виснаження. Оцінювання психічного здоров'я молоді на другому етапі дослідження за п'ятьма базовими психологічними критеріями зафіксувало суперечливу картину. З одного боку, більша частина вибірки зберігає ознаки адаптованості: у 59,4% опитаних відсутні прояви депресії (шкала

BDI), у 85,0% – розлади настрою (MDQ), у 81,5% – клінічні ознаки ПТСР (PCL-5), а у 78,0% – психопатологічні синдроми (PANSS). Проте значна поширеність субклінічних та клінічних форм порушень (зокрема, наявність тривожності різного рівня у 66,0% осіб) вказує на серйозний деструктивний вплив війни на цивільне населення, що узгоджується із загальносвітовими даними ВООЗ та дослідженнями психічного та емоційного дистресу молоді під час військових конфліктів [1; 2].

Найбільш вагомим результатом порівняльного аналізу між етапами дослідження є виявлення різнонаправлених тенденцій. Зафіксоване зростання загальної поширеності тривожності (з 56,6% до 65,9%, $p < 0,05$) та тенденція до збільшення частоти депресивних станів (з 36,7% до 40,6%) чітко засвідчують кумулятивний (накопичувальний) ефект хронічного воєнного стресу. З позиції класичної теорії стресу Г. Сельє такі зміни свідчать про поступовий перехід індивідуальних систем адаптації молодих людей із фази резистентності до фази виснаження [26–28]. Водночас тривале значне навантаження на психіку людини може маскувати внутрішню напругу за відносною зовнішньою адаптацією до стресового середовища [29–31]. Ситуація триваючої воєнної загрози, щоденні повітряні тривоги та загальна екзистенційна невизначеність діють як хронічні мікростресори, які вимивають внутрішні психологічні ресурси та компенсаторні механізми [10; 32].

Натомість паралельне статистично значуще зниження частоти розладів настрою (з 25,3% до 15,0%, $p < 0,05$), симптомів ПТСР (з 25,9% до 18,5%, $p < 0,05$) та психопатологічних синдромів за шкалою PANSS (з 41,7% до 22,1%, $p < 0,001$) не є суперечливим. Цей феномен відображає роботу механізмів психологічного пристосування до умов тривалої психотравматизації [33]. Психіка людини не може тривалий час перебувати у стані гострого шокового реагування. З часом відбувається рутинізація небезпеки, знижується інтенсивність афективних коливань та стабілізується загальна психопатологічна симптоматика, що трансформується у явища хронічного генералізованого дистресу (що підтверджується стабільним рівнем помірної/значної тривожності на рівні 19–20%) [26–28; 30].

Ґендерна специфіка психічного реагування. Аналіз статевого диморфізму на другому етапі підтвердив вищу вразливість жінок до розвитку тривожних та посттравматичних розладів ($p = 0,019$ для тривожності та $p = 0,048$ для ПТСР). Жінки продемонстрували достовірно нижчу частку відсутності та мінімальної тривожності (29,6% проти 50,0% у чоловіків), вищу частоту симптомів ПТСР (20,8% проти 10,3%) та помірно виражених психопатологічних проявів за шкалою PANSS (10,8% проти 1,5%).

Отримані нами результати повністю узгоджуються із сучасними нейробіологічними та соціально-психологічними концепціями [27; 28; 34]. Дослідження Коррелла (2022) підтверджують удвічі вищий ризик виникнення генералізованої тривоги та ПТСР у жінок в умовах війни, що зумовлено специфікою функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи та схильністю до когнітивних румінацій [3; 35]. Вітчизняні дослідники також фіксують значно вищі рівні тривожності та психоемоційного напруження у жінок під час повномасштабного вторгнення [5; 15; 16].

У часовій динаміці (між першим та другим етапами) виявлено негативний тренд поглиблення тривожності саме у жінок: частка осіб із мінімальною тривожністю серед них знизилася, а з незначною – суттєво зросла (з 38,2% до 50,0%, $p < 0,01$). Це вказує на те, що жіноча субпопуляція, зокрема і молоді жінки, гостріше реагує на тривалий перебіг воєнного конфлікту [15; 16; 18]. Водночас виявлене покращення показників жінок за шкалами ПТСР та PANSS вказує на одночасне розгортання процесів довгострокової когнітивної переробки травми. У чоловіків динаміка виявилася стабільнішою із помітним регресом помірних психопатологічних синдромів за шкалою PANSS (зниження з 9,1% до 1,5%, $p < 0,05$).

