

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ГРОМАДЯН УКРАЇНИ: АНАЛІЗ ЕМПІРИЧНИХ ДАНИХ

THE IMPACT OF WAR ON THE PSYCHOLOGICAL STATE OF UKRAINIAN CITIZENS: AN ANALYSIS OF EMPIRICAL DATA

Стаття присвячена аналізу психологічного стану громадян України під час війни, враховуючи дані трьох хвиль опитування. Метою роботи є виявлення змін у психо-емоційному стані різних соціальних груп (цивільні жінки, цивільні чоловіки, цивільні за кордоном та військові чоловіки) через показники стресу (ПТН), депресії (BDI-II), проявів ПТСР (PCL-5) та невротичних станів. Вибірка дослідження охоплює понад 2 000 респондентів, а результати ґрунтуються на стандартизованих психометричних інструментах.

У першій хвилі виявлено, що найвищий рівень психічного напруження та проявів ПТСР зафіксовано серед цивільних, які виїхали за кордон. Цивільні чоловіки показали стабільно нижчий рівень психоемоційного дистресу порівняно з іншими групами, тоді як військові чоловіки демонстрували найнижчі показники стресу і ПТСР. У другій хвилі відзначено погіршення показників у цивільних жінок та цивільних за кордоном, зокрема за шкалами депресії та ПТСР. Третя хвиля підтвердила тенденцію до погіршення психоемоційного стану у всіх групах, особливо серед цивільних чоловіків. Аналіз невротичних станів засвідчив найвищий рівень тривоги, невротичної депресії та астенії у цивільних за кордоном. Військові чоловіки мали стабільно кращі результати, проте демобілізація призвела до зростання показників тривоги і ПТСР. Соціальні фактори, як-от сімейний стан, втрата близьких, місце перебування та звернення до психолога, мали значний вплив на психоемоційний стан. Втрати близьких та участь у бойових діях значно посилювали рівень стресу, депресії та тривоги.

Отримані результати підкреслюють необхідність розробки цільових програм психологічної підтримки для найбільш вразливих груп населення, зокрема цивільних за кордоном та демобілізованих військових. Подальші дослідження повинні сфокусуватися на довгострокових наслідках війни та адаптаційних механізмах громадян України.

Ключові слова: психологічний стрес, депресія, ПТСР, війна, цивільні, військові, психоемоційний стан, психічне напруження.

The article is devoted to the assessment of the psychological condition of Ukrainian citizens during the war based on data from three survey waves. This study aims to determine how the psycho-emotional state of different groups of the population (women civilians, male civilians, civilians living abroad, and military men) has changed by the indicators of stress (PSM-25), depression (BDI-II), PTSD symptoms (PCL-5), and neurotic states. The data for this study were collected from over 2,000 participants and the analysis of the results was done using standardised psychometric tools.

In the first wave the highest levels of psychological tension and the symptoms of PTSD were observed among the civilians who had left the country. Civilians men were less psycho-emotional affected distress by than other categories of the population and the military men were the least affected by stress and PTSD. The second wave showed an increase in the indices among civilian women and civilians who arrived from Ukraine, including the depression and PTSD scales. The third wave also proved the overall worsening of the psycho-emotional state of people from all the categories, with the most pronounced worsening observed in civilian men.

When examining neurotic states the highest levels of anxiety, neurotic depression and asthenia were observed in people who lived in other countries. Military men were always rated as having better results; however, demobilisation led to higher levels of anxiety and PTSD. Some of the social factors that have been found to affect the psycho-emotional state include marital status, loss of a loved one, residence and seeking psychological advice. The loss of loved ones and exposure to combat situations greatly increased the levels of stress, depression and anxiety.

The findings highlight the importance of creating specific psychological interventions for the high-risk populations including the civilians who have fled the country and the demobilized military personnel. Further research should be conducted in order to understand the consequences of war in the long run and the ways of coping in Ukrainian society.

Key words: psychological stress, depression, PTSD, war, civilians, military, psycho-emotional state, psychological tension.

УДК 159.964.2:316.62
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.24>

Духлій П.М.

аспірант кафедри клінічної психології
ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Трофімова Д. О.

к.психол.н., доцент,
завідувачка кафедри соціальної психології
ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Вступ. Аналіз психологічного стану українців під час війни є ключовим для глибшого розуміння впливу екстремальних обставин на ментальне здоров'я суспільства. У ситуації, коли збройна агресія порушує стабільність країни, громадяни зіштовхуються з численними психологічними випробуваннями, зокрема постійною загрозою життю, втратою близьких, зруйнованими домівками, економічною нестабільністю та невизначеністю майбутнього [1, с. 243–248; 2, с. 248–250]. Усі ці

фактори створюють ґрунт для розвитку таких розладів, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні стани та інші форми емоційного дистресу. Саме тому систематичне дослідження цих аспектів є критично важливим для визначення масштабів проблеми, ідентифікації вразливих груп населення та розробки стратегій для ефективного допомоги тим, хто постраждав від воєнних дій.

Дослідження також набуває особливої важливості в контексті довгострокового

планування відновлення країни після завершення війни [3, с. 33-35; 4]. Травматичний досвід може накладати тривалий відбиток на психологічне благополуччя, обмежуючи адаптивні можливості осіб, їхню соціальну інтеграцію та здатність відновлювати стосунки в суспільстві. Глибоке вивчення специфіки цих наслідків для різних соціальних груп – військовослужбовців, цивільних, внутрішньо переміщених осіб тощо – дозволяє створювати цільові програми психологічної реабілітації та підтримки. Інтеграція таких програм у процеси відновлення сприятиме не лише зменшенню негативних наслідків війни на особистісному рівні, але й укріпленню соціальної єдності та стійкості українського суспільства загалом.

Виклад основного матеріалу. Нами було проведено дослідження психологічного стану громадян України трьома хвилями (опитуваннями).

