

# Підвищення психологічної резилієнтності та зниження дезадаптації в молодих осіб, які зазнали впливу війни: рандомізоване контрольоване дослідження в Україні

Валерія Содолевська

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

**Актуальність.** Повномасштабна війна в Україні спричинила суттєве зростання психоемоційного навантаження серед молоді, що проявляється високою поширеністю тривожно-депресивних розладів і посттравматичного стресового розладу. Молодий вік є критичним періодом, тому потребує розробки цілеспрямованих реабілітаційних програм.

**Мета.** Підвищення ефективності медико-психологічної допомоги молоді шляхом розробки та оцінки ефективності резилієнс-орієнтованої програми, спрямованої на зниження дезадаптивних проявів та розвиток психологічних ресурсів.

**Матеріали і методи.** У рандомізованому контрольованому дослідженні взяли участь 146 осіб віком 18–35 років із психологічною дезадаптацією внаслідок війни в Україні. Шляхом рандомізації вони були розподілені у групу дослідження ( $n=73$ ; стандартне лікування + втручання) та групу порівняння ( $n=73$ ; стандартне лікування). Програма втручання включала п'ять 60-хвилинних сесій, орієнтованих на психоосвіту, розвиток емоційної саморегуляції, техніки майндфулнес та когнітивне переосмислення негативного досвіду. Для оцінки ефективності застосовувались валідизовані психодіагностичні шкали (PHQ-9, GAD-7, IES-R, CD-RISC-10, CQLS).

**Результати.** Через 35 днів у групі дослідження зафіксовано статистично значуще зниження рівнів депресії, тривоги та посттравматичного стресу ( $p<0.01$ ), а також зростання показників резилієнсу та якості життя ( $p<0.001$ ) порівняно з групою порівняння. Застосування регресійних моделей зі змішаними ефектами підтвердило стійкість результатів після контролю соціально-демографічних змінних.

**Висновки.** Розроблена програма продемонструвала високу ефективність у зменшенні симптоматики дезадаптації та підвищенні адаптивних ресурсів молоді, що перебуває в умовах війни. Отримані результати підтверджують доцільність включення резилієнс-орієнтованих інтервенцій до стандартних програм медико-психологічної реабілітації. Водночас обмеження дослідження (моноцентричний дизайн, відсутність засліплення, короткий період спостереження) вказують на перспективність проведення мультицентрових довготривалих досліджень із більш різномірними вибірками.

**Ключові слова:** стрес, дезадаптація, резилієнс, молодь, психологічні втручання, психологічна реабілітація, війна, депресія, тривога, посттравматичний стрес

---

## Актуальність

Для українського народу збройна агресія росії стала важкою психологічною та соціальною травмою – війна спричиняє важкі психологічні травми, руйнуючи поняття безпеки, засади світогляду тощо (Сівчук, 2022). Акти жорстокості, такі як кульові поранення, згвалтування, взяття в заручники є трагічною загальною рисою війн (Jacobson, Meiri, Friedman-Hauser, Attrash-Najjar, & Katz, 2025), і російсько-українська війна не є виключенням.

Досвід країн, які пережили воєнні дії, свідчить про погіршення психічного здоров'я населення як один з довготривалих наслідків війни та набуття в ході неї травматичного досвіду (Пеша & Андріученко, 2023). Ця проблема наразі актуальна і для України. Нав'язана російським народом війна, яку переживає українське суспільство, посилює навантаження на громадське здоров'я через зростання частоти психічних розладів, що підтверджуються багатьма дослідженнями. Тривожно-депресивні розлади та посттравматичний стресовий розлад є провідними серед постраждалих від дистресу війни (Хаустова, 2022).