Рухова активність як захисний чинник психічного здоров'я. Найбільш вираженим та послідовним чинником впливу на всі без винятку параметри психічного здоров'я молоді виявився рівень щоденної рухової активності. На другому етапі особи з недостатньою руховою активністю мали достовірно гірші показники: у них фіксували вищі рівні помірної та тяжкої депресії, значної тривожності, розладів настрою (27,3% проти 10,8% у осіб з достатньою руховою активністю, $p < 0,001$), ПТСР (29,9% проти 14,7%, $p < 0,01$) та психопатологічних проявів за шкалою PANSS.

Ці результати є підтвердженням біопсихосоціальної моделі здоров'я. Фізичні вправи діють як природний антидепресант та анксіолітик завдяки стимуляції нейропластичності, підвищенню рівнів ендорфінів, серотоніну та дофаміну, а також зниженню рівня кортизолу [36; 37]. В умовах воєнного стану, коли зовнішні загрози є неконтрольованими, фізична активність виконує роль важливого інструменту відновлення локусу контролю – людина отримує можливість контролювати власне тіло та безпосередні дії, що суттєво знижує рівень безпорадності [37].

У динаміці через один рік зафіксовано дві важливі закономірності. З одного боку, у групі з достатньою руховою активністю відбулося суттєве оздоровлення афективної сфери (зниження частоти розладів настрою з 22,1% до 10,8%, $p < 0,01$). З іншого боку, у групі з низькою активністю намітилася тенденція до поступової стабілізації (незначне зростання кількості осіб без ознак депресії, ПТСР та синдромів PANSS, $p > 0,05$). Це свідчить про те, що навіть за відсутності належного поведінкового ресурсу (фізичної активності) у молоді вмикаються альтернативні, переважно пасивно-психологічні механізми адаптації до умов тривалого стресу.

Психосоціальні ефекти міграційного статусу та стрес акультурації. Аналіз впливу зміни місця перебування внаслідок воєнних дій виявив складну

і неоднозначну динаміку, яку доцільно розглядати крізь призму концепцій стресу акультурації [38; 39]. Хоча міграційний статус не продемонстрував тотального впливу на загальний розподіл показників психічного здоров'я, детальний аналіз окремих градацій виявив важливі закономірності.

У респондентів, які не змінювали місце перебування, через рік спостереження зафіксовано суттєве погіршення тривожної симптоматики (частка осіб із мінімальною тривожністю достовірно знизилася з 49,0% до 36,6%, $p < 0,05$). Це безпосередньо пов'язано з ефектом тривалого перебування у географічному просторі безпосередньої воєнної загрози, де «патогенне психосоціальне поле» війни діє безперервно, виснажуючи психіку (Єфімова, 2023). Водночас зниження поширеності розладів настрою (з 27,5% до 14,8%) вказує на формування специфічного психологічного плато адаптації.

Респонденти, які виїхали за кордон, продемонстрували унікальну траєкторію. З одного боку, у них зафіксовано погіршення параметрів депресії (частка осіб без ознак депресії зменшилася з 60,6% до 48,7%, а помірної депресії – зросла з 10,5% до 17,95%). Це є класичним проявом стресу акультурації, що виникає внаслідок втрати соціального капіталу, звичного мікросередовища, мовного бар'єру, стану екзистенційної ізоляції та кризи ідентичності в чужій країні [18; 40].

З іншого боку, саме у зовнішніх мігрантів зафіксовано суттєве покращення за шкалою PANSS (відсутність симптомів зросла з 42,1% до 69,2%, $p < 0,05$) та позитивний тренд зниження проявів ПТСР (кількість осіб без ознак зросла з 63,2% до 76,9%). Це доводить, що перебування у фізичній та географічній безпеці за кордоном ефективно знімає симптоми гострої психопатологізації та посттравматичного напруження, пов'язані безпосередньо із загрозою життю, проте висуває нові вимоги до адаптації, що тимчасово посилює субклінічну депресивну симптоматику, зокрема внаслідок постійного інформаційного впливу з контекстом про війну на батьківщині [41–43].