В першій хвилі було опитано 1938 громадян України в період з 28.09.2022 по 18.02.2023. В другій хвилі було опитано 436 громадян України в період з 20.04.2024 по 28.04.2024. В третій хвилі було опитано 274 громадянина України в період з 09.12.2024 по 15.12.2024.

Через невелику кількість опитуваних в підгрупах, ми не включили в результати дослідження наступні підгрупи: жінок військовослужбовців, батьків, у яких більше ніж 6 дітей, цивільних, що перебували на час опитування в окупації, зоні бойових дій або деокупованих територіях, а також тих, хто виїхав за кордон до початку широкомасштабного вторгнення. Також з метою більш коректного порівняння цивільних та військових між собою, ми не включили в результати дослідження відповіді респондентів молодше 18 років і старше 60 років.

Таким чином, з першої хвилі в результати дослідження було включено результати опитування 1773 громадян України. З них 1599 – цивільні та 174 – військові. Цивільні – 1169 жінок та 430 чоловіків. Військові – 174 чоловіка.

З другої хвилі – 412 громадянина України. З них 390 – цивільні та 22 – військові. Цивільні – 287 жінок та 103 чоловіків. Військові – 22 чоловіка.

З третьої хвилі – 251 громадянин України. З них 210 – цивільні та 41 – військові та ветерани. Цивільні – 162 жінки та 48 чоловіків. Військові та ветерани – 41 чоловік.

У дослідженні застосовувалися стандартизовані методики для оцінки психологічного стану респондентів:

Анкетування:

– Збір основних демографічних даних (стать, вік, сімейний стан, кількість дітей, рівень освіти).

– Для військових: тривалість служби, кількість місяців на передовій, поточне перебу-

вання (тил, друга лінія, передова, госпіталь, демобілізований).

– Для цивільних: тривалість перебування вдома або поза домом, поточне перебування (внутрішньо переміщена особа, проживання в місті до вторгнення, переїзд в іншу країну).

Психометричні інструменти:

– шкала самооцінки психологічного стресу (PSM-25) Лемура-Тесьє-Філіон [5], що призначена для вимірювання показника психологічного напруження (ППН).

– клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів – шкали тривоги, невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних порушень, вегетативних порушень (К. Яхін та Д. Менделевич) [6, с. 153-160].

– опитувальник PCL-5 для вимірювання самооцінки симптомів ПТСР [7].

– шкала депресії Бека BDI-II (для другої та третьої хвилі) [8].

Додаткові питання (у другій і третій хвилях):

– Звернення до психолога після 24.02.2022.

– Прийом антидепресантів чи транквілізаторів після 24.02.2022.

– Зміни в умовах перебування для військових (додано категорію "демобілізований") для третьої хвилі

Кластеризація респондентів. Для отримання більш інформативних результатів ми виконали визначення оптимальної кількості кластерів на основі результатів першої хвилі за шкалами невротичних станів, показником ППН та самооцінкою проявів ПТСР з використанням кластерного аналізу методом K-середніх за алгоритмом Hartigan-Wong зі стандартизацією змінних у програмі Jamovi версії 2.6.19.

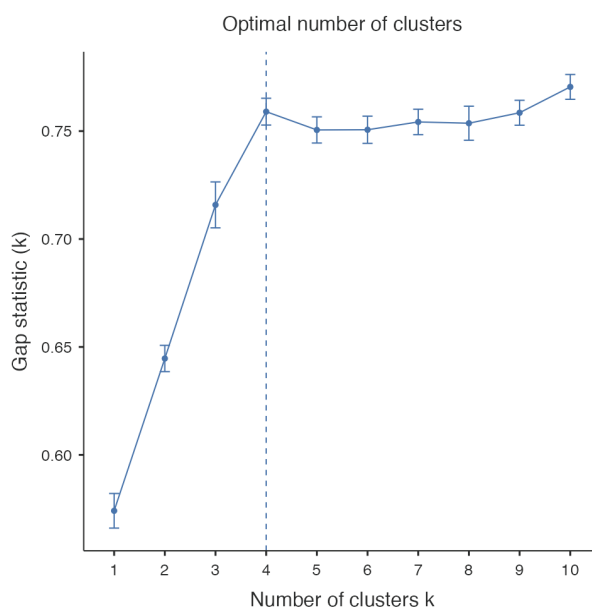


Рис. 1. Оптимальна кількість кластерів для дослідження

Оптимальною кількістю кластерів є чотири (рис. 1).

З метою групування респондентів за соціально-демографічними показниками для кожного кластера, ми використали однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для числових змінних та χ^2 -тест залежності для категоріальних змінних. Отримані результати показані в Табл. 1 та Табл. 2.

Значущими факторами для кластеризації є статус (цивільний/військовий), стать та поточне перебування у цивільних. Для формування четвертого кластера провели однофакторний дисперсійний аналіз статис-

тичних відмінностей показника ППН в залежності від поточного перебування у цивільних (Табл. 3)

Враховуючи попередні розрахунки, а також невелику кількість чоловіків, що виїхала за кордон (23 чоловіка) ми поділили респондентів на чотири кластери:

1. цивільні чоловіки, що не виїхали за кордон (надалі – цивільні чоловіки);
2. цивільні жінки, що не виїхали за кордон (надалі – цивільні жінки);
3. цивільні, що переїхали в іншу країну (надалі – цивільні за кордоном);
4. військові чоловіки

Таблиця 1

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) першої хвили для оцінки відмінностей між кластерами за соціо-демографічними показниками

Показник	F	df1	df2	p
Вік	0,1327	3	879	0,941
Кількість дітей	0,5162	3	895	0,671
Перебування не вдома (для цивільних), міс	2,60	3	753	0,051
Перебування вдома (для цивільних), міс	0,0732	3	753	0,974
Перебування на передовій (для військових), міс	1,59	3	68,1	0,2