Однією з чутливих до криз верств населення, що наразі відчуває на собі тяжкість та трагізм війни, є молодь. Вплив на молодь тривалої експозиції загроз, які пов'язані з війною та збройними конфліктами, вивчається ще з часів Другої світової війни (Slone & Shoshani, 2022). Молодий вік є достатньо вразливим періодом життя, ключовим для фізіологічного, психологічного та соціального розвитку, а вторгнення війни в нього змінюють перебіг цього розвитку, змінюючи цінності й бачення (Гаркавенко & Доскач, 2023). Глобальні конфлікти по всьому світові лише підкреслили повсюдність та жахливу природу жорстокості, яку молодь часто спостерігає безпосередньо, а також її потенційний травматичний ефект (Jacobson, Meiri, Friedman-Hauser, Attrash-Najjar, & Katz, 2025). Молодь часто несе найтяжчий тягар конфліктів та війн – переживаючи спектр досвіду від прямої віктимізації до непрямой експозиції, окрім того, молодь, яка вимушена залишати власні домівки, є особливо уразливою (Shoshani & Hen, 2025).

Негативний вплив війни на психічне здоров'я молодих українців підтверджується звітами міжнародних організацій та дослідженнями. Стрес і особисті переживання, пов'язані з російсько-українською війною, а також переживання оточуючих і несприятлива соціальна атмосфера погіршують самопочуття серед молодих осіб – серед них істотно зменшилась частка тих, хто почуває себе щасливо. Багатьом з них довелось стикнутись з економічними труднощами, чути чи бачити бойові дії та поранених чи вбитих людей, а також мати близького родича або друга, що беруть участь в збройному захисті держави (UNICEF, 2024).

Така масштабна катастрофа є викликом для системи охорони психічного здоров'я. Психічні розлади внаслідок воєнних дій мають певну особливість, бо виникають у великій кількості людей одночасно, що призводить до навантаження на сектор громадського здоров'я та змушує шукати нових способів медико-психологічної реабілітації (Чабан & Хаустова, 2022). Наразі спостерігається нестача втручань для молоді, що проживає в умовах війни, в той час як вони необхідні у великому масштабі, а існуючі дослідження часто є низької якості та їм не вистачає стандартизованих вимірювань результатів (Hall, Nordenving, & Gredebäck, 2022). Сучасними найефективнішими підходами до подолання наслідків травматичних подій є когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, фармакотерапія, групові втручання, психоосвіта та стратегії самопомоги. При цьому, робота з наслідками війни та в умовах війни для психічного здоров'я молоді є недостатньо дослідженою (особливо в умовах війн такого масштабу, як російсько-українська), тому й досі існує потреба у впровадженні нових програм психологічної підтримки, спрямованої на зниження рівня посттравматичного стресу, депресії та інших розладів (Лук'янчук, 2025).

Одним із орієнтирів для подальших досліджень може бути те, що дезадаптація супроводжується і психічними процесами, спрямованими на подолання наслідків війни та подальший розвиток. Сучасні погляди на психологію травми враховують й інший бік переживання травми – посттравматичне зростання, зосереджуючись на персональних ресурсах, сильних сторонах особистості та здатності психіки до адаптації й перетворення

негараздів у потенціал для розвитку (Шамшуріна, 2024). Хоча, як було зазначено, молодий вік є періодом особливої вразливості, але під впливом стресу від воєнних подій молодь використовує різні захисні механізми психіки з метою зберегти власне психічне здоров'я (Юдко, 2024). Згідно з дослідженням, опублікованим у 2024 році, 34.7% молодих осіб, що проживають в Україні, були незадоволені власним життям, 88.7% мали частіші прояви безнадії, та, разом з тим, більшість респондентів мали високий або помірний рівень оптимізму (60.9%), помірний або високий рівні посттравматичного зростання (58.6%) та резилієнсу (60.5%), а також те, що оптимізм, надія, резистентність, посттравматичне зростання та використання емоційної підтримки були пов'язані із задоволеністю життям (Pavlova, et al., 2024). Це робить їх перспективними мішенями досліджень, пов'язаних із розробкою нових втручань.