Таким чином, моніторинг психічного здоров'я української молоді в умовах триваючої війни виявив складну систему взаємозв'язків між часовим чинником та індивідуально-демографічними чи поведінковими характеристиками. Кумулятивний характер воєнного стресу призводить до загального зростання тривожності та депресивності, проте процеси психічної адаптації знижують рівень гострих афективних розладів та ПТСР. Жіноча стать є вагомим чинником ризику емоційного дистресу, тоді як достатня рухова активність виступає найбільш надійним поведінковим ресурсом збереження психічного здоров'я. Зовнішня міграція має амбівалентний ефект: вона мінімізує прояви посттравматичного стресу завдяки чиннику безпеки, але провокує зростання депресивних тенденцій через стрес акультурації. Отримані результати обґрунтовують необхідність розробки диференційованих програм психосоціальної підтримки молоді, які б враховували стать, рівень фізичної активності та міграційний досвід респондентів.

Перспективи подальших досліджень

Результати проведеного двоетапного моніторингу психічного здоров'я молоді відкривають кілька пріоритетних напрямів для подальших наукових досліджень у цій сфері в умовах затяжного воєнного конфлікту: вивчення довгострокового трекінгу кумулятивного ефекту (третій етап моніторингу), деталізація впливу міграції на психічний стан (стрес акультурації та репатріації), об'єктивізація та диференціація впливу рухової активності на психічний стан, розробка та верифікація таргетних психотерапевтичних інтервенцій.

Висновки

1. На другому етапі дослідження встановлено високу поширеність психоемоційного дистресу серед молодих людей в умовах воєнного стану: прояви тривожності різного рівня виявлено у 66,0% опитаних, депресії – у 40,6%, ознаки психопатологічних синдромів (шкала PANSS) – у 22,0%, клінічно значущі симптоми ПТСР – у 18,5%, а розлади настрою (опитувальник MDQ) – у 15,0% респондентів.

2. Встановлено різнонаправлені тенденції у часовій динаміці хронічного стресу. Ознаки виснаження та кумулятивного ефекту виявилися у статистично значущому зростанні загальної тривожності молоді (з 56,6% до 65,9%, $p < 0,05$) та тенденції до поширення клінічно виражених форм депресії (з 11,4% до 14,0%). Водночас процеси психологічної адаптації відобразилися у суттєвому зменшенні частоти розладів настрою (з 25,3% до 15,0%, $p < 0,05$), симптомів ПТСР (з 25,9% до 18,5%, $p < 0,05$) та проявів психопатологічних синдромів (з 41,7% до 22,1%, $p < 0,001$).

3. Реакція на затяжний характер війни має статевий диморфізм. У жінок за рік зафіксовано поглиблення тривожності (частка осіб із незначною тривожністю зросла з 38,2% до 50,0%, $p < 0,01$), що супроводжувалося одночасним покращенням афективного статусу, регресом симптомів ПТСР та психопатологізації за шкалою PANSS ($p < 0,05$). У чоловіків динаміка виявилася стабільнішою з виразним зниженням частоти помірних психопатологічних проявів ($p < 0,01$).

4. Рівень рухової активності виступає надійним поведінковим ресурсом саморегуляції. У респондентів із достатньою руховою активністю зафіксовано суттєве оздоровлення афективної сфери (зниження розладів настрою з 22,1% до 10,8%, $p < 0,01$). Водночас у групі з низькою фізичною активністю через рік намітилася тенденція до пасивної стабілізації параметрів депресії, ПТСР та психопатологічних синдромів ($p > 0,05$).

5. Зміна місця перебування, зумовленого воєнним діями, спричиняє специфічні копінг-траєкторії. Перебування на постійному місці проживання (без міграції)

призводить до посилення генералізованої тривожності ($p < 0,05$) через безперервну дію чинників небезпеки. Зовнішня міграція (виїзд за кордон) забезпечує географічну безпеку, що достовірно мінімізує прояви гострої психопатологізації за шкалою PANSS ($p < 0,05$), проте провокує розвиток депресивних станів (зростання помірної депресії з 10,5% до 17,95%) як наслідок стресу акультурації.

Практичне значення результатів

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні гострої потреби у концептуальному переформатуванні наявних стратегій і протоколів медико-психологічного супроводу цивільного населення в умовах тривалого воєнного стану. Емпіричні дані другого етапу дослідження доводять неефективність універсальних (узагальнених) моделей підтримки та закладають підґрунтя для реалізації таких практичних кроків відновлення та покращення психічного здоров'я: впровадження поведінкової активації як базового компонента, розробка ґендерно орієнтованих та таргетованих програм для жінок, створення комплексних програм психосоціального супроводу вимушених мігрантів.