Таблиця 2

Результати χ^2 -тесту першої хвили для оцінки залежності кластерів від соціо-демографічних показників

Показник	Value	df	p
Цивільний/військовий	49,6	3	< 0,001
Стать	186	3	< 0,001
Сімейний стан	6,63	9	0,675
Освіта	12	9	0,216
Поточне перебування (для цивільних)	86,7	6	< 0,001
Чи втрачали близьких? (для цивільних)	12,3	3	0,007
Поточне перебування (для військових)	13,9	9	0,125
Строчкова служба (для військових)	1,09	3	0,779
Участь в бойових діях до 24.02.2024 (для військових)	2,49	3	0,478
Наявність поранень (для військових)	2,98	3	0,395
Наявність контузій (для військових)	7,53	3	0,057
Наявність втрат в підрозділі (для військових)	4,52	3	0,21

Таблиця 3

Результати Post-hoc тесту за алгоритмом Games-Howell однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) першої хвили для оцінки відмінностей ППН в залежності від поточного перебування у цивільних

		ВПН	Рідне місто	Переїзд в іншу країну
ВПН	Різниця середніх	-	4,75	-15,8
	p-значення	-	0,133	< 0,001
Рідне місто	Різниця середніх	-	-	-20,5
	p-значення	-	-	< 0,001
Переїзд в іншу країну	Різниця середніх	-	-	-
	p-значення	-	-	-

Аналіз змін між хвилями. Аналіз основних показників психоемоційного стану дозволив отримати кількісні оцінки рівня стресу (ППН), депресії (Шкала депресії BDI-II) та проявів посттравматичного стресового розладу (Самооцінка проявів ПТСР, PCL-5) у різних хвилях дослідження та між кластерами (Таблиця 4).

Хвиля 1 показала найвищий рівень психічного напруження (ППН) серед цивільних за кордоном ($M = 126.36, SD = 30.38$), тоді як найнижчий рівень був зафіксований у військових чоловіків ($M = 91.31, SD = 35.11$). За самооцінкою проявів ПТСР (PCL-5) найвищі значення також продемонстрували цивільні за кордоном ($M = 35.19, SD = 14.45$), а найнижчі – цивільні

Таблиця 4

Основні показники психоемоційного стану у різних хвилях дослідження та між кластерами

Хвиля	Кластер	Середній ППН	SD	Середній BDI-II	SD	Середній PCL-5	SD
1	Військові чоловіки	91,31	35,11			24,44	16,35
	Цивільні жінки	112,25	30,51			29,17	14,15
	Цивільні за кордоном	126,36	30,38			35,19	14,45
	Цивільні чоловіки	93,12	30,28			23,12	13,42
2	Військові чоловіки	92,09	38,08	11,23	9,87	21,68	15,73
	Цивільні жінки	116,31	31,16	16,74	8,71	29,20	14,16
	Цивільні за кордоном	117,22	30,99	18,09	9,99	33,14	15,20
	Цивільні чоловіки	101,22	29,78	13,22	7,96	25,08	14,56
3	Військові чоловіки	105,63	39,74	15,17	10,66	26,88	15,97
	Цивільні жінки	116,81	28,48	17,34	8,46	30,86	14,52
	Цивільні за кордоном	119,16	38,05	17,16	11,13	33,47	12,85
	Цивільні чоловіки	118,74	32,31	19,86	10,84	34,65	16,45

чоловіки ($M = 23.12, SD = 13.42$). Таким чином, на першій хвилі цивільні за кордоном мали найгірші показники психоемоційного стану порівняно з іншими групами.

Хвиля 2 показала певні зміни у рівнях психоемоційного стану. Серед військових чоловіків рівень ППН залишився на низькому рівні ($M = 92.09, SD = 38.08$), тоді як серед цивільних жінок він збільшився ($M = 116.31, SD = 31.16$) [3, с. 47]. Показники депресії (BDI-II) були найвищими у цивільних за кордоном ($M = 18.09, SD = 9.99$), що свідчить про більш виражені депресивні симптоми у цієї групи [18, с. 148]. Рівні ПТСР (PCL-5) також найвищі серед цивільних за кордоном ($M = 33.14, SD = 15.20$), тоді як найнижчі значення спостерігалися серед військових чоловіків ($M = 21.68, SD = 15.73$).

На хвилі 3 спостерігається загальне погіршення психоемоційного стану в усіх групах. Найвищі показники ППН були зафіксовані серед цивільних чоловіків ($M = 118.74, SD = 32.31$), а також серед цивільних за кордоном ($M = 119.16, SD = 38.05$). Рівень депресії (BDI-II) найвищий у цивільних чоловіків ($M = 19.86, SD = 10.84$), що свідчить про зростання депресивних проявів у цій групі. Рівень ПТСР (PCL-5) залишався найвищим серед цивільних чоловіків ($M = 34.65, SD = 16.45$), а найнижчі значення спостерігалися у військових чоловіків ($M = 26.88, SD = 15.97$).

У всіх трьох хвилях дослідження найгірші показники психоемоційного стану спостерігалися серед цивільних за кордоном [9] та цивільних чоловіків, що проявлялося в найвищих рівнях психічного напруження (ППН), депресії (BDI-II) та ПТСР (PCL-5). Натомість військові чоловіки демонстрували стабільно нижчі показники за всіма змінними у порівнянні з іншими групами, хоча на третій хвилі спостерігалося погіршення їх стану. Це свідчить про значний вплив місця перебування та соціального контексту на психоемоційний стан різних кластерів у динаміці.

У Таблиці 5 представлені показники психоемоційного стану (тривога, невротична депресія, астения, істеричний тип реагування, obsesивно-фобічні порушення та вегетативні порушення) серед чотирьох кластерів (військові чоловіки, цивільні жінки, цивільні за кордоном та цивільні чоловіки) у трьох хвилях дослідження. Слід зазначити, що всі шкали є оберненими, тобто нижчі значення свідчать про гірший психоемоційний стан.

