

# Психологічна дезадаптація та резилієнтність: досвід української молоді під час війни

Валерія Содолевська

Навчально-науковий інститут психічного здоров'я,  
Національного медичного університету ім.  
О.О.Богомольця

**Вступ.** У зв'язку з повномасштабним вторгненням росії в Україну збереження психологічного благополуччя української молоді стало гострою проблемою. Стресові події та травматичні переживання під час війни призводять до зростання випадків депресії, тривожних розладів і стресових реакцій. Молодь є особливо вразливою групою, адже перебуває на етапі формування психоемоційної стабільності, що ускладнює подолання стресових ситуацій. Резилієнтність, як здатність адаптуватися до стресу та відновлюватися після труднощів, може виступати буфером проти негативних наслідків. Метою дослідження було визначити особливості дезадаптації та фактори резилієнсу в молоді під час російсько-української війни.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося на базі Дорожньої клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 та кафедри медичної психології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Було обстежено 146 молодих людей віком від 18 до 35 років, які пережили психотравматичні події під час війни. У дослідженні використовувалися психодіагностичні опитувальники: LEC-5, IES-R, PHQ-9, GAD-7, CD-RISC-10 та шкала якості життя CQLS. Для статистичної обробки даних застосовувалися тести Стюдента, Манна-Вітні, кореляційний аналіз Пірсона та Спірмена, а також багатофакторний лінійний регресійний аналіз.

**Результати.** Аналіз показав, що значна частина молоді мала високий рівень тривожності та помірно виражені симптоми депресії, що свідчить про стан дезадаптації. Резилієнтність виявилася обернено пропорційною до вираженості депресії та тривоги, а також до кількості травматичних подій. Старший вік і перебування в шлюбі були пов'язані з нижчим рівнем резилієнтності, що, може бути обумовлено накопиченням травматичного досвіду та відповідальністю за родину. Резилієнтність також позитивно корелювала з якістю життя, що підкреслює її роль як захисного фактора.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про те, що українська молодь у воєнних умовах стикається з вираженими проявами дезадаптації, зокрема високим рівнем тривожності та депресії. Водночас висока резилієнтність сприяє кращій якості життя та пов'язана із меншим дистресом. Зважаючи на важливість резилієнсу в умовах війни, перспективною є розробка психосоціальних втручань, спрямованих на зміцнення резилієнтності молоді.

## Вступ

В умовах повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну психологічне благополуччя молоді постало як значна проблема. Стресові життєві події пов'язані з дезадаптацією в молоді навіть у мирних умовах (Thapar, Eyre, Patel, & Brent, 2022).

Перебування на етапі формування психоемоційної стабільності та зрілості робить молодь вразливою навіть до короткотривалих стресових подій, які можуть спричинити довгострокові негативні наслідки для психічного здоров'я (Smeeth, Beck, Karam, & Pluess, 2021). А тривала дія воєнних стресових чинників і переживання травматичних подій (часто неодноразово) особливо негативно позначаються на психічному здоров'ї, призводячи до зростання випадків депресії, тривожних розладів та стресових реакцій серед молодих людей (Giordano, Lipscomb, Jefferies, Kwon, & Giammarchi, 2024).

За даними недавніх досліджень, майже 60% українців відзначають виникнення психологічних проблем, спричинених саме війною (Chudzicka-Czupala, et al., 2023), що підкреслює масштабність проблеми. Молодь, як особливо вразлива група, стикається зі значним порушенням нормального перебігу життя і розвитку (Hodes, 2023), тому вивчення їхньої резиліентності у воєнному контексті є надзвичайно актуальним. З суспільної точки зору розуміння та зміцнення резиліентності молоді набуває критичного значення. Резиліентність (резилієнс) – здатність особистості адаптуватися до стресу та відновлюватися після труднощів (Troy, et al., 2023) – може слугувати буфером проти негативних емоційних наслідків у воєнний час. З наукової точки зору вивчення резилієнсу молоді під час активного воєнного конфлікту може заповнити важливу прогалину у сучасній медицині та психології, оскільки більшість досліджень проводяться поза воєнним контекстом. У воєнний час молодь часто стикається з втратою рідних, руйнуванням житла, вимушеним переселенням та постійним страхом і почуттям невизначеності, а процес розвитку резиліентності може бути ускладнений (Пономаренко, 2024). Це вимагає нових підходів до розуміння дезадаптації та резилієнсу.

Екстремальні умови війни виступають надзвичайно сильним джерелом психологічного дистресу для молоді (Osokina, Bohdanova, Hodes, Sourander, & Skokauskas, 2023). Водночас, війна може призводити до змін у проявах дезадаптації, що потребує детального аналізу структури та динаміки факторів ризику та адаптаційних ресурсів в ситуації надзвичайного хронічного стресу та множинних травматичних подій. Розуміння того, як війна впливає на фактори резиліентності та дезадаптації, є ключовим для розуміння механізмів їх формування (Мордик, 2024) та розробки ефективних стратегій підтримки психічного здоров'я молоді у війні.

Тому необхідним видається комплексний розгляд як негативних наслідків дії стресу, так і позитивних адаптаційних ресурсів (резиліентність) та їхнього впливу на якість життя.

## **Мета**

Визначити особливості розвитку дезадаптації та фактори ризику й резилієнсу в молоді під час російсько-української війни.

## **Матеріали та методи**

### **Дизайн та особливості вибірки.**

Дане крос-секційне дослідження проводилося на базі Дорожньої клінічної лікарні на залізничному транспорті №1, кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Після отримання письмової інформованої згоди було обстежено 146 віком 18–35 років із порушеннями адаптації. Дані збирались протягом 2022–2024 років.

### **Критерії включення:**

1. Чоловіки та жінки віком від 18 до 35 років.

2. Особи, що пережили психотравматичну подію під час повномасштабного вторгнення в Україну.
3. Особи, які з початку повномасштабного вторгнення в Україну не покидали меж країни.
4. Наявність порушень емоційного стану, що відповідають діагностичним критеріям R45.0 за МКХ-10.

### **Критерії невключення:**

1. Відсутність інформованої згоди
2. Недієздатність особи
3. Встановлений діагноз алкогольної та наркотичної залежності.

### **Дотримання принципів біоетики**

Дане дослідження виконано відповідно до Гельсінської декларації. Результати дослідження були рекомендовані до публікації комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (протокол №165 від 05.12.2022 р.). Перед залученням у дослідження усім учасником було роз'яснено його мету, етапи та процедури, потенційну користь та ризики для них, вони були ознайомлені з протоколом дослідження та підписали письмову інформовану згоду на участь. Учасники мали можливість добровільно припинити свою участь у будь-який момент без пояснення причин.

### **Соціально-демографічні показники**

Як потенційні фактори впливу на стрес та стійкість до стресу вивчалися стать (чоловіча/жіноча), вік, освіта (середня/вища), сімейний стан (одружений/заміжня, або неодружений/незаміжня).

### **Психодіагностичне обстеження**

Було використано 6 психодіагностичних шкал:

**Опитувальник для виявлення потенційно травматичних подій, які пережив респондент (Lifeeventschecklistfor DSM-5, LEC-5)** – це самоопитувальник, призначений для виявлення впливу 17 типів потенційно травматичних подій. Наразі не існує формального протоколу підрахунку балів або інтерпретації, окрім визначення того, чи пережила людина одну або більше з перерахованих подій (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

**Шкала оцінки впливу травматичних подій (Impactofeventscalerevised, IES-R)**. IES-R – це опитувальник з 22 питань, який оцінює суб'єктивний дистрес, спричинений травматичними подіями. Пункти оцінюються за 5-бальною шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («надзвичайно»). IES-R має загальний бал від 0 до 88, де вищий бал означає сильніший суб'єктивний дистрес (Weiss & Marmar, 1996).