Результати дослідження можуть бути безпосередньо використані практичними психологами, фахівцями центрів ментального/психічного здоров'я, закладами вищої освіти для створення адаптаційних тренінгів, а також органами охорони здоров'я та соціальної політики під час проєктування національних та регіональних програм психосоціальної підтримки населення України в часи воєнного та повоєнного стану.

Література

1. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry. 2006;5(1):25–30.
2. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10194):240–248. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
3. Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry. 2022;21(2):248–271. DOI: 10.1002/wps.20994.
4. Kokun O. The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. J Loss Trauma. 2023;28(5):434–447. DOI: 10.1080/15325024.2022.2136612.
5. Kokun O. The stability of mental health during war: survey data from Ukraine. J Loss Trauma. 2025;30(2):242–263. DOI: 10.1080/15325024.2024.2328649.
6. Wang S, Pavlova I, Graf-Vlachy L, Petrytsa P, Zhang SX. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: a cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. Eur Psychiatry. 2024;67(1):e45. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.45.
7. Александров Д, Охріменко І, Зарічанський О, Яцишин О. Особливості соціально-психологічної адаптації вимушено переміщених осіб до нового соціального середовища. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2025;(13):544–566. DOI: 10.32999/2663-970X/2025-13-22.
8. Арефнія СВ. Демографічні чинники соціально-психологічної адаптації українських жінок-біженок до умов життя за кордоном. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2026;38(1):7–20. DOI: 10.31108/2.2026.1.38.1.
9. El-Khodary B, Aboudagga S. The impact of Gaza war: online educational challenges and mental health of university students. Middle East Curr Psychiatry. 2025;32:48. DOI: 10.1186/s43045-025-00542-w.
10. Schuch FB, Werneck AO, Vancampfort D, Stubbs B, Teychene M, Lotufo PA, Benseñor I, Brunoni AR. Cross-sectional associations of leisure and transport related physical activity with depression and anxiety. J Psychiatr Res. 2021;140:228–234. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.053.
11. Maden Ç, Bayramlar K, Arıcak OT, Yagli NV. Effects of virtual reality-based training and aerobic training on gaming disorder, physical activity, physical fitness, and anxiety: a randomized, controlled trial. Ment Health Phys Act. 2022;23:100465. DOI: 10.1016/j.mhpa.2022.100465.
12. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. Front Psychiatry. 2023;14:1134780. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1134780.
13. Пінчук ОВ. Психологічна просвіта: міжнародний досвід покращення ментального здоров'я та розвитку психологічної культури молоді. Імідж сучасного педагога. 2024;(6):76–79. DOI: 10.33272/2522-9729-2024-6(219)-76-79.
14. Rzońca P, Podgórski M, Łazarewicz M, Gałązkowski R, Rzońca E. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – an observational cross-sectional study six months after outbreak. Psychiatry Res. 2024;334:115836. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115836.
15. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental health of adolescents exposed to the war in Ukraine. JAMA Pediatr. 2024;178(5):480–488. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2024.0295.
16. Polyvianaia M, Yachnik Y, Pinchuk I. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. BMC Psychiatry. 2025;25:236. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
17. Афузова ГВ, Найдьонова ГО, Кротенко ВІ. Особливості психічного здоров'я першокурсників на етапі адаптації до професійного навчання в умовах воєнного стану. Габітус. 2022;(41):278–283. DOI: 10.32782/2663-5208.2022.41.49.
18. Zasiekina L, Zasiekin S, Kuperman V. Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. J Community Health. 2023;48(5):784–792. DOI: 10.1007/s10900-023-01225-5.
19. United Nations. Assistance to the Ukrainian people and psychosocial support frameworks (General Assembly Resolution A/RES/79/140). Official Records of the United Nations; 2024.

20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

22. Hirschfeld RMA. The Mood Disorder Questionnaire. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4(1):9–11. DOI: 10.4088/pcc.v04n0104.

23. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.

24. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.

25. Тимчик ОВ, Савченко ВМ, Коваленко ОО, Стешенко АО. Аналіз рівня психічного здоров'я української молоді віком 17–24 роки в умовах воєнного стану. Україна. Здоров'я нації. 2026;(1):86–99. DOI: 10.32782/2077-6594/2026.1/10.

26. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med. 1998;338(3):171–179. DOI: 10.1056/NEJM199801153380307.