Отже, психологічна допомога може зосереджуватись не лише на лікуванні травматичних розладів, а й на розвитку психологічної стійкості та відновленні адаптаційних ресурсів, тому систематична оцінка ефективності різних методів психологічної допомоги та розробка нових підходів є основою створення більш ефективної та доступної системи психологічної допомоги молоді, що постраждала внаслідок травматичних подій (Доценко, 2025).

Резилієнс як процес може бути пов'язаний із надією та почуттям сенсу в молодих осіб, що підкреслює важливість роботи із ним у терапії молоді, щоб вони могли краще адаптуватись до стресогенних подій (Tal-Saban & Zaguri-Vittenberg, 2022). Разом з тим, велика кількість розроблених резилієнс-орієнтованих втручань для молоді покращують сам резилієнс, але не покращують прояви тривоги чи якості життя (Thabet, Ghandi, Barker, Rutherford, & Malekinejad, 2023). На нашу думку, це виконує лише частину з поставленої задачі щодо надання більш доступної та ефективної допомоги. Адже посткризовий розвиток передбачає трансформацію пережитого негативного досвіду шляхом його конструктивної когнітивно-афективної обробки для віднаходження нових сенсів, реконструкції картини світу, формування нового ставлення до себе, адаптації й встановленні нових цілей. Це відбувається тоді, коли людина здатна рефлексувати та формувати для себе нові сенси (Панок & Предко, 2024).

Відтак, метою нашого дослідження було підвищення ефективності медико-психологічної допомоги молоді в умовах війни. Поставлені задачі включали розробку схеми медико-психологічних втручань відповідно до потреб людей молодого віку, її впровадження та оцінка ефективності. В попередніх дослідженнях ми проаналізували фактори ризику та резилієнсу, і висновки з них лягли в основу розробки нового втручання, що включає в себе п'ять 60-хвилинних сесій медико-психологічної реабілітації, що є резилієнс-орієнтованими та спрямованими на розвиток захисних механізмів психіки. В даній статті представлено результати цього дослідження та висновки щодо ефективності розробленого втручання.

## **Матеріали і методи**

### **Учасники та критерії включення і невключення**

Дослідження проводилося кафедрою медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Набір пацієнтів відбувався на основі клінічної бази кафедри - Дорожньої клінічної лікарні на залізничному транспорті №1, м. Київ. Вибірка була сформована з молодих осіб, що мали сформовану в ході російсько-української війни дезадаптацію, та перебували на території України.

Усі потенційні учасники мали відповідати наступним критеріям включення:

1. Вік від 18 до 35 років.
2. Особа пережила психотравматичну подію під час повномасштабного вторгнення в Україну.

3. Особи, які з початку повномасштабного вторгнення в Україну (24.02.2022) не покидали меж України.
4. Наявність порушень емоційного стану, що відповідають діагностичним критеріям R45.0 за МКХ-10.

Критерії невключення:

1. Непідписана інформована згода на участь у даному дослідженні.
2. Підтверджена належним чином недієздатність особи.
3. Діагностована алкогольна та наркотична залежність.

У разі відповідності критеріям включення учасникам надавалась детальна інформація щодо дослідження, у тому числі у письмовій формі. Після ознайомлення з дизайном дослідження учасники підписували інформовану згоду на участь у дослідженні та з цього моменту вважались залученими у нього. Загалом у дослідження було залучено 146 осіб віком 18-35 років із проявами дезадаптацією. Дані збирались протягом 2022-2024 років.

Для оцінки розробленого медико-психологічного втручання учасників шляхом рандомізації розподіляли в одну з двох груп:

Для розподілу було використано метод простої рандомізації, проведений за допомогою генератора випадкових чисел (0 – група порівняння, 1 – група дослідження) для кожного з учасників, співвідношення розподілу 1:1. Рандомізація відбувалась після першого збору психометричних даних. Після розподілу у одну з груп учасник не міг бути переведений до іншої за його бажанням. Засліплення було відсутнє з обох сторін.