Хвиля 1 показала, що найвищі рівні тривоги зафіксовані серед цивільних за кордоном ($M = -2.32, SD = 3.97$), тоді як військові чоловіки мали найкращі результати ($M = 1.45, SD = 4.55$). За невротичною депресією найгірший стан також продемонстрували цивільні за кордоном ($M = -6.42, SD = 4.15$), а найкращі показники

Таблиця 5

Середні показники невротичних станів за хвилями та кластерами*

Хвиля	Кластер	Тривога	SD	Невротична депресія	SD	Астенія	SD
1	Військові чоловіки	1,45	4,55	-1,16	4,94	1,82	5,24
	Цивільні жінки	-1,00	4,03	-4,50	4,45	-1,80	4,57
	Цивільні за кордоном	-2,32	3,97	-6,42	4,15	-3,38	4,30
	Цивільні чоловіки	1,23	4,06	-2,56	4,77	1,28	4,56
2	Військові чоловіки	1,89	4,50	-1,71	5,89	1,71	5,70
	Цивільні жінки	-0,81	4,15	-4,95	4,70	-2,36	4,73
	Цивільні за кордоном	-1,79	4,70	-5,99	4,52	-2,01	4,93
	Цивільні чоловіки	0,69	4,52	-3,24	5,19	0,99	4,82
3	Військові чоловіки	0,11	4,52	-3,87	5,35	-0,15	5,40
	Цивільні жінки	-1,29	3,84	-5,61	4,58	-2,25	4,53
	Цивільні за кордоном	-2,40	4,10	-5,01	4,86	-1,93	4,92
	Цивільні чоловіки	-1,54	4,39	-6,69	4,92	-2,00	4,39

Хвиля	Кластер	Істеричний тип реагування	SD	Обсесивно-фобічні порушення	SD	Вегетативні порушення	SD
1	Військові чоловіки	0,99	4,66	0,26	4,10	1,92	9,15
	Цивільні жінки	-0,56	4,02	-1,00	3,59	-0,91	7,13
	Цивільні за кордоном	-2,21	4,07	-2,19	3,75	-2,67	7,40
	Цивільні чоловіки	1,98	3,56	0,56	3,67	4,29	6,53
2	Військові чоловіки	1,12	4,48	0,23	4,14	1,15	8,04
	Цивільні жінки	-0,63	4,46	-0,98	3,88	-1,22	7,40
	Цивільні за кордоном	-0,69	4,30	-1,70	3,92	-0,29	7,51
	Цивільні чоловіки	1,71	3,99	-0,10	4,09	3,67	7,59
3	Військові чоловіки	-0,02	4,11	-1,39	3,78	1,20	8,13
	Цивільні жінки	-0,75	3,60	-1,07	3,39	-0,58	6,50
	Цивільні за кордоном	-1,87	4,99	-2,12	3,82	-2,09	8,03
	Цивільні чоловіки	-0,85	4,62	-1,91	3,57	-0,83	8,33

* обернені шкали: менше -1,28 – хворобливий рівень, вище +1,28 – здоровий рівень, в проміжку між -1,28 та +1,28 – нестійкий рівень

мали військові чоловіки ($M = -1.16$, $SD = 4.94$). Аналогічна тенденція спостерігалася за астеною (цивільні за кордоном: $M = -3.38$, $SD = 4.30$) та вегетативними порушеннями ($M = -2.67$, $SD = 7.40$), що вказує на підвищений рівень виснаження та психосоматичних розладів у цієї групи. Військові чоловіки продемонстрували стабільно кращі показники за всіма шкалами.

Хвиля 2 відзначила деякі зміни у групах. Найвищий рівень тривоги був знову зафіксований у цивільних за кордоном ($M = -1.79$, $SD = 4.70$), хоча показники дещо покращилися у порівнянні з першою хвилею. Цивільні жінки також мали високий рівень тривоги ($M = -0.81$, $SD = 4.15$). За невротичною депресією найгірші показники спостерігалися у цивільних за кордоном ($M = -5.99$, $SD = 4.52$) та цивільних чоловіків ($M = -3.24$, $SD = 5.19$). Показники астеної та вегетативних порушень також залишалися найгіршими серед цивільних за кордоном, що свідчить про значний вплив їхнього місця перебування на психоемоційний стан.

Військові чоловіки продовжували демонструвати стабільно кращі результати.

Хвиля 3 засвідчила подальше погіршення психоемоційного стану серед цивільних за кордоном ($M = -2.40$, $SD = 4.10$ для тривоги; $M = -5.01$, $SD = 4.86$ для невротичної депресії) та цивільних чоловіків ($M = -1.54$, $SD = 4.39$ для тривоги; $M = -6.69$, $SD = 4.92$ для невротичної депресії). Показники астеної та вегетативних порушень також свідчать про найгірший стан у цих групах, зокрема цивільні за кордоном ($M = -1.93$, $SD = 4.92$) та цивільні чоловіки ($M = -2.00$, $SD = 4.39$). У порівнянні з попередніми хвилями, військові чоловіки продовжили демонструвати кращі показники, хоча їх рівні за всіма шкалами також дещо погіршилися.