27. McEwen BS. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress. 2017;1:1–11. DOI: 10.1177/2470547017692328.

28. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. Horm Behav. 2003;43(1):2–15. DOI: 10.1016/s0018-506x(02)00024-7.

29. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2010;35(1):2–16. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.

30. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic load and its impact on health: a systematic review. Psychother Psychosom. 2020;90(1):11–27. DOI: 10.1159/000510696.

31. Gou Y, Cheng S, Kang M, et al. Association of allostatic load with depression, anxiety, and suicide: a prospective cohort study. Biol Psychiatry. 2025;97(8):786–793. DOI: 10.1016/j.biopsych.2024.09.026.

32. Kovalenko AB, Yatsenko AO. Psychological well-being of Ukrainians at the beginning of the full-scale Russian invasion. Ukr Psychol J. 2022;2(18):91–108. DOI: 10.17721/upj.2022.2(18).5.

33. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. Physiol Behav. 2012;106(1):29–39. DOI: 10.1016/j.physbeh.2011.08.019.

34. Sarkar S, Kemper J, Sarkar R, et al. Influence of gender on cytokine induced depression and treatment: gender aspects of IFN-α-induced depression. J Affect Disord. 2021;292:766–772. DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.087.

35. Vallejo-Martín M, Sánchez Sancha A, Canto JM. Refugee women with a history of trauma: gender vulnerability in relation to post-traumatic stress disorder. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4806. DOI: 10.3390/ijerph18094806.

36. Seligman MEP. Learned helplessness. Annu Rev Med. 1972;23(1):407–412. DOI: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203.

37. Powers MB, Asmundson GJG, Smits JAJ. Exercise for health and well-being: a review of mental and physical health benefits. Clin Psychol Rev. 2015;39:45–52. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.01.001.

38. Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat. 2005;29(6):697–712. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.

39. Блинова ОЄ. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2016;1(3):111–117. Доступно: https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/676.

40. Сеник О, Полунін О, Шатілова О, Абрамов В, Кривенко І. Вимірювання перспективи майбутнього: ревалідизація «шкали врахування майбутніх наслідків». Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 2022;1(15):48–55. DOI: 10.17721/BSP.2022.1(15).8.

41. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-19) outbreak: amplification of public anxiety by the media. Health Psychol. 2020;39(5):355–357. DOI: 10.1037/hea0000875.

42. Holman EA, Garfin DR, Silver RC. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. Proc Natl Acad Sci USA. 2014;111(1):267–272. DOI: 10.1073/pnas.1316265110.

43. Найдьонова ЛА (редактор). Психологія медіатравми: теорія і практика подолання в умовах війни: монографія. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України; 2023.

References

1. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry. 2006;5(1):25–30.

2. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10194):240–248. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

3. Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry. 2022;21(2):248–271. DOI: https://doi.org/10.1002/wps.20994.

4. Kokun O. The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. J Loss Trauma. 2023;28(5):434–447. DOI: https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2136612.

5. Kokun O. The stability of mental health during war: survey data from Ukraine. J Loss Trauma. 2025;30(2):242–263. DOI: https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2328649.

6. Wang S, Pavlova I, Graf-Vlachy L, Petrytsa P, Zhang SX. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: a cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. Eur Psychiatry. 2024;67(1):e45. DOI: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.45.

7. Aleksandrov D, Okhrimenko I, Zarichanskyi O, Yatsyshyn O. Osoblyvosti sotsialno-psykholohichnoi adaptatsii vymusheno peremishchenykh osib do novoho sotsialnoho seredovyshcha [Peculiarities of socio-psychological adaptation of internally displaced persons to a new social environment]. Insight: Psychological Dimensions of Society. 2025;(13):544–566. DOI: https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-22 [in Ukrainian].

8. Arefniia SV. Demohrafichni chynnyky sotsialno-psykholohichnoi adaptatsii ukrainskykh zhinok-bizhenok do umov zhyttia za kordonom [Demographic factors of socio-psychological adaptation of Ukrainian refugee women to living conditions abroad]. Organizational Psychology. Economic Psychology. 2026;38(1):7–20. DOI: https://doi.org/10.31108/2.2026.1.38.1 [in Ukrainian].

9. El-Khodary B, Aboudagga S. The impact of Gaza war: online educational challenges and mental health of university students. Middle East Curr Psychiatry. 2025;32:48. DOI: https://doi.org/10.1186/s43045-025-00542-w.