**Шкала оцінки депресії (PatientHealth Questionnaire-9, PHQ-9)**. Шкала PHQ-9 є блоком № 2 опитувальника PHQ (Опитувальник здоров'я пацієнта) та застосовується для діагностики депресії за основними (1, 2) та додатковими (3-9) симптомами; охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (жодного разу – 0 балів, декілька днів – 1 бал, понад половину днів – 2 бали, майже щодня – 3 бали). Шкала заповнюється самим пацієнтом за 1-2 хвилини, складається з 10 стверджень. Отримані результати дозволяють припускати наявність депресії (Beard, Hsu, Rifkin, Busch, & Björgvinsson, 2016) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).

**Опитувальник генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)**, блок № 5 опитувальника PHQ є самоопитувальником для оцінки рівня тривожності і скринінгу генералізованого тривожного розладу (ГТР). Шкала являє собою тест із 7 запитань, охоплює часовий інтервал «останні 2 тижні» та визначає частотність появи скарги (ніколи — 0 балів, декілька днів — 1 бал, більше половини днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Шкала адаптована українською та валідизована для української популяції (Aleksina, Gerasimenko, Lavrutenko, & Savchenko, 2024).

**Дослідження рівню резилієнсу (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10)** — це скорочена версія шкали, яка оцінює здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій та відновлюватися після труднощів. Вона містить 10 запитань, які оцінюють рівень психологічної стійкості, таких як здатність швидко оговтатися після невдач, контролювати емоції у стресових ситуаціях та сприймати виклики як можливості для зростання. Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою від 0 ("ніколи") до 4 ("майже завжди"). Шкала адаптована українською та валідизована для української популяції (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, & Станіславчук, 2020).

**Шкала якості життя (CQLS)**, розроблена О.С. Чабаном, є самоопитувальником, що містить 10 питань, кожне з яких оцінюється за 11-бальною шкалою від 0 (повна незадоволеність) до 10 (максимальна задоволеність). Підсумовуючи набрані бали, отримують загальний показник у діапазоні від 0 до 100 балів, який відображає рівень задоволеності якістю життя: від вкрай низького (0–56 балів) і низького (57–66 балів) до середнього (67–75 балів), високого (76–82 бали) та дуже високого (83–100 балів). Шкала має високу внутрішню узгодженість ( $\alpha=0.905$ ) і надійність ( $r=0.923$ ), що підтверджено дослідженням Чабана О.С. та співавторів (Chaban, Khaustova, & Bezsheyko, 2016).

## Розрахунок розміру вибірки

Дане дослідження є частиною більшого дослідження «Резилієнс молоді в контексті війни (фактори ризику, ресурси адаптації, принципи втручання)», що виконується в рамках НДР «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», терміни виконання 2023-2025, що має на меті підвищити ефективність медико-психологічної допомоги, соціальної адаптації та запобігти розвитку психічних захворювань серед молоді в контексті війни базуючись на вивченні факторів ризику та резилієнсу. Основною залежною змінною було визначено загальний бал по шкалі CD-RISC-10. Для виявлення різниці між двома групами у 3 бали (Ye, et al., 2017, 2020) за  $SD=6.1$  (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, & Станіславчук, 2020) потрібно по 65 осіб у кожній групі. При оцінці ризику дропауту було взято показники та розрахунки інших досліджень резилієнсу на українській популяції (Assonov D., 2021), де цей ризик прогнозувався на рівні 10%. Розрахунок вибірки для порівняння двох незалежних середніх значень було проведено у статистичному пакеті EzR (Kanda, 2013). Отже, для отримання 80% потужності дослідження при  $p < 0.05$  та ризику дропауту біля 12% (закладеного на 20% вище ніж описаний в літературі для врахування потенційних факторів, пов'язаних з війною) необхідно 146 досліджуваних (по 73 в кожену групу).

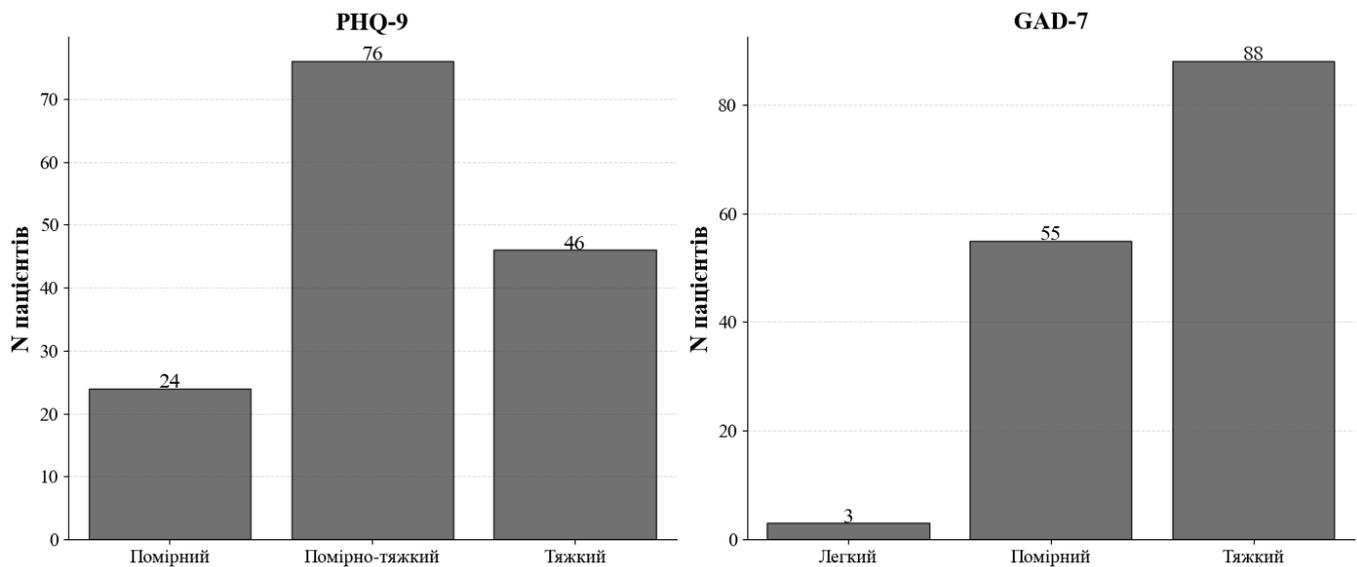
## Статистичні методи

Нормальність розподілу оцінювалась за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Для порівняння кількісних показників з нормальним розподілом між групами використовувався тест Стьюдента, а для показників з розподілом, що відмінний від нормального – непараметричний тест Манна-Вітні. Описову статистику кількісних показників представлено через середнє значення та стандартне відхилення ( $\bar{x} \pm S_x$ ), а в разі розподілу, відмінного від нормального – через медіану (Me), перший (Q1) та третій (Q3) квантілі. Для оцінки рівності дисперсій використовувався тест Бартлета. Для оцінки зв'язку двох кількісних показників розраховувався коефіцієнт кореляції Пірсона  $r$ , або коефіцієнт кореляції рангу Спірмена  $\rho$  (як

непараметричний аналог). Сила кореляційного зв'язку вважалася слабкою при  $|r/\rho| < 0.03$ , помірною при  $0.03 < |r/\rho| < 0.7$ , сильною при  $|r/\rho| > 0.7$  (Akoglu, 2018). Мультифакторний аналіз було виконано шляхом побудови багатофакторних лінійних регресійних моделей (метод найменших квадратів). Для кожного фактора в моделі повідомлявся коефіцієнт (B), стандартна похибка (S.E.), стандартизований критерій ( $\beta$ ), t-критерій та значення p. Рівень значущості було встановлено на рівні  $p < 0.05$ . Статистичний аналіз та обробку даних було проведено за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS 23.0.