Найгірші показники психоемоційного стану у всіх хвилях спостерігалися серед цивільних за кордоном та цивільних чоловіків, що проявлялося у вищих рівнях тривоги, депресії (Рис. 2), астеної та вегетативних порушень. Військові чоловіки демонстрували стабільно кращий стан

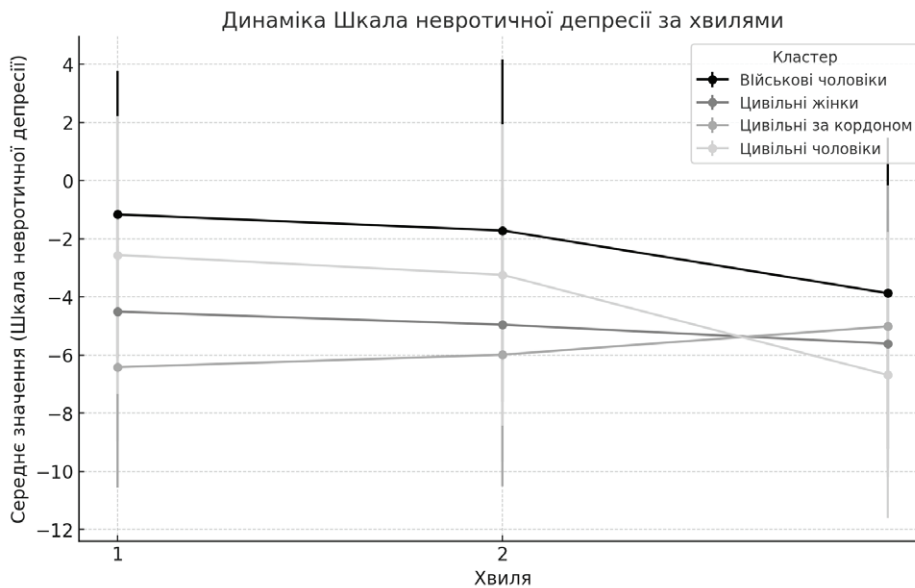


Рис 2. Зміна показників за шкалою невротичної депресії за хвилями та кластерами

порівняно з іншими групами, що може вказувати на адаптивні механізми або специфіку їх досвіду. Однак, динаміка третьої хвилі показала загальне погіршення стану для всіх кластерів, особливо серед цивільного населення.

Аналіз факторів. Результати непараметричного аналізу Краскала-Уолліса показали статистично значущі відмінності між групами респондентів за сімейним станом (вдівець/вдова, неодружений/неодружена, одружений/заміжня, розлучений/розлучена) для наступних показників: ППН (рівень психічного напруження) ($\chi^2 = 12.67$; $p = 0.005$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 16.22$; $p = 0.001$), шкала істеричного типу реагування ($\chi^2 = 18.37$; $p < 0.001$), шкала вегетативних порушень ($\chi^2 = 9.33$; $p = 0.025$) та самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 8.61$; $p = 0.035$). Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) показав, що найвищий рівень психічного напруження зафіксовано у неодружених/незаміжних респондентів порівняно з одруженими/заміжними ($W = 2.858$; $p = 0.018$) та розлученими ($W = 4.607$; $p = 0.006$). За шкалою невротичної депресії найгірші результати мали розлучені, які значно відрізнялися від одружених/заміжних ($W = -5.672$; $p < 0.001$). Подібна тенденція спостерігалася за шкалою істеричного типу реагування: розлучені значно перевищували неодружених/незаміжних ($W = -5.492$; $p < 0.001$) та одружених/заміжних ($W = -5.272$; $p = 0.001$). Для шкали вегетативних порушень виявлено вищі показники у розлучених порівняно з неодруженим/незаміжними ($W = -3.856$; $p = 0.032$). За самооцінкою проявів ПТСР у розлучених показники були значно вищими, ніж у одружених/заміжних ($W = 3.833$; $p = 0.034$).

Таким чином, розлучені респонденти демонструють найгірші показники за шкалами невротичної депресії, істеричного типу

реагування, вегетативних порушень та самооцінки ПТСР, тоді як неодружені мають найвищий рівень психічного напруження. Натомість одружені/заміжні респонденти демонструють найнижчі показники за більшістю шкал, що вказує на їх кращий психоемоційний стан та потенційний стабілізуючий ефект шлюбу.

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами респондентів, розподілених за рівнем освіти (вища, науковий ступінь, професійна, середня) для наступних залежних змінних: ППН (рівень психічного напруження) ($\chi^2 = 8.422$; $p = 0.038$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 12.175$; $p = 0.007$) та шкала астенії ($\chi^2 = 9.663$; $p = 0.022$). Для інших змінних (шкала тривоги, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних порушень, вегетативних порушень, самооцінка проявів ПТСР та шкала депресії BDI-II) відмінності між групами не були статистично значущими ($p > 0.05$).

Пост-хок аналіз показав, що за ППН респонденти з середньою освітою мали вищі показники психічного напруження порівняно з тими, хто має вищу освіту ($W = -3.039$, $p = 0.015$) та науковий ступінь ($W = -2.740$, $p = 0.021$). За шкалою невротичної депресії (обернена шкала) найгірші результати зафіксовано у респондентів з середньою освітою, які відрізнялися від тих, хто має вищу освіту ($W = 3.017$, $p = 0.143$), проте статистично значущих відмінностей не виявлено між іншими групами. За шкалою астенії (обернена шкала) спостерігається тенденція до вищих рівнів астенії у респондентів із середньою освітою порівняно з іншими групами, але відмінності не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0.05$).

Таким чином, результати вказують на те, що середня освіта асоціюється з вищими рівнями

психічного напруження та невротичних проявів порівняно з респондентами, які мають вищу освіту або науковий ступінь. При цьому для більшості показників рівень освіти не виявив значущого впливу на інші шкали психічних проявів, що потребує подальших досліджень [10].