10. Schuch FB, Werneck AO, Vancampfort D, Stubbs B, Teychene M, Lotufo PA, et al. Cross-sectional associations of leisure and transport related physical activity with depression and anxiety. J Psychiatr Res. 2021;140:228–234. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.053.

11.Maden Ç, Bayramlar K, Arıcak OT, Yagli NV. Effects of virtual reality-based training and aerobic training on gaming disorder, physical activity, physical fitness, and anxiety: a randomized, controlled trial. Ment Health Phys Act. 2022;23:100465. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2022.100465.

12. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. Front Psychiatry. 2023;14:1134780. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780.

13. Pinchuk OV. Psykholohichna prosvita: mizhnarodnyi dosvid pokrashchennia mentalnoho zdorovia ta rozvytku psykholohichnoi kultury molodi [Psychological education: international experience of improving mental health and developing psychological culture of youth]. Imidzh Suchasnoho Pedahoha. 2024;(6):76–79. DOI: https://doi.org/10.33272/2522-9729-2024-6(219)-76-79 [in Ukrainian].

14. Rzońca P, Podgórski M, Łazarewicz M, Gałązkowski R, Rzońca E. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime – an observational cross-sectional study six months after outbreak. Psychiatry Res. 2024;334:115836. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115836.

15. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, Pimenova N, Kano Y, Skokauskas N. Mental health of adolescents exposed to the war in Ukraine. JAMA Pediatr. 2024;178(5):480–488. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.0295.

16. Polyvianaia M, Yachnik Y, Pinchuk I. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. BMC Psychiatry. 2025;25:236. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1.

17. Afuzova HV, Naidonova HO, Krotenko VI. Osoblyvosti psykhichnoho zdorovya pershokursnykiv na etapi adaptatsii do profesiynoho navchannya v umovakh voyennoho stanu [Features of mental health of first-year students at the stage of adaptation to professional training in conditions of martial law]. Habitus. 2022;(41):278–283. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.41.49 [in Ukrainian].

18. Zasiekina L, Zasiekin S, Kuperman V. Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. J Community Health. 2023;48(5):784–792. DOI: https://doi.org/10.1007/s10900-023-01225-5.

19. United Nations. Assistance to the Ukrainian people and psychosocial support frameworks (General Assembly Resolution A/RES/79/140). Official Records of the United Nations; 2024.

20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561–571. DOI: https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–1097. DOI: https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092.

22. Hirschfeld RMA. The Mood Disorder Questionnaire. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4(1):9–11. DOI: https://doi.org/10.4088/pcc.v04n0104.

23. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. J Trauma Stress. 2015;28(6):489–498. DOI: https://doi.org/10.1002/jts.22059.

24. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261–276. DOI: https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261.

25. Tymchyk OV, Savchenko VM, Kovalenko OO, Steshenko AO. Analiz rivnia psykhichnoho zdorovya ukrainskoi molodi vikom 17–24 roky v umovakh voyennoho stanu [Analysis of the level of mental health of Ukrainian youth aged 17–24 under martial law]. Ukrayina. Zdorov'ya Natsiyi. 2026;(1):86–99. DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2026.1/10 [in Ukrainian].

26. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med. 1998;338(3):171–179. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307.

27. McEwen BS. Neurobiological and systemic effects of chronic stress. Chronic Stress. 2017;1:1–11. DOI: https://doi.org/10.1177/2470547017692328.

28. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. Horm Behav. 2003;43(1):2–15. DOI: https://doi.org/10.1016/s0018-506x(02)00024-7.

29. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2010;35(1):2–16. DOI: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002.

30. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic load and its impact on health: a systematic review. Psychother Psychosom. 2020;90(1):11–27. DOI: https://doi.org/10.1159/000510696.

31. Gou Y, Cheng S, Kang M, et al. Association of allostatic load with depression, anxiety, and suicide: a prospective cohort study. Biol Psychiatry. 2025;97(8):786–793. DOI: https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.09.026.

32. Kovalenko AB, Yatsenko AO. Psychological well-being of Ukrainians at the beginning of the full-scale Russian invasion. Ukr Psychol J. 2022;2(18):91–108. DOI: https://doi.org/10.17721/upj.2022.2(18).5.

33. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. Physiol Behav. 2012;106(1):29–39. DOI: https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019.

34. Sarkar S, Kemper J, Sarkar R, et al. Influence of gender on cytokine induced depression and treatment: gender aspects of IFN-α-induced depression. J Affect Disord. 2021;292:766–772. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.087.