## Результати

Зі 146 пацієнтів, що були залучені в дослідження, 73 (50%) була жінками, а 73 (50%) чоловіками. 93 (63.7%) мали вищу освіту, а 53 (36.3%) середню. 84 (57.5%) були одружені або заміжні, 62 (42.5%) пацієнтів були неодружені/незаміжні. Середній вік респондентів склав  $26.16 \pm 5.16$  років. Медіана кількості перенесених травматичних подій склала 5 (4 - 5). Усі пацієнти мали помірний або тяжкий ступінь депресії, із загальним балом PHQ 18 (15 - 21), що відповідає верхній межі помірно-тяжкого рівня. Також більшість пацієнтів мала тяжкий ступінь тривожності, із загальним балом GAD-7 на рівні 16.5 (12 - 19), що відповідає тяжкому ступеню (див. **Рисунк 1**).



**Figure 1.** Рівні депресії та тривоги серед молоді під час війни

**Таблиця 1** демонструє психодіагностичні характеристики досліджуваної вибірки (n=146), розподілені залежно від статі. Аналіз не виявив статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за основними показниками, включно із сімейним станом, рівнем освіти, резилієнсом (CD-RISC-10), симптомами депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), якістю життя (CQLS), кількістю травматичних подій (LEC-5) та посттравматичним стресом (IES-R). Це свідчить про однорідність вибірки за психодіагностичними параметрами.

Психодіагностичний показник	Вся вибірка (n=146), %	Чоловіки (n=73), %	Жінки (n=73), %	$\chi^2$	p
Сімейний стан					
Неодружений/незаміжний	62 (42.5%)	28 (38.4%)	34 (46.6%)	1.009	0.315
Одружений/заміжний	84 (57.5%)	45 (61.6%)	39 (53.4%)		

ня					
Освіта					
Середня	53 (36.3%)	29 (39.7%)	24 (32.9%)	0.751	0.389
Вища	93 (63.7%)	44 (60.3%)	49 (67.1%)		
	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	t/W	p
Вік	27 (22 - 30.3)	25 (22 - 29)	28 (22 - 32)	2209.5	0.075
CD-RISC-10	21 (18 - 24)	21.41 $\pm$ 5.19	21.22 $\pm$ 4.79	0.232	0.817
PHQ-9	18 (15 - 21)	18 (15 - 21)	18 (16 - 20)	2669.5	0.986
GAD-7	16.5 (12 - 19)	16 (12 - 19)	17 (13 - 19)	2485	0.482
CQLS	63.5 $\pm$ 6.1	63 (59 - 68)	64 (59 - 68)	2610	0.832
LEC-5	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	2616.5	0.847
IES-R	41.6 $\pm$ 11.49	40 (34 - 50)	43 (34 - 48)	2679	0.956

**Table 1.** Психодіагностичні характеристики залежно від статі.

**Таблиця 2** містить психодіагностичні характеристики вибірки, розподілені залежно від рівня освіти (середня — 53 особи, вища — 93 особи). Статистичний аналіз показав значущу різницю між групами за сімейним станом ( $p < 0.001$ ) та віком ( $p < 0.001$ ), причому учасники з вищою освітою частіше перебували у шлюбі та мали вищий середній вік. Також виявлено статистично значущу відмінність за кількістю травматичних подій (LEC-5,  $p = 0.002$ ) та рівнем резилієнсу (CD-RISC-10,  $p = 0.042$ ). За іншими показниками (стать, симптоми депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), якість життя (CQLS), посттравматичний стрес (IES-R)) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, що свідчить про подібність цих характеристик у залежності від рівня освіти.

Психодіагностичний показник	Вся вибірка (n = 146), %	Середня (n = 53), %	Вища (n = 93), %	$\chi^2$	p
Стать					
Чоловіча	73 (50%)	29 (54.7%)	44 (47.3%)	0.751	0.389
Жіноча	73 (50%)	24 (45.3%)	49 (52.7%)		
Сімейний стан					
Неодружений/незаміжня	62 (42.5%)	37 (69.8%)	25 (26.9%)	25.46	<0.001
Одружений/заміжня	84 (57.5%)	16 (30.2%)	68 (73.1%)		
	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	t/W	p
Вік	27 (22 - 30.3)	20 (19 - 23)	29 (25 - 32)	582.5	<0.001
CD-RISC-10	21 (18 - 24)	21 (19 - 26)	21 (18 - 23)	2963	0.042
PHQ-9	18 (15 - 21)	18 (15 - 20)	18 (15 - 21)	2343.5	0.622
GAD-7	16.5 (12 - 19)	15 (12 - 18)	17 (13 - 19)	2174.5	0.237
CQLS	63.5 $\pm$ 6.1	64.52 $\pm$ 6.64	62.86 $\pm$ 5.78	1.59	0.115
LEC-5	5 (4 - 5)	4 (3 - 5)	5 (4 - 5)	1745	0.002
IES-R	41.6 $\pm$ 11.49	41 (34 - 52)	42 (34 - 48)	2423	0.867

**Table 2.** Психодіагностичні характеристики залежно від освіти.

У **таблиці 3** представлені психодіагностичні характеристики пацієнтів, розподілені залежно від сімейного стану (поза шлюбом — 62 особи, у шлюбі — 84 особи). Було виявлено статистично значущі відмінності між групами за рівнем освіти ( $< 0.001$ ) та віком ( $p < 0.001$ ): одружені респонденти частіше мали вищу освіту та були старшими за віком. Також виявлено статистично значущу різницю за рівнем резилієнсу (CD-RISC-10,  $p = 0.013$ ) та кількістю травматичних подій (LEC-5,  $p = 0.039$ ). За іншими показниками (стать, симптоми депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), якість життя (CQLS), посттравматичний стрес (IES-R)) статистично

значущих відмінностей не виявлено, що свідчить про подібність цих характеристик незалежно від сімейного стану.

Психодіагностичний показник	Вся вибірка ( n= 146 ) , %	Поза шлюбом ( n= 62 ) , %	В шлюбі ( n= 84 ) , %	$\chi^2$	p
Стать					
Чоловіча	73 (50%)	28 (45.2%)	45 (53.6%)	1.009	0.315
Жіноча	73 (50%)	34 (54.8%)	39 (46.4%)		
Освіта					
Середня	53 (36.3%)	37 (59.7%)	16 (19%)	25.47	<0.001
Вища	93 (63.7%)	25 (40.3%)	68 (81%)		
	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	t/W	p
Вік	27 (22 - 30.3)	22 (19 - 28)	28 (24.8 - 32)	1292.5	<0.001
CD-RISC-10	21 (18 - 24)	21 (19 - 26)	20 (17.8 - 23)	3257.5	0.009
PHQ-9	18 (15 - 21)	17.59 $\pm$ 3.38	17.83 $\pm$ 3.46	-0.412	0.681
GAD-7	16.5 (12 - 19)	16 (12 - 18.8)	17 (13 - 19)	2336	0.288
CQLS	63.5 $\pm$ 6.1	64.39 $\pm$ 6.54	62.79 $\pm$ 5.77	1.57	0.120
LEC-5	5 (4 - 5)	4 (3 - 5)	5 (4 - 5)	2103.5	0.039
IES-R	41.6 $\pm$ 11.49	42.5 (34 - 63)	41 (33.8 - 74)	2611.5	0.978