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від попередньої (до 24.02.2024) участі в бойових діях (так/ні) для наступних показників: ППН ($\chi^2 = 8.905$; $p = 0.003$), шкала тривоги ($\chi^2 = 8.826$; $p = 0.003$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 6.586$; $p = 0.010$) та шкала астенії ($\chi^2 = 7.685$; $p = 0.006$). Інші шкали, включно з самооцінкою проявів ПТСР, шкалою істеричного типу реагування, obsесивно-фобічними та вегетативними порушеннями, не продемонстрували статистично значущих відмінностей ($p > 0.05$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) виявив, що респонденти, які брали участь у бойових діях (Так), мали значно вищі показники ППН (рівень психічного напруження) порівняно з тими, хто не брав участі (Ні) ($W = -4.22$; $p = 0.003$). За шкалою тривоги (обернена шкала) учасники бойових дій мали нижчі значення, що вказує на більшу тривогу ($W = 4.20$; $p = 0.003$). Аналогічно, учасники бойових дій продемонстрували вищі рівні невротичної депресії (обернена шкала) ($W = 3.62$; $p = 0.010$) та астенії (обернена шкала) ($W = 3.92$; $p = 0.006$).

Таким чином, участь у бойових діях асоціюється зі збільшенням рівня психічного напруження, вищою тривогою, а також більш вираженими симптомами невротичної депресії та астенії. Ці результати вказують на значний вплив бойового досвіду на психоемоційний стан респондентів.

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від того, чи зверталися вони до психолога після 24.02.2022 (ні, так – відвідую постійно, так – кілька разів, так – час від часу) для наступних показників: ППН ($\chi^2 = 7.45$; $p = 0.059$), шкала тривоги ($\chi^2 = 9.81$; $p = 0.020$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 7.32$; $p = 0.062$), шкала астенії ($\chi^2 = 6.88$; $p = 0.076$) та самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 28.00$; $p < 0.001$). Інші шкали, включно з істеричним типом реагування, obsесивно-фобічними та вегетативними порушеннями, не продемонстрували статистично значущих відмінностей ($p > 0.05$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) показав, що респонденти, які постійно відвідують психолога, мали найвищі показники ППН порівняно з тими, хто не звертався до психолога ($W = 3.248$; $p = 0.099$). За шкалою тривоги (обернена шкала), респонденти, які не

зверталися, продемонстрували значно вищий рівень тривоги порівняно з тими, хто постійно відвідує психолога ($W = 4.112$; $p = 0.019$). За шкалою невротичної депресії (обернена шкала), респонденти, які не зверталися, мали значно гірші результати порівняно з тими, хто відвідує психолога постійно ($W = -3.710$; $p = 0.043$). Подібна тенденція спостерігалася для шкали астенії: респонденти, які не зверталися до психолога, мали вищі рівні астенії порівняно з тими, хто постійно відвідує ($W = -3.613$; $p = 0.052$).

Найбільш виражені відмінності спостерігалися за самооцінкою проявів ПТСР: респонденти, які не зверталися до психолога, мали значно вищі показники ПТСР порівняно з тими, хто відвідував психолога час від часу ($W = 4.42$; $p = 0.010$) та постійно ($W = 6.37$; $p < 0.001$). Також виявлено значущі відмінності між групами, які відвідували психолога постійно та кілька разів ($W = -3.69$; $p = 0.045$).

Таким чином, звернення до психолога пов'язане зі зниженням рівнів тривоги, невротичної депресії та астенії, а також з меншими проявами ПТСР [11]. Найбільш несприятливі результати за цими показниками спостерігалися у респондентів, які не зверталися до психолога, що підкреслює важливість психологічної підтримки у період кризи.

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від того, чи приймають або приймали вони після 24.02.2022 антидепресанти, транквілізатори або інші подібні препарати (так/ні) для всіх досліджуваних показників: ППН ($\chi^2 = 36.9$; $p < 0.001$), шкала тривоги ($\chi^2 = 37.7$; $p < 0.001$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 29.0$; $p < 0.001$), шкала астенії ($\chi^2 = 23.3$; $p < 0.001$), шкала істеричного типу реагування ($\chi^2 = 32.8$; $p < 0.001$), шкала obsесивно-фобічних порушень ($\chi^2 = 24.5$; $p < 0.001$), шкала вегетативних порушень ($\chi^2 = 24.5$; $p < 0.001$), самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 50.3$; $p < 0.001$) та шкала депресії BDI-II ($\chi^2 = 44.1$; $p < 0.001$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) показав, що респонденти, які приймали антидепресанти або транквілізатори, мали значно вищі показники ППН (рівень психічного напруження) ($W = 8.59$; $p < 0.001$) та самооцінки проявів ПТСР ($W = 10.0$; $p < 0.001$), а також значно вищі рівні депресії BDI-II ($W = 9.40$; $p < 0.001$) порівняно з тими, хто не приймав препарати. За шкалою тривоги (обернена шкала) респонденти, які приймали препарати, мали значно нижчі значення, що вказує на вищий рівень тривоги ($W = -8.68$; $p < 0.001$). Подібна тенденція спостерігалася для шкали невротичної депресії ($W = -7.61$; $p < 0.001$), шкали астенії ($W = -6.82$; $p < 0.001$), істеричного типу реагування ($W = -8.10$;

$p < 0.001$), обсессивно-фобічних порушень ($W = -7.00$; $p < 0.001$) та вегетативних порушень ($W = -7.00$; $p < 0.001$).

Таким чином, респонденти, які приймали антидепресанти або транквілізатори на постійній основі після 24.02.2022, демонструють вищі рівні психічного напруження, депресії та проявів ПТСР, а також більш виражені прояви тривоги, невротичної депресії, астеної, істеричного типу реагування та вегетативних порушень. Ці результати вказують на те, що використання медикаментозної підтримки пов'язане з більш вираженими психологічними проблемами [12].