## Особливості програми втручання

Програма медико-психологічної реабілітації для української молоді, що зазнала дезадаптації внаслідок війни, складалася з 5 сесій тривалістю 60 хвилин кожна. Сесії були орієнтовані на психоосвітню роботу, розвиток навичок емоційної саморегуляції, опанування технік майндфулнесу, роботу з негативними мисленнєвими патернами. Для опанування навичок учасникам роз'яснювались практичні інструменти та техніки, а наприкінці кожної сесії вони отримували завдання для виконання між зустрічами. Метою цих завдань була допомога у закріпленні навичок в період між контактами учасників із дослідником. Детальний опис протоколу втручання та змісту кожної сесії представлено в статті, що описує результати пілотного дослідження (Sodolevska, 2024).

## Етична складова

Дане дослідження є частиною науково-дослідної роботи кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на тему «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалому від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)», терміни виконання 2023-2025 (Державний реєстраційний номер 0122U202016).

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації (World Medical Association, 2013). Участь усіх досліджуваних була повністю добровільною та усвідомленою. Перед залученням у дослідження усім учасникам 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 в двох примірниках – один для дослідника, інший для учасника. Учасники мали змогу добровільно припинити свою участь у будь-який момент з будь-якої причини без обов'язковості пояснень припинення та без шкоди для їхнього поточного лікування. У разі наявності в учасника бажання пояснити

причини припинення участі в дослідженні ці причини мали фіксуватись. По завершенню дослідження учасники за їхнім запитом мали можливість отримати деперсоналізовану інформацію про його результати, а також посилення на усі друковані роботи, що стосувались даного дослідження. До залучення першого учасника дизайн дослідження та бланк інформованої згоди був розглянутий та затверджений Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (протокол №165 від 05.12.2022 р.).

## Метрики та методики

В рамках дослідження збирались та аналізувались соціально-демографічні дані учасників – стать (чоловіча/жіноча), вік, освіта (середня/вища), сімейний стан (одружений/заміжня, або неодружений/незаміжня) – та метрики прояву дезадаптації (ступінь тяжкості депресії, ступінь тяжкості тривоги, вираженість посттравматичного стресу), метрики адаптивності та функціональності (рівень резилієнс та рівень якості життя). Для оцінювання психологічних метрик було використано 6 психодіагностичних шкал – контрольний перелік життєвих подій, шкала оцінки впливу травматичних подій, шкала оцінки депресії, опитувальник генералізованого тривожного розладу, шкала дослідження рівня резилієнсу та шкала якості життя:

- **Група дослідження** – молоді особи із дезадаптацією, що спричинена війною на території України, які отримували стандартне лікування та додатково залучались до розробленого медико-психологічного втручання.
- **Група порівняння** – Молоді особи із дезадаптацією, що спричинена війною територією України, які отримували стандартне лікування та не залучались до розробленого медико-психологічного втручання.
- **Контрольний перелік життєвих подій (Lifeeventschecklistfor DSM-5, LEC-5)** – самоопитувальник для виявлення потенційно травматичних подій, які пережив респондент (Weathers, et al., 2013). Дозволяє оцінити експозицію до 17 типів потенційно травматичних подій (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004), що відповідають Критерію А Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), викладеному у Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5). Внутрішньокласова кореляція для безпосередньо пережитих учасниками подій становить 0.62 – 0.64, тест-ретестова узгодженість була достатньою, що свідчить про його достатню надійність у звітуванні про пережитий травматичний досвід (Cameron, Faith, Natalie, & Blair, 2021). Результати тесту значущо прогнозують тяжкість посттравматичного стресового розладу ( $\beta = 0.23, p < 0.001$ ), депресії ( $\beta = 0.20, p < 0.001$ ) та емоційної дезадаптації ( $\beta = 0.22, p < 0.001$ ), що свідчить про його гарну валідність (Contractor, Weiss, Natesan, & Elhai, 2020). Використовувався український переклад опитувальника (Пророк, та ін., 2018). В даному дослідженні результати за цією шкалою означали кількість травматичних подій, що їх пережили респонденти (що відповідає гайдлайнам щодо використання опитувальника). Оцінювання за даним опитувальником проводилось на 1 день дослідження без повторного вимірювання по завершенню втручання, що обумовлено очікуванням відсутності нових психотравматичних подій у респондентів протягом періоду їх участі в дослідженні.
- **Шкала оцінки впливу травматичних подій (Impactofeventscalerevised, IES-R)** – це самоопитувальник з 22 питань, який оцінює суб'єктивний дистрес та симптоми, спричинені конкретними травматичними або потенційно травматичними подіями, які пережила людина. Опитувальник оцінює три кластери симптомів, які часто спостерігаються після травматичної події: 1) інтрузивні (нав'язливі) спогади, думки, образи, сни тощо; 2) ознаки уникнення – намагання уникати думок, почуттів, чи ситуацій, які нагадують про або пов'язані з подією; 3) прояви гіперзбудження – труднощі із засинанням, дратівливість чи спалахи гніву, проблеми з концентрацією уваги, надмірна пильність чи переляк тощо. 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). У даному дослідженні була використана українська версія IES-R, що має чудову внутрішню узгодженість ( $\omega = 0.92$ ,  $\alpha = 0.91$ ) та низьку часову стабільність, яка свідчить про те, що опитувальник оцінює симптоматику, а не риси особистості (Krupelnyska, Yatsenko, Keller, & Morozova-Larina, 2025).

- **Шкала оцінки депресії (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)** - є коротким самозвітним опитувальником з 9 тверджень для моніторингу та оцінки тяжкості депресії. Шкала застосовується для діагностики депресії за основними (1, 2 питання) та додатковими (3-9 питання) симптомами та визначає частотність появи скарги (де жодного разу оцінюється як 0 балів, декілька днів — 1 бал, понад половину днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали). Загальна сума балів дозволяє оцінити тяжкість депресії - відсутність (0-4 бали), легкий ступінь (5-9 балів), помірний ступінь (10-14 балів), виражений ступінь (15-19 балів), важкий ступінь (20-27 балів) (Beard, Hsu, Rifkin, Busch, & Björgvinsson, 2016). Шкала показала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha=0.86-0.89$ ) та критерійну валідність (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), а також гарну тест-ретестову кореляцію ( $r=0.737$ ) (Sun, et al., 2020).
- **Опитувальник генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)** - самозвітний опитувальник для оцінки тяжкості симптомів генералізованого тривожного розладу, який чутливий до симптомів інших тривожних розладів. Шкала являє собою тест із 7 запитань, які стосуються різних проявів тривоги. Відповіді оцінюються за частотою («Ніколи» — 0 балів, «Декілька днів» — 1 бал, «Більше половини днів» — 2 бали, «Майже щодня» — 3 бали). Сума балів за 7 питаннями дозволяє оцінити ступінь тяжкості тривожних проявів (легкий ступінь тяжкості - 5-9 балів, помірний ступінь тяжкості - 10-14 балів, тяжкий ступінь - більше або дорівнює 15 балів). Опитувальник має чутливість 89%, специфічність 82%, тест-ретестову надійність з інтракласовою кореляцією на рівні 0.83 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). В даному дослідженні використано адаптовану та валідизовану для української популяції версію (Aleksina, Gerasimenko, Lavrynenko, & Savchenko, 2024).
- **Шкала рівню резилієнсу (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10)** — це самозвітний опитувальник резилієнсу, що є скороченою версією оригінальної шкали CD-RISC-25 (Connor & Davidson, 2003). CD-RISC-10 оцінює здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій та відновлюватися після труднощів (Campbell-Sills & Stein, 2007). Вона містить 10 запитань, які оцінюють рівень психологічної стійкості (резилієнсу). Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою від 0 ("ніколи") до 4 ("майже завжди"). Надалі підсумовується загальний бал, що може варіювати в діапазоні від 0 до 40 балів. Дана версія має гарну внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.85$ ) (Campbell-Sills & Stein, 2007). У дослідженні використовувалась адаптована українською версія шкали, що мала гарну внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.733$ ) та відтворюваність ( $r = 0.871$ ,  $p < 0.05$ ) (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, & Станіславчук, 2020).
- **Шкала якості життя, розроблена О.С. Чабаном (CQLS)** - є самоопитувальником українською мовою, який містить 10 питань щодо різних аспектів якості життя. Кожне питання оцінюється за 11-бальною шкалою від 0 (повна незадоволеність) до 10 (максимальна задоволеність). Підсумовується загальний бал 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).