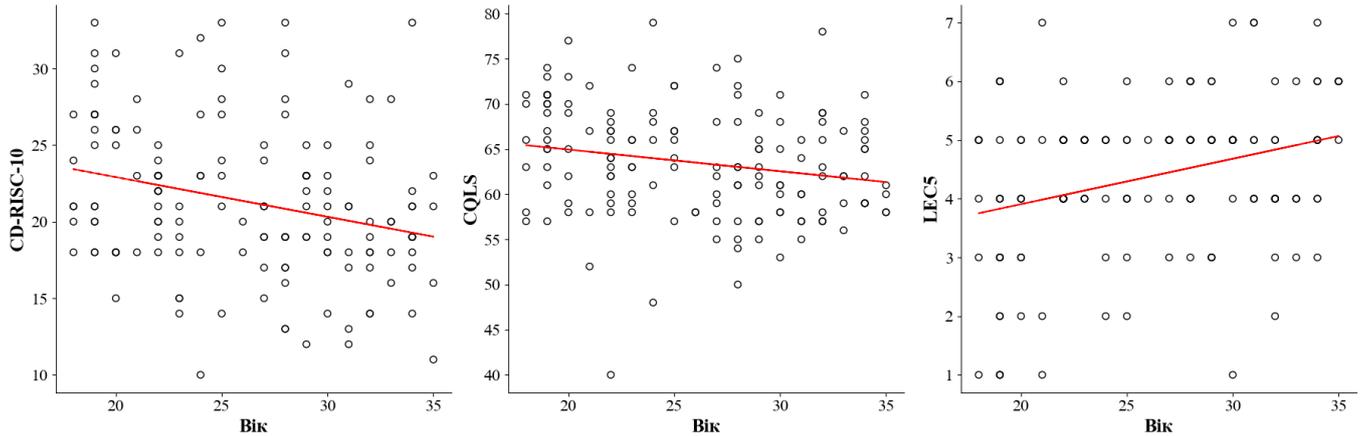
**Table 3.** Психодіагностичні характеристики залежно від сімейного стану.

Різні соціально-демографічні групи пацієнтів мали певні особливості психічного здоров'я та відрізнялись між собою. Так, пацієнти з вищою освітою, що значно частіше були у шлюбі (73.1% проти 30.2% у осіб з середньою освітою) та старші (медіана різниці 9 років), що могло бути причиною значущо вищої кількості пережитих травматичних подій (p=0.002). Хоча медіана балу CD-RISC-10 була однаковою серед осіб з вищою та середньою освітою (Me=21), що свідчить про однакову центральну тенденцію, ці дві групи мали певні відмінності у розподілі балу CD-RISC-10. Група з вищою освітою мала вужчий IQR та дещо вищі Q1 та Q3, проте цю різницю, попри статистичну значущість, навряд можна вважати клінічно значущою.

Неодружені/Незаміжні пацієнти мали дещо вищу медіану балу CD-RISC, ніж одружені/заміжні пацієнти (p = 0.009), були молодшими (p < 0.001) та мали меншу кількість травматичних подій в житті.

Таким чином, хоча відмінності між соціальними групами й були статистично значущими, їхня клінічна значущість є незначною. Разом з тим, вона породжує питання того, чи рівень освіти, перебування в шлюбі та вік є окремими факторами впливу на резилієнс або розвиток дезадаптації, чи їхню дію можна оцінювати лише комплексно. Особливо це питання постає щодо рівня освіти та перебування в шлюбі, які також дуже тісно пов'язані із віком. В даному випадку вік може слугувати більш значущим фактором резилієнсу, ніж інші соціально-демографічні показники.

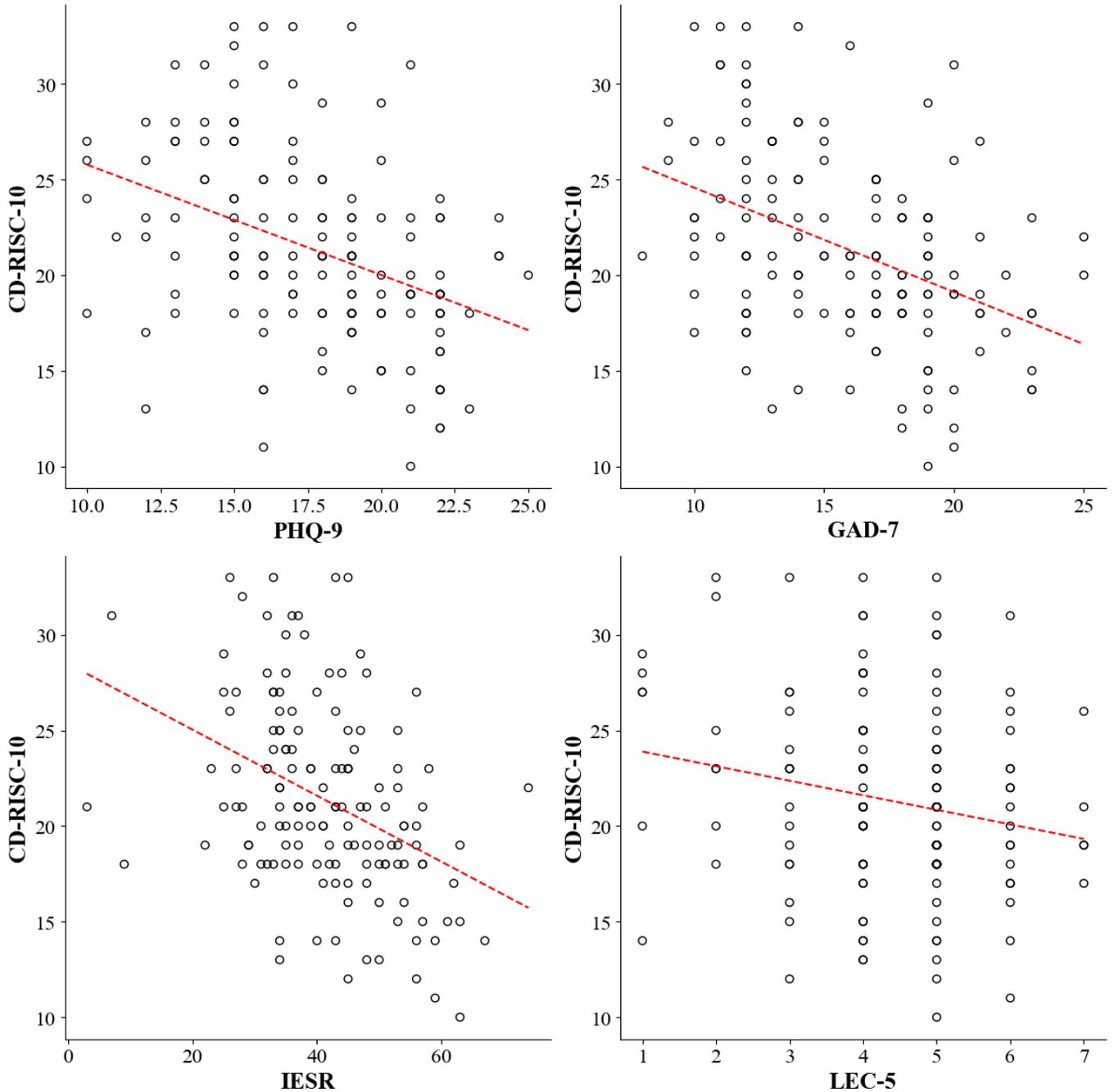
Кореляційний аналіз дозволив доповнити результати, отримані внаслідок попарних порівнянь. Було виявлено статистично значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок віку з рівнем резилієнсу ( $\rho = -0.276$ , p < 0.001) та якістю життя ( $\rho = -0.237$ , p = 0.004), а також з позитивний кореляційний зв'язок із кількістю травматичних подій ( $\rho = 0.271$ , p < 0.001), див. **Рисунок 2**.