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами цивільних респондентів залежно від поточного місця перебування (місто до вторгнення, внутрішньо переміщені особи, переїзд в іншу країну) для всіх досліджуваних показників окрім шкали депресії BDI-II: ППН ($\chi^2 = 66.11$; $p < 0.001$), шкала тривоги ($\chi^2 = 52.21$; $p < 0.001$), шкала невротичної депресії ($\chi^2 = 56.38$; $p < 0.001$), шкала астеної ($\chi^2 = 44.6$; $p < 0.001$), шкала істеричного типу реагування ($\chi^2 = 63.82$; $p < 0.001$), шкала обсессивно-фобічних порушень ($\chi^2 = 41.22$; $p < 0.001$), шкала вегетативних порушень ($\chi^2 = 32.3$; $p < 0.001$), самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 63.31$; $p < 0.001$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) показав, що респонденти, що виїхали за кордон мали значно гірші показники порівняно з внутрішньо переміщеними особами та тими, хто залишився, за наступними показниками: ППН (рівень психічного напруження) ($W = 6.59$; $p < 0.001$ та $W = 11.45$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою тривоги (обернена шкала) ($W = -5.64$; $p < 0.001$ та $W = -10.23$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою невротичної депресії (обернена шкала) ($W = -5.54$; $p < 0.001$ та $W = -10.62$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою астеної (обернена шкала) ($W = -5.77$; $p < 0.001$ та $W = -9.44$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою істеричного типу реагування (обернена шкала) ($W = -6.28$; $p < 0.001$ та $W = -11.27$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою обсессивно-фобічних порушень (обернена шкала) ($W = -6.186$; $p < 0.001$ та $W = -9.034$; $p < 0.001$ відповідно), шкалою вегетативних порушень (обернена шкала) ($W = -5.21$; $p < 0.001$ та $W = -8.02$; $p < 0.001$ відповідно), самооцінкою проявів ПТСР ($W = 5.78$; $p < 0.001$ та $W = 11.24$; $p < 0.001$ відповідно).

Таким чином, респонденти, які переїхали за кордон, демонструють значно вищі рівні психічного напруження, тривоги, невротичної депресії, астеної, істеричного типу реагування, обсессивно-фобічних та вегетативних порушень, а також самооцінки проявів ПТСР порівняно з ВПН та тими, хто залишився у своєму місті. Це вказує на високий рівень стресу та труднощі адаптації у біженців, що потребує

додаткової психологічної підтримки для цієї категорії населення.

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса виявив статистично значущі відмінності між групами цивільних респондентів залежно від того, чи втрачали вони близьких (так/ні) для таких показників: ППН ($\chi^2 = 26.51$; $p < 0.001$), шкала тривоги ($\chi^2 = 15.13$; $p < 0.001$), шкала астеної ($\chi^2 = 18.35$; $p < 0.001$), шкала істеричного типу реагування ($\chi^2 = 10.63$; $p = 0.001$), шкала обсессивно-фобічних порушень ($\chi^2 = 6.18$; $p = 0.013$), шкала вегетативних порушень ($\chi^2 = 12.70$; $p < 0.001$), самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 18.26$; $p < 0.001$) та шкала депресії BDI-II ($\chi^2 = 4.65$; $p = 0.031$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) показав, що респонденти, які втратили близьких, мали значно вищі показники ППН ($W = 7.28$; $p < 0.001$) та самооцінки проявів ПТСР ($W = 6.05$; $p < 0.001$), а також вищі рівні депресії BDI-II ($W = 3.05$; $p = 0.031$) порівняно з тими, хто не втрачав близьких. За шкалою тривоги (обернена шкала), ті, хто втратили близьких, продемонстрували значно вищий рівень тривоги ($W = -5.50$; $p < 0.001$). Подібна тенденція спостерігалася за шкалою астеної ($W = -6.06$; $p < 0.001$), істеричного типу реагування ($W = -4.61$; $p = 0.001$), обсессивно-фобічних порушень ($W = -3.52$; $p = 0.013$) та вегетативних порушень ($W = -5.04$; $p < 0.001$).

Таким чином, втрата близьких асоціюється зі значним збільшенням рівнів психічного напруження, проявів ПТСР та депресії, а також із вищими показниками тривоги, астеної, істеричного типу реагування, обсессивно-фобічних та вегетативних порушень. Ці результати підкреслюють суттєвий негативний вплив втрати близьких на психоемоційний стан цивільного населення [13].

Аналіз за допомогою тесту Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами військових залежно від їх поточного місця перебування (госпіталь, демобілізований, друга лінія, передова, тил) для наступних показників: ППН ($\chi^2 = 9.24$; $p = 0.055$), шкала тривоги ($\chi^2 = 9.33$; $p = 0.053$), шкала істеричного типу реагування ($\chi^2 = 13.45$; $p = 0.009$), шкала обсессивно-фобічних порушень ($\chi^2 = 8.65$; $p = 0.071$), шкала вегетативних порушень ($\chi^2 = 14.83$; $p = 0.008$) та самооцінка проявів ПТСР ($\chi^2 = 19.47$; $p < 0.001$).

Пост-хок аналіз (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner) виявив, що демобілізовані військові мають вищі показники ППН (рівень психічного напруження) порівняно з тими, хто перебуває на другій лінії ($W = -3.224$; $p = 0.152$) та передовій ($W = -3.503$; $p = 0.096$), хоча результати не є статистично значущими. За шкалою тривоги (обернена шкала) демобілізовані мали вищий рівень тривоги порівняно з тими, хто перебуває в тилу ($W = 3.251$; $p = 0.145$).

Для шкали вегетативних порушень військові на передовій демонструють вищі показники вегетативних порушень порівняно з другою лінією ($W = -3.710$; $p = 0.066$) та тилом ($W = 3.83$; $p = 0.052$). За самооцінкою проявів ПТСР демобілізовані військові демонструють значно вищі показники ПТСР порівняно з тими, хто перебуває на другій лінії ($W = -4.086$; $p = 0.032$) або в тилу ($W = -3.81$; $p = 0.055$).