35. Vallejo-Martín M, Sánchez Sancha A, Canto JM. Refugee women with a history of trauma: gender vulnerability in relation to post-traumatic stress disorder. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4806. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18094806.

36. Seligman MEP. Learned helplessness. Annu Rev Med. 1972;23(1):407–412. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203.

37. Powers MB, Asmundson GJG, Smits JAJ. Exercise for health and well-being: a review of mental and physical health benefits. Clin Psychol Rev. 2015;39:45–52. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.001.

38. Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat. 2005;29(6):697–712. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.

39. Blynova OYe. Sotsialno-psykholohichna adaptatsiya vymushenykh mihrantiv: pidkhody i problemy vyvchennya fenomena akulturatsiyi [Socio-psychological adaptation of forced migrants: approaches and problems of studying the acculturation phenomenon]. Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: Psychological Sciences. 2016;1(3):111–117. Available from: https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/676 [in Ukrainian].

40. Senyk O, Polunin O, Shatilova O, Abramov V, Kryvenko I. Vymiryuvannya perspektyvy maybutn'oho: revalidyzatsiya «shkaly vrakhuvannya maybutn'yikh naslidkiv» [Measuring future perspective: consideration of future consequences scale revalidation]. Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Psychology. 2022;1(15):48–55. DOI: https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1(15).8 [in Ukrainian].

41. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-19) outbreak: amplification of public anxiety by the media. Health Psychol. 2020;39(5):355–357. DOI: https://doi.org/10.1037/hea0000875.

42. Holman EA, Garfin DR, Silver RC. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. Proc Natl Acad Sci USA. 2014;111(1):267–272. DOI: https://doi.org/10.1073/pnas.1316265110.

43. Naidonova LA (editor). Psykholohiya mediatravmy: teoriya i praktyka podolannya v umovakh viyny [Psychology of media trauma: theory and practice of overcoming in wartime conditions]. Kyiv: Institute of Social and Political Psychology of the NAES of Ukraine; 2023 [in Ukrainian].

Хронічний воєнний стрес в Україні піддає психіку молоді екстремальним навантаженням, провокуючи зростання афективних розладів та ПТСР. Вивчення динаміки ментального здоров'я під впливом демографічних і поведінкових чинників є критичним для психосоціальної підтримки.

Мета дослідження – встановити особливості, динаміку та тенденції змін ментального здоров'я української молоді віком 17–24 років в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи. Проведено двоетапний моніторинг (інтервал – 1 рік) психоемоційного стану студентів: на першому етапі обстежено 316 осіб, на другому – 308. Використано стандартизовані шкали (BDI, GAD-7, MDQ, PCL-5, PANSS). Аналіз враховував стать, рухову активність та міграційний статус.

Результати. На другому етапі тривожність виявлено у 66,0% опитаних, депресію – у 40,6%, психопатологічні синдроми (PANSS) – у 22,0%, клінічні ознаки ПТСР – у 18,5%, розлади настрою – у 15,0%. У річній динаміці зафіксовано кумулятивний ефект стресу: зросла загальна тривожність (з 56,6% до 65,9%, $p<0,05$) та посилилися важкі форми депресії. Водночас виявлено адаптаційне плато: зменшилася частота розладів настрою (з 25,3% до 15,0%, $p<0,05$) та симптомів ПТСР (з 25,9% до 18,5%, $p<0,05$). Жінки виявилися більш вразливими до хронізації стресу (зростання тривожності з 38,2% до 50,0%, $p<0,01$). Достатня рухова активність суттєво знижувала рівень розладів настрою (з 22,1% до 10,8%, $p<0,01$). Перебування в Україні посилювало генералізовану тривожність, а зовнішня міграція редукувала психопатологічні синдроми, але підвищувала ризик депресії через акультурацію.

Висновки. Хронічний воєнний стрес зумовлює різнонаправлену траєкторію змін психіки, де психоемоційне виснаження поєднується з адаптацією. Результати обґрунтовують потребу в розробці диференційованих програм підтримки: із впровадженням фізичної активації, фокусом на редукцію тривожності у жінок та супроводом адаптації емігрантів.

Ключові слова: психічне здоров'я, молодь, динаміка, воєнний стан, стать, рухова активність, міграція.