**Figure 2.** Кореляція віку з психологічними показниками.

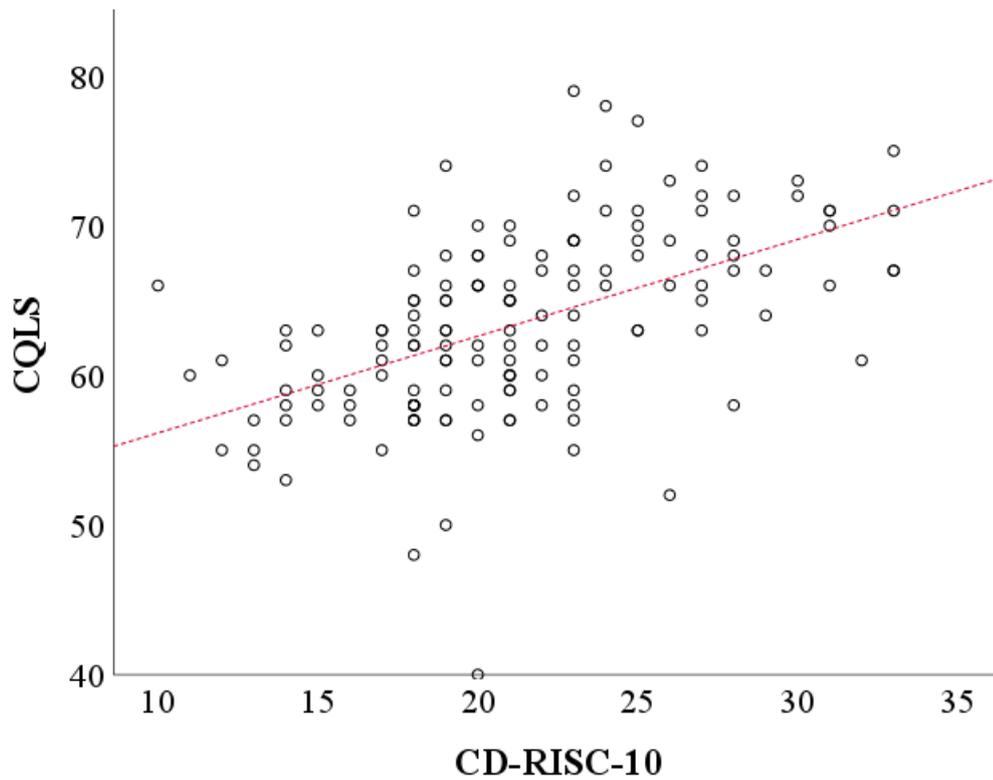
Отже, старший вік був пов'язаний із гіршим резилієнсом та нижчою якістю життя, але з більшою кількістю пережитих травматичних подій. Разом з тим, статистично значущого кореляційного зв'язку віку із тривогою, депресією чи симптомами посттравматичного стресу не було виявлено. Це дозволяє припускати що, хоча вік пов'язаний з гіршими показниками адаптивності та якості життя, він може бути не пов'язаним напряму з сильнішою емоційною дезадаптацією, а впливати на адаптивність опосередковано, через інші фактори.

Окрім того, було підтверджено, що резилієнс пов'язаний з кращим емоційним станом та менш вираженою дезадаптацією. Так, було виявлено статистично значущий помірний негативний кореляційний зв'язок резилієнсу із рівнем вираженості депресивних симптомів ( $\rho = -0.435$ ,  $p < 0.001$ ), рівнем вираженості тривожних симптомів ( $\rho = -0.411$ ,  $p < 0.001$ ), слабкий негативний зв'язок із кількістю травматичних подій ( $\rho = -0.212$ ,  $p = 0.010$ ) та психологічним дистресом внаслідок впливу травматичних подій ( $\rho = -0.167$ ,  $p = 0.044$ ), див. **Рисунок 3**.



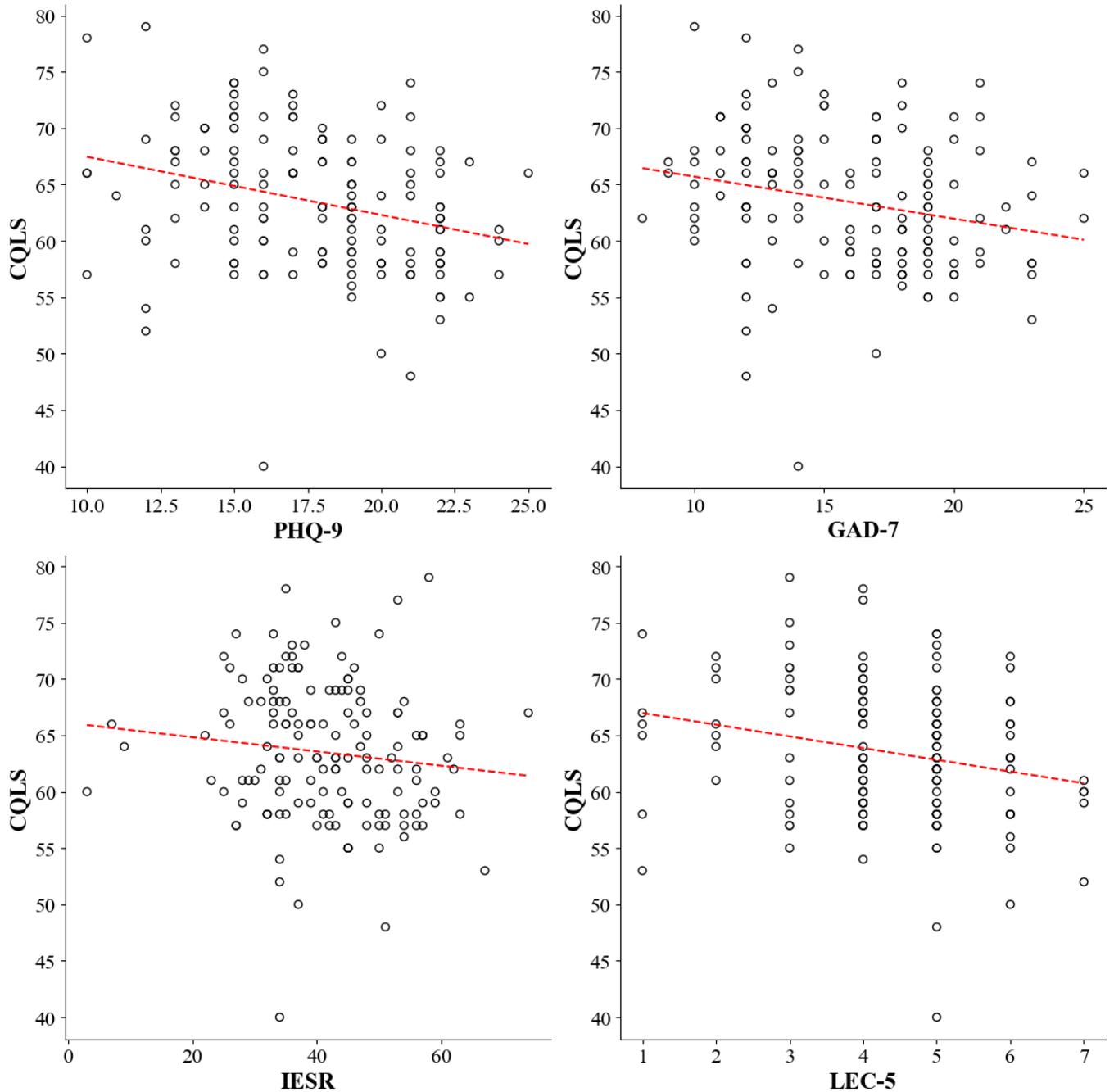
**Figure 3.** Кореляція резилієнсу з емоційним станом та дезадаптацією внаслідок травматичного досвіду.