Оцінювання та порівняння груп проводилось на 1 день (до початку лікування) та на 35 день (по завершенню лікування). На 1 день вимірювались стать, вік, освіта, сімейний стан та результати за всіма психодіагностичними шкалами. На 35 день вимірювались результати за всіма психодіагностичними шкалами, окрім LEC-5.

## Розрахунок розміру вибірки

Розрахунок розміру вибірки для порівняння двох незалежних середніх значень було проведено у статистичному пакеті EzR. Основною залежною змінною було визначено загальний бал по шкалі дослідження рівня резилієнсу CD-RISC-10 (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, & Станіславчук, 2020). Для виявлення різниці між двома групами у 3 бали (Ye, et al., 2017) (Ye, et al., 2020) за  $SD=6.1$  (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, & Станіславчук, 2020) потрібно по 65 осіб у кожній групі. При оцінці ризику дропауту як основу було взято показники та розрахунки інших досліджень резилієнсу на українській популяції (Assonov D., 2021), де цей ризик прогнозувався на рівні 10%. Для отримання 80% потужності дослідження при  $p < 0.05$  та ризику дропауту біля 12% (щоб врахувати потенційних факторів, пов'язаних з війною він був закладений на 20% вище ніж описаний в літературі для подібних досліджень) необхідно 146 досліджуваних загалом, по 73 в кожену групу.

## Методи статистичної обробки

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 ( $\bar{x} \pm Sx$ ), а в разі розподілу, відмінного від нормального – через медіану (Me), перший (Q1) та третій (Q3) квантилі. Для врахування дисперсії, пов'язаної з пацієнтом, було проведено лінійний регресійний аналіз зі змішаними ефектами. В якості випадкових ефектів виступали інтерсепт та, за умови успішної конвергенції моделі, також нахил. В якості фіксованих ефектів виступали час, група та їхня взаємодія, а також додаткові соціально-демографічні змінні. Для порівняння розміру ефекту між групами було розраховано коефіцієнт розміру ефекту Коена для пов'язаних вибірок ( $d_z$ ) із 95% довірчим інтервалом. Оцінка статистичної значущості змін всередині групи дослідження проводилась з використанням тесту Вілкоксона. 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

### Дорандомізаційні характеристики

Аналіз вихідних даних продемонстрував гомогенність групи дослідження ( $n=73$ ) та групи порівняння ( $n=73$ ) за всіма ключовими соціо-демографічними характеристиками (стать, вік, освіта, сімейний стан) та клініко-психологічними показниками (рівень депресії за PHQ-9, тривоги за GAD-7, посттравматичного стресу за IES-R, кількість пережитих травматичних подій за LEC-5, рівень резилієнсу за CD-RISC-10 та загальний показник якості життя за QOLS), див. **Таблиця 1**.