The ongoing full-scale war in Ukraine subjects the civilian population's psyche, particularly that of young people and university students, to extreme, unprecedented macrosocial duress. Chronic exposure to military danger, active combat conditions, missile strikes, and prolonged socio-economic instability triggers a significant increase in affective disorders, generalized anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Understanding the long-term clinical and psychological dynamics of youth mental health, along with the precise impact of individual-demographic, gender, and behavioral factors, is critically important. Such comprehensive empirical data are essential for developing effective, targeted psychosocial support strategies and sustainable public health programs tailored to a society under severe stress.

Purpose. The study aims to establish the baseline characteristics, identify the longitudinal dynamics, and determine the prominent trends in mental health changes among Ukrainian youth aged 17–24 under the conditions of prolonged martial law.

Materials and Methods. A comprehensive two-stage monitoring study with a strict 1-year interval was conducted to assess the psycho-emotional state of young individuals (higher education students). The first stage assessed 316 respondents, and the second examined 308 participants. Standardized and validated psychodiagnostic instruments were utilized: the Beck Depression Inventory (BDI), the Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7), the Mood Disorder Questionnaire (MDQ), the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The comprehensive statistical analysis accounted for gender, self-reported physical activity levels, and migration status (remaining in a permanent residence, internal displacement, or relocation abroad).

Results. At the second stage of monitoring, manifestations of anxiety were identified in 66.0% of respondents, depression in 40.6%, psychopathological syndromes (PANSS) in 22.0%, clinical signs of PTSD in 18.5%, and mood disorders in 15.0%. The annual dynamics revealed a clear cumulative effect of chronic wartime stress: generalized anxiety increased statistically significantly (from 56.6% to 65.9%, $p < 0.05$), and severe forms of clinical depression intensified (from 11.4% to 14.0%). Concurrently, signs of long-term psychological adaptation were observed: the prevalence of mood disorders decreased (from 25.3% to 15.0%, $p < 0.05$), as did PTSD symptoms (from 25.9% to 18.5%, $p < 0.05$) and PANSS syndromes (from 41.7% to 22.1, $p < 0.001$). Factor analysis indicated that women are significantly more vulnerable to stress chronification, demonstrating a prominent annual increase in mild anxiety (from 38.2% to 50.0%, $p < 0.01$). Sufficient physical activity proved to be a potent protective behavioral resource: physically active individuals experienced a substantial improvement in their affective sphere, with mood disorders decreasing from 22.1% to 10.8% ($p < 0.01$). The impact of migration status is highly ambivalent: staying permanently in Ukraine exacerbates generalized anxiety ($p < 0.05$), whereas temporary external migration abroad provides physical safety, reducing acute psychopathological syndromes ($p < 0.05$), yet simultaneously increases the risk of depressive states (rising from 10.5% to 17.95%) due to acculturation stress.

Conclusions. Chronic wartime stress shapes a complex, multidirectional trajectory of changes in youth mental health, where phenomena of psycho-emotional exhaustion coexist with an adaptive plateau. These empirical findings practically substantiate the necessity of restructuring existing civilian medical support protocols and developing targeted public health programs. These programs should mandatorily incorporate behavioral activation through physical practices for all youth, focus on anxiety reduction in women, and support adaptation alongside the deconstruction of media trauma in external emigrants.

Key words: mental health, youth, dynamics, martial law, gender, physical activity, migration.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Тимчик Олеся Володимирівна – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я Київського столичного університету імені Бориса Грінченка; вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, Україна, 04053.
o.tymchyk@kubg.edu.ua, ORCID ID: 0000-0003-1878-7465 [A, B, D, E, F]

Коваленко Ольга Олександрівна – кандидат наук з державного управління, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології Приватного вищого навчального закладу «Київський медичний університет»; вул. Бориспільська, 2, м. Київ, Україна, 02098.
o.o.kovalenko@kmu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0002-8415-9654 [A, B, D, E]

Савченко Валентин Михайлович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Київського столичного університету імені Бориса Грінченка; вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, Україна, 04053.
v.savchenko@kubg.edu.ua, ORCID ID: 0000-0002-8483-9748 [A, C, D, E, F]

Жорова Світлана Степанівна – викладач кафедри психології особистості та соціальних практик Київського столичного університету імені Бориса Грінченка; вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, Україна, 04053.
s.zhorova@kubg.edu.ua, ORCID ID: 0009-0009-0247-0544 [A, B, D, E]

Дата першого надходження статті до видання: 03.07.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 04.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.10.2026