Також ефективний резилієнс виявився пов'язаним із кращою якістю життя - зв'язок між балом CD-RISC-10 та CQLS був прямим та помірної сили ( $\rho = 0.582$ ,  $p < 0.001$ ), див. **Рисунок 4**.



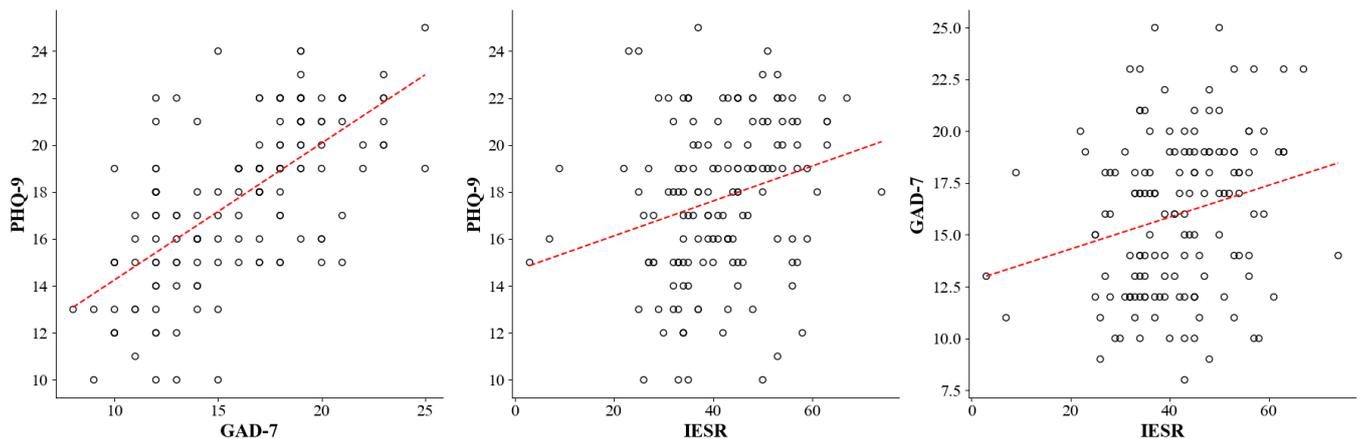
**Figure 4.** Кореляція резилієнсу з якістю життя.

Результати підтверджують, що якість життя може бути негативно пов'язаною зі симптомами депресії та тривоги, а також із ознаками дезадаптації внаслідок травматичних подій. Так, було виявлено статистично значущу негативну кореляцію помірної сили між якістю життя та симптомами депресії, виміряними за допомогою PHQ-9 ( $\rho = -0.317$ ,  $p < 0.001$ ), слабкої сили – між якістю життя та симптомами тривоги, виміряними за допомогою GAD-7 ( $\rho = -0.273$ ,  $p < 0.001$ ), а також між якістю життя та кількістю травматичних подій протягом життя ( $\rho = -0.212$ ,  $p = 0.010$ ). Не було виявлено статистично значущого зв'язку між якістю життя та психологічним дистресом внаслідок впливу травматичних подій ( $r = -0.118$ , 95% ДІ:  $-0.276 - 0.044$ ,  $p = 0.154$ ), див. **Рисунок 5**.



**Figure 5.** Кореляція якості життя із емоційним станом та дезадаптацією внаслідок травматичного досвіду.

Окрім того, було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок помірної сили між рівнем вираженості депресивних симптомів та рівнем тривоги ( $\rho = 0.651$ ,  $p < 0.001$ ), слабкий позитивний зв'язок між рівнем вираженості депресії та дезадаптацією внаслідок травматичних подій ( $\rho = 0.292$ ,  $p < 0.001$ ), а також слабкий позитивний зв'язок між тривогою і психологічним дистресом внаслідок травматичних подій ( $\rho = 0.247$ ,  $p = 0.003$ ), див. **Рисунок 6**.



**Figure 6.** Кореляція емоційного стану та дезадаптації внаслідок травматичного досвіду.

Таким чином, було виявлено, що резилієнс, якість життя та прояви психологічної дезадаптації перебувають у складному взаємозв'язку, який був додатково досліджений за допомогою мультифакторних лінійних моделей.

Для оцінки того, який фактор більше пов'язаний із показниками резилієнсу на шкалі CD-RISC-10 – вік чи сімейний стан – було побудовано двофакторну лінійну регресійну модель (див. **Таблиця 4**).

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p(&gt;t)</b>
Константа	27.544	2.109		13.060	<0.001
Сімейний стан (В шлюбі)	-1.108	0.891	-0.110	-1.244	0.215
Вік (роки)	-0.214	0.086	-0.221	-2.499	0.014

**Table 4.** Лінійна регресійна модель резилієнсу із сімейним станом та віком як кофакторами.

При врахуванні віку в одній моделі із сімейним станом було виявлено, що останній втратив статистичну значущість щодо прогнозування резилієнсу. Це підтвердило наше попереднє припущення щодо того, що вік є більш значущим фактором впливу на резилієнс, ніж сімейний стан. Модель мала статистичну значущість ( $F = 6.39, p = 0.002$ ), проте описувала лише приблизно 7% дисперсії балу CD-RISC-10 ( $R^2=0.069$ ). Це може свідчити про те, що, хоча вік може мати статистично значущий вплив на резилієнс, проте цей вплив є не дуже сильним та має розглядатись у порівнянні з іншими факторами та в складі більш комплексних моделей.

Подібна модель була побудована з віком та рівнем освіти як факторами (див. **Таблиця 5**).

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>p(&gt;t)</b>
Константа	27.780	2.290		12.131	<0.001
Рівень освіти (Вища)	-0.350	1.073	-0.034	-0.326	0.745
Вік (роки)	-0.239	0.100	-0.247	-2.379	0.019

**Table 5.** Лінійна регресійна модель резилієнсу із рівнем освіти та віком як кофакторами.

Так само, як і у моделюванні впливу сімейного стану, при врахуванні віку як кофактора рівень освіти перестав бути значущим предиктором резилієнсу, що свідчить про більш важливу роль віку щодо адаптивного потенціалу молоді. Модель мала статистичну значущість ( $F = 5.618, p$

= 0.004) та описувала лише приблизно 6% дисперсії балу CD-RISC-10 ( $R^2=0.060$ ), що так само говорить про те, що вік сам по собі не дуже сильно пов'язаний з резилієнсом (проте сильніше, ніж сімейний стан чи рівень освіти).

Багатофакторна модель із віком, тяжкістю тривоги та тяжкістю депресії як кофакторами резилієнсу пояснювала приблизно 23% дисперсії резилієнсу ( $R^2=0.232$ ) та була статистично значущою ( $F=15.56$ ,  $p<0.001$ ), див. **Таблиця 6**.