Показник	Вся вибірка (n=146)	Група дослідження (n=73)	Група порівняння (n=73)	$\chi^2$	p
	N (%)	N (%)	N (%)		
Стать					
Чоловіча	73 (50%)	36 (49.3%)	37 (50.7%)	0.03	0.869
Жіноча	73 (50%)	37 (50.7%)	36 (49.3%)		
Освіта					
Середня	53 (36.3%)	23 (31.5%)	30 (41.1%)	1.45	0.228
Вища	93 (63.7%)	50 (68.5%)	43 (58.9%)		
Сімейний стан					

Неодруж.	62 (42.5%)	28 (38.4%)	34 (46.6%)	1.01	0.315
Одруж.	84 (57.5%)	45 (61.6%)	39 (53.4%)		
	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	<b>t/W</b>	<b>p</b>
Вік	27 (22 - 30.3)	27 (22 - 30)	27 (22 - 31)	2782	0.646
PHQ-9	18 (15 - 21)	18 (15 - 21)	18 (15 - 20)	2566	0.698
GAD-7	16.5 (12 - 19)	17 (12 - 19)	15 (13 - 19)	2506	0.535
LEC-5	5 (4 - 5)	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)	2898	0.343
IES-R	41.6 ± 11.49	41.9 ± 11.4	41.2 ± 11.6	-0.402	0.688
CD-RISC-10	21 (18 - 24)	21 (17 - 24)	21 (19 - 25)	3068	0.114
CQLS	63.5 ± 6.1	62 (58 - 67)	64 (60 - 68)	3031.5	0.151

**Table 1.** Результати первинної психодіагностичної оцінки до початку медико-психологічної реабілітації, залежно від групи (день 1).

Відсутність статистично значущих відмінностей за кожним з цих параметрів ( $p > 0.05$  для всіх порівнянь) дозволяє атрибутувати будь-які виявлені зміни саме впливу реабілітаційної програми, а не відмінностям у вихідних характеристиках груп.

Також не було виявлено статистично значущої різниці і за розподілом категорійних ступенів тяжкості депресії, тривоги, та рівня якості життя (див. **Таблиця 2**).

Показник	Група дослідження (n=73)	Група порівняння (n=73)	p
	N (%)	N (%)	
Ступінь тяжкості депресії (PHQ-9)			0.395
Відсутність	0 (0%)	0 (0%)	
Легкий	0 (0%)	0 (0%)	
Помірний	14 (19.2%)	10 (13.7%)	
Виразений	34 (46.6%)	42 (57.5%)	
Тяжкий	25 (34.2%)	21 (28.8%)	
Ступінь тяжкості тривоги (GAD-7)			0.131
Відсутність	0 (0%)	0 (0%)	
Легкий	3 (4.1%)	0 (0%)	
Помірний	24 (32.9%)	31 (42.5%)	
Тяжкий	46 (63%)	42 (57.5%)	
Рівень якості життя (CQLS)			0.865
Дуже високий	0 (0%)	0 (0%)	
Високий	1 (1.4%)	2 (2.7%)	
Середній	20 (27.4%)	23 (31.5%)	
Низький	46 (63.0%)	43 (58.9%)	
Дуже низький	6 (8.2%)	5 (6.8%)	

**Table 2.** Категорійні показники депресії, тривоги та якості життя на 1 день.

Група порівняння мала дещо нижчу абсолютну кількість осіб з тяжким та помірним ступенями депресії та більшу абсолютну кількість осіб із помірно-тяжким ступенем, проте загалом групи мали дуже подібний профіль розподілу тяжкості депресії. Так само, хоча група дослідження мала 3 пацієнти із легким ступенем тривоги, цього не було достатньо для формального визнання значущості різниці між групами. З цього можна висувати, що групи мали подібний профіль емоційних проявів дезадаптації до початку медико-психологічної реабілітації.

Представленість осіб з різними ступенями якості життя в обох групах було дуже подібним, що дозволяє зробити висновок про подібність суб'єктивної оцінки власної функціональності в учасників обох груп.