Таким чином, демобілізовані військові демонструють підвищені рівні ПТСР, тривоги та вегетативних порушень, що вказує на погіршення їхнього психоемоційного стану після повернення до цивільного життя. Порівняно з військовими на передовій та тилу, демобілізація асоціюється зі зростанням психічного напруження та невротичних симптомів [14].

Аналіз Краскала-Уолліса показав статистично значущі відмінності для ППН ($\chi^2 = 4.72$; $p = 0.030$), де респонденти, мали втрати в підрозділі, мали вищі рівні психічного напруження порівняно з тими, хто не втрачав ($W = 3.07$; $p = 0.030$). За іншими шкалами, включно з тривогою, невротичною депресією, астеною, ПТСР та депресією BDI-II, відмінності не досягли статистичної значущості ($p > 0.05$).

Результати показали відсутність статистично значущих відмінностей між групами військових, які отримали поранення, та тими, хто не отримував за всіма шкалами, включно з ППН ($\chi^2 = 0.17$; $p = 0.679$), шкалою тривоги ($\chi^2 = 0.55$; $p = 0.815$), шкалою астенії ($\chi^2 = 0.22$; $p = 0.642$) та іншими показниками ($p > 0.05$). Пост-хок аналіз також не виявив значущих різниць.

Аналіз виявив статистично значущі відмінності для ППН ($\chi^2 = 11.05$; $p < 0.001$), де військові, які отримали контузію, мали вищі показники психічного напруження ($W = 4.70$; $p < 0.001$). Значущі відмінності також спостерігалися для шкали астенії ($W = -4.00$; $p = 0.005$), істеричного типу реагування ($W = -2.91$; $p = 0.039$), вегетативних порушень ($W = -4.81$; $p < 0.001$) та самооцінки проявів ПТСР ($W = 4.09$; $p = 0.004$). За іншими шкалами статистично значущих відмінностей не зафіксовано.

Таким чином, втрата близьких та отримання контузії пов'язані зі значно вищими рівнями психічного напруження, а контузія додатково супроводжується підвищенням астенії, вегетативних порушень та проявів ПТСР. Водночас отримання поранень не виявило суттєвого впливу на психоемоційний стан військових.

Висновки з проведеного дослідження та перспективи подальшого дослідження. Проведене дослідження дозволило визначити значні відмінності у психоемоційному стані різних соціальних груп громадян України під час війни, зокрема цивільних жінок, цивільних чоловіків, цивільних за кордоном та військових чоловіків. Найвищі показники психічного напруження (ППН), депресії (BDI-II) та симп-

томів ПТСР (PCL-5) були зафіксовані серед цивільних, які виїхали за кордон, що вказує на вплив соціального та культурного контексту вимушеної міграції. Цивільні чоловіки, особливо під час третьої хвили, також продемонстрували погіршення психоемоційного стану, що проявлялося у високих рівнях стресу та депресії, зростанні астенії та вегетативних порушень. У свою чергу, військові чоловіки показали стабільно нижчі рівні психічного напруження та симптомів ПТСР у порівнянні з іншими групами, що може бути результатом адаптаційних механізмів або специфіки військового досвіду. Однак демобілізація військових супроводжувалася підвищенням рівня тривоги, депресії та проявами вегетативних порушень.

Аналіз невротичних станів показав, що найгірші показники спостерігалися серед цивільних за кордоном та цивільних чоловіків, зокрема за шкалами тривоги, астенії та обсессивно-фобічних порушень. Втрата близьких, участь у бойових діях, переміщення та відсутність психологічної підтримки значно підвищували рівні психоемоційного дистресу у досліджуваних групах. Статистично значущі відмінності також були виявлені залежно від сімейного стану, рівня освіти та звернення до психолога. Зокрема, неодружені та розлучені респонденти мали значно гірші показники психоемоційного стану, що підкреслює стабілізуючу роль соціальних зв'язків.

Перспективи подальших наукових пошуків у цьому напрямі полягають у дослідженні довгострокових психологічних наслідків війни, включаючи адаптаційні механізми різних соціальних груп, розробку та оцінку ефективності програм психологічної реабілітації для військових та цивільних, з особливим акцентом на внутрішньо переміщених осіб та громадян, які перебувають за кордоном. Необхідним є подальший моніторинг змін у психоемоційному стані населення з урахуванням соціокультурних, економічних та особистісних факторів, а також дослідження впливу психологічної підтримки та медикаментозного лікування на динаміку відновлення психічного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Пиголенко Ю. А., Пиголенко І. В., Кукса К. М. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *Габітус*. 2023. 45. 243–248.
2. Юрценюк О. С., Сумарюк Б. М. Вплив війни на психічне здоров'я українців: фактори формування невротичних та стрес-асоційованих психічних розладів. *Art of Medicine*. 2023. 2(26). 248–250.
3. Чабан О. С. Ментальне здоров'я в Україні під час війни та після: системний підхід до прогнозу непередбачуваних змін. *Медицина газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2024. 21(582). 33–35.

4. Соделевська В. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. 9(3).
5. Lemyre L., Tessier R. Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*. 2003 Sep;49:1159-60, 1166-8. PMID: 14526870; PMCID: PMC2214290.
6. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. 2019. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців: Методичний посібник. Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України.
7. Bezsheiko V. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2016. 1(1). e010108
8. Beck A. T., Steer R. A., Ball R., Ranieri W. F. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1996. 67(3). 588–597.
9. Bhugra D., Becker M. A. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005. 4 (1), 18–24.
10. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. 68(5). 748–766.
11. Morina N., Malek M., Nickerson A., Bryant R. A. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2017. 54. 59–72.
12. Fournier J. C., DeRubeis R. J., Hollon S. D., Dimidjian S., Amsterdam J. D., Shelton R. C., Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010. 303(1). 47–53.
13. Stroebe M., Schut H., Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 2007. 370(9603). 1960–1973.
14. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C., McGurk D., Cotting D. I., Koffman R. L. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*. 2004. 351(1), 13–22.