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p(&gt;t)</b>
Константа	37.671	2.578		14.614	<0.001
Вік (роки)	-0.211	0.071	-0.219	-2.970	0.003
PHQ-9 (бали)	-0.330	0.140	-0.226	-2.366	0.019
GAD-7 (бали)	-0.312	0.126	-0.238	-2.465	0.015

**Table 6.** Багатофакторна лінійна регресійна модель із загальним балом CD-RISC-10 як залежною змінною.

Таке збільшення предиктивної сили моделі при додаванні до неї балів PHQ-9 та GAD-7 свідчить про тісний зв'язок резилієнсу та емоційного стану людини. Стандартизовані коефіцієнти були майже однаковими для всіх трьох кофакторів, що може говорити про схожість у силі їх зв'язку з резилієнсом після нормалізації їхніх шкал.

## Дискусія

Дане дослідження виявило, що українська молодь, яка пережила психотравматичну подію під час повномасштабного вторгнення в Україну, на момент обстеження мала тяжкі прояви тривоги та помірні прояви депресії, що свідчить про наявний стан психологічної дезадаптації. Статистично значущої різниці в інтенсивності дезадаптації залежно від статі, сімейного стану, віку чи рівня освіти виявлено не було. Це може свідчити про те, що різні соціально-демографічні фактори, які традиційно вважаються ресурсними для осіб із дезадаптацією – такі як перебування в шлюбі (Purborini, Lee, Devi, & Chang, 2021), нижчий освітній рівень (Östberg, Åhlén, & Brolin Låftman, 2023) в контексті війни, ймовірно, втрачають свій захисний вплив. Так само й молодший вік, який часто розглядається як пов'язаний з психічним станом молоді (Varma, Junge, Meaklim, & Jackson, 2021), у воєнних умовах змінює свій зв'язок із дезадаптацією.

Разом з тим, було виявлено, що висока резилієнтність молодих осіб обернено пов'язана з рівнем дезадаптації, зокрема інтенсивністю тривоги та депресії. Такий результат узгоджується з дослідженнями, проведеними в Україні (Assonov, 2022), в тому числі серед популяції молодих осіб (Креденцер & Сергієнко, 2024) та в інших країнах (Koçak, Aslan, & Bezirkan, 2025). Таким чином, якщо соціально-демографічні захисні фактори втрачають свій вплив на психічне здоров'я молоді в умовах воєнного часу, то такі психологічні фактори, як резилієнтність зберігають свій зв'язок із рівнем дезадаптації. Цікавою знахідкою виявилось те, що, хоча вік, сімейний стан та рівень освіти не були значущими факторами дезадаптації, вони виявились значущо пов'язаними із резилієнсом молодих пацієнтів. Так, перебування в шлюбі, старший вік та вищий рівень освіти виявились обернено пов'язаними із розвитком резилієнтності в респондентів. Ряд авторів зазначає про відсутність зв'язку між сімейним статусом та резилієнсом (Shoqeirat, та ін., 2023), в той час як інші свідчать про позитивний зв'язок перебування в шлюбі та психологічної резилієнтності (Peng, et al., 2022). Інші дослідники зазначають, що старший вік та вищий рівень освіти позитивно пов'язані із рівнем резилієнсу (Afshari, Nourollahi-Darabad, & Chinisaz, 2021).

На нашу думку, така неузгодженість може бути пов'язана з двома моментами: 1) не всі дослідження вивчають структуру зв'язків демографічних характеристик та резилієнсу саме в молодих осіб; 2) дані дослідження проводились поза воєнним контекстом. Ймовірний вплив

війни на зміну напряму кореляції резилієнсу та віку може бути пов'язана зі збільшенням кількості пережитих травматичних подій протягом життя у воєнному контексті (адже в нашому дослідженні всі респонденти не покидали меж України з моменту повномасштабного вторгнення) та поступовим накопиченням так званої «втоми від війни» – стан емоційного спустошення, апатії та втрати фізичних, емоційних та енергетичних ресурсів під впливом війни (Шель, 2024). Таким чином, дорослішання у воєнному контексті може бути пов'язане не з підвищенням резилієнтності, а, навпаки, її погіршенням.

Дослідження сімейної динаміки в українських воєнних реаліях також виявили, що війна порушує звичний порядок життя сімей, провокуючи втрату взаєморозуміння, зниження якості сімейної комунікації, обмеження емоційної підтримки, зростання конфліктності тощо (Васильєв, 2024). То ж зміна впливу сімейного статусу з позитивного на негативний щодо стресостійкості, адаптивності та резилієнтності цілком може бути пов'язана із набуттям сім'єю ознак дестабілізуючого, а не захисного фактора, через зміни в сімейній динаміці внаслідок війни.

Негативний зв'язок рівня освіти з резилієнтністю може бути пояснений у разі припущення, що вищий рівень освіти сприяє більшому усвідомленню воєнних реалій особою, а також із появою додаткової відповідальності та зміною соціального статусу, що можуть виступати додатковими тригерами тривоги та депресії. Якщо ж розглядати потенційну причинність низького резилієнсу як фактора нездобуття вищої освіти, то можна пояснити зв'язок, що спостерігався у нашому дослідженні, через соціальну та функціональну дезадаптацію через низьку психологічну стійкість. На жаль, нами не було знайдено джерел, що підкріплювали або спростовували ці припущення, тому вивчення зв'язку резилієнсу із рівнем освіти у воєнних умовах може виступати як перспективний напрям подальших досліджень.

Разом з тим, резилієнс молодих осіб був пов'язаний із кращою якістю життя, в той час як депресія та тривога як ознаки дезадаптації були пов'язані із гіршою якістю життя. Описаний нами зв'язок узгоджується із результатами інших дослідників та може підтверджувати важливість психологічної резилієнтності для забезпечення кращої якості життя молоді у воєнних умовах. Це робить психологічний адаптаційний потенціал особи перспективною терапевтичною мішенню для розробки втручань, спрямованих на зменшення проявів дезадаптації та на покращення якості життя.

**Обмеження.** Дане дослідження має низку методологічних обмежень, які слід враховувати при інтерпретації висновків.

По-перше, крос-секційний дизайн не дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними змінними та простежити їхню динаміку, а дає можливість лише припускати їх. Дослідження проводилося на базі одного медичного закладу, що може зумовлювати певний зсув вибірки: учасники могли відрізнятись від ширшої популяції української молоді за рівнем доступу до медичної допомоги чи мотивацією звертатися за психологічною підтримкою.

По-друге, результати даного дослідження можна генералізувати на популяції молодих осіб, що живуть у мирних умовах, із великою обережністю, враховуючи великий вплив війни як фактора, що змінює динаміку психологічних та соціальних явищ. Дані результати також не можна напряму застосовувати до молодих людей з коморбідними залежностями чи до молоді, яка переживає війну за межами країни – ці категорії не були охоплені нашим дослідженням.

По-третє, використання самоопитувальників як основного методу збору даних могло призвести до певних систематичних викривлень. Відповіді учасників базувалися на їхній суб'єктивній самооцінці, що означає можливий вплив особистого сприйняття і ставлення до своїх проблем.

Таким чином, результати потрібно трактувати з урахуванням зазначених обмежень.

**Перспективи подальших досліджень.** Для поглиблення розуміння виявлених закономірностей та подолання окреслених вище обмежень можна здійснити низку подальших досліджень. Актуальним є дослідження та розробка психосоціальних інтервенцій, спрямованих на підтримку резиліентності та психічного здоров'я молоді в умовах війни. Подальші дослідження доцільно спрямувати на оцінювання ефективності таких втручань: зокрема, шляхом пілотних проектів чи контрольованих досліджень можна перевірити, чи призводять запропоновані програми до зменшення дезадаптації і до підвищення якості життя учасників. Перспективним є застосування якісних методів дослідження для глибшого аналізу досвіду молоді. Проведення глибоких інтерв'ю чи фокус-груп із молодими людьми, які переживають війну, допоможе зрозуміти, як вони самі осмислюють резиліентність та які стратегії подолання використовують.

## Висновки

В даному дослідженні встановлено, що значна частина обстежених молодих людей, які пережили психотравматичні події війни, має виражені ознаки психологічної дезадаптації. На момент обстеження у вибірці фіксувалися високі рівні тривожності та помірно виражені симптоми депресії, що супроводжувалися зниженням показників якості життя. При цьому соціально-демографічні характеристики (стать, вік, рівень освіти, сімейний стан) не мали значущого впливу на інтенсивність емоційних розладів: у контексті війни психологічне неблагополуччя молоді виявилось поширеним незалежно від зазначених факторів. Також було підтверджено провідну захисну роль резиліентності. Більш резиліентні учасники були менш схильні до вираженого дистресу та проявів дезадаптації навіть за наявності пережитих травматичних подій. Окрім того, респонденти з більш високими показниками психологічної резиліентності мали й більш високий рівень якості життя. Це підкреслює, що резиліентність може бути одним з ключових ресурсів психічного здоров'я молоді навіть за воєнних умов.

Окремі конвенційно «ресурсні» фактори виявили зміну напряду свого впливу у воєнному контексті. Зокрема, у нашому дослідженні такі показники, як старший вік, перебування у шлюбі та вища освіта корелювали з нижчим рівнем резиліентності молоді. Ймовірно, накопичений життєвий досвід і сімейні обов'язки під час затяжної війни можуть перетворюватися на додаткові стресори, що ускладнюють психологічну адаптацію, а отже, стримують розвиток резиліентності. Це свідчить про специфічний вплив воєнних обставин на різні групи молоді, який потребує подальшого вивчення. Таким чином, дане дослідження не лише робить теоретичний внесок у вивчення взаємозв'язку резиліентності, емоційного стану та якості життя, але й має прикладне значення, вказуючи на важливі орієнтири для розробки програм підтримки психічного здоров'я молоді у воєнний та повоєнний період.

## Посилання

1. Afshari, D., Nourollahi-Darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Demographic predictors of resilience among nurses during the COVID-19 pandemic. *Work*, 68(2), 297-303. doi:<https://doi.org/10.3233/WOR-203376>
2. Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, 18(3), 91-93. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
3. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*(11), 77-103. doi:<https://doi.org/10.24195/2414-4665-2024-2-9>
4. Assonov, D. (2021). Two-step resilience-oriented intervention for veterans with traumatic brain injury: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(5), 247-259. doi:<https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20210503>
5. Assonov, D. (2022). Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii*

- i Neurologii, 31(3), 103-113. doi:<https://doi.org/10.5114/ppn.2022.120600>
6. Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björgvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of affective disorders*, 193, 267-273. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
  7. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Bezsheyko, V. G. (2016). New quality of life scale in Ukraine: reliability. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 4, 473.
  8. Chudzicka-Czupala, A., Hapon, N., Man, R. H., Li, D. J., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., . . . Yen, C. F. (2023). Associations between coping strategies and psychological distress among people living in Ukraine, Poland, and Taiwan during the initial stage of the 2022 War in Ukraine. *European journal of psychotraumatology*, 14(1), 2163129. doi:<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2163129>
  9. Giordano, F., Lipscomb, S., Jefferies, P., Kwon, K. A., & Giammarchi, M. (2024). Resilience processes among Ukrainian youth preparing to build resilience with peers during the Ukraine-Russia war. *Frontiers in psychology*, 15, 1331886. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1331886>
  10. Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. doi:<https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
  11. Hodes, M. (2023). Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clinical child psychology and psychiatry*, 28(1), 3-14. doi:<https://doi.org/10.1177/13591045221125639>
  12. Kanda, Y. (2013). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone marrow transplantation*, 48(3), 452-458. doi:<https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>
  13. Koçak, O., Aslan, Y., & Bezirkan, H. S. (2025). Psychological Resilience and Trait Anxiety as Mediators in the Relationship Between Perceived Family Social Support and Life Satisfaction Among Youth. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1-17. doi:<https://doi.org/10.1080/26408066.2025.2472238>
  14. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
  15. Osokina, O., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., & Skokauskas, N. (2023). Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(3), 335-343. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
  16. Östberg, V., Åhlén, J., & Brodin Låftman, S. (2023). Educational attainment and symptoms of anxiety and depression in young adulthood. *European Journal of Public Health*, Supplement\_2.
  17. Peng, J., Han Wu, W., Doolan, G., Choudhury, N., Mehta, P., Khatun, A., . . . Ciurtin, C. (2022). Marital status and gender differences as key determinants of COVID-19 impact on wellbeing, job satisfaction and resilience in health care workers and staff working in academia in the UK during the first wave of the pandemic. *Frontiers in public health*, 10, 928107. doi:10.3389/fpubh.2022.928107
  18. Purborini, N., Lee, M. B., Devi, H. M., & Chang, H. J. (2021). Associated factors of depression among young adults in Indonesia: A population-based longitudinal study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(7), 1434-1443. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.01.016>
  19. Shoqeirat, M. D., Almatarneh, A., Alkhaldeh, M., Al-Zaben, M., Al Majali, S., & Algaralleh, A. (2023). Married & wise-A correlational study of wisdom, well-being, and resilience in relation to gender, age and marital status. *Journal of Social Studies Education Research*, 14(3), 145-166.
  20. Smeeth, D., Beck, S., Karam, E. G., & Pluess, M. (2021). The role of epigenetics in psychological resilience. *The lancet. Psychiatry*, 8(7), 620-629. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30515-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30515-0)
  21. Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*,

- 400(10352), 617-631.
22. Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 547-576. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
  23. Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110236. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>
  24. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson, & T. M. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford.
  25. Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Chen, P., Liang, M. Z., Liu, M. L., . . . Quan, X. M. (2017). Validation and application of the Chinese version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) among parents of children with cancer diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 36-44. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.01.004>
  26. Ye, Z. J., Zhang, Z., Tang, Y., Liang, J., Zhang, X. Y., Hu, G. Y., . . . Yu, Y. L. (2020). Minimum clinically important difference for resilience scale specific to cancer: a prospective analysis. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 381. doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01631-6>
  27. Васильев, О. Г. (2024). Чинники психологічної стійкості сімейних стосунків під час війни. Запоріжжя: Запорізький національний університет.
  28. Креденцер, О. В., & Сергієнко, Д. С. (2024). Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія.*, 32(2), 85-95. doi:<https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7>
  29. Мордик, М. М. (2024). Психологічні особливості резильєнтності підлітків в умовах воєнного стану. Волинський національний університет імені Лесі Українки.
  30. Пономаренко, О. Л. (2024). Резильєнтність, як складова процесу адаптації підлітків в сучасних умовах. Запоріжжя: Запорізький національний університет.
  31. Шель, Н. В. (2024). Емоційне виснаження та втома під час війни. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки.*, 2(5), 80-87. doi:[https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2\(5\).9](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2024.2(5).9)
  32. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 80(2), 66-72. doi:<https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>