### Попарне порівняння груп на 35 день дослідження

Повторне психодіагностичне оцінювання на 35-й день (по завершенню медико-психологічної реабілітації) продемонструвало ефективність проведених заходів. Учасники дослідної групи показали статистично значущу відмінність від групи порівняння у тяжкості симптомів депресії (PHQ-9,  $p < 0.001$ ), тривоги (GAD-7,  $p = 0.001$ ) та посттравматичного стресу (IES-R,  $p = 0.002$ ). Одночасно було зафіксовано значущу різницю у підвищенні показників резилієнсу (CD-RISC-10,  $p < 0.001$ ) та загальної якості життя (CQLS,  $p < 0.001$ ), див. **Таблиця 3**.

Показник	Вся вибірка (n=146)	Група дослідження (n=73)	Група порівняння (n=73)	t/W	p
	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$	$\bar{x} \pm S_x$		
PHQ-9	12 (2 - 18.75)	3 (0 - 13)	16 (7 - 20)	4208	<0.001
GAD-7	11 (1 - 15)	2 (1 - 13)	12 (3 - 17)	3475	0.001
IES-R	31.82 ± 14.02	28.2 ± 13.3	35.5 ± 13.9	3.22	0.002
CD-RISC-10	29 (23 - 35)	35 (29 - 40)	23 (19 - 28)	594	<0.001
CQLS	75 (63 - 82.7)	82 (77 - 86)	66 (59 - 74)	584.5	<0.001

**Table 3.** Результати повторної психодіагностичної оцінки на 35 день після початку медико-психологічної реабілітації, залежно від групи.

Було виявлено і статистично значущу різницю у розподілі якісних рівнів тяжкості депресії, тривоги та рівня якості життя (див. **Таблиця 4**).

Показник	Група дослідження (n=73)	Група порівняння (n=73)	p
	N (%)	N (%)	
Ступінь тяжкості депресії (PHQ-9)			<0.001
Відсутність	39 (53.4%)	20.5%	
Легкий	7 (9.6%)	9.6%	
Помірний	14 (19.2%)	5.5%	
Виражений	11 (15.1%)	32.9%	
Тяжкий	2 (2.7%)	31.5%	
Ступінь тяжкості тривоги (GAD-7)			0.002
Відсутність	44 (60.3%)	21 (28.8%)	
Легкий	1 (1.4%)	2 (2.7%)	
Помірний	13 (17.8%)	23 (31.5%)	
Тяжкий	15 (20.5%)	27 (37%)	
Рівень якості життя (CQLS)			<0.001
Дуже високий	36 (49.3%)	1 (1.4%)	
Високий	21 (28.8%)	14 (19.2%)	
Середній	10 (13.7%)	14 (19.2%)	
Низький	6 (8.2%)	40 (54.8%)	
Дуже низький	0 (0%)	4 (5.5%)	

**Table 4.** Категорійні показники депресії, тривоги та якості життя на 35 день.

Як видно із таблиці, молодь в групі дослідження значно частіше мала депресію легшого

ступеню, а трохи більше половини взагалі не мали клінічно значущих симптомів, в той час як в групі порівняння більше половини мали депресію помірного або важкого ступенів. Так само, майже 2/3 групи дослідження мали відсутність тривоги, проти ~1/3 у групі порівняння, яка частіше мала помірний та важкий рівні тривоги. Така значна різниця підтверджує високу ефективність застосованої медико-психологічної реабілітації у зниженні тяжкості депресії та тривоги й свідчить про доцільність її впровадження в клінічну практику для роботи з молоддю, яка перебуває в умовах війни.

Дуже висока самооцінка якості життя спостерігалась у майже 50% групи дослідження (проти 1.4% групи порівняння), а низький або дуже низький рівні якості життя спостерігались у 8.2% учасників групи дослідження, проти 60.3% учасників групи порівняння. Це дозволяє припускати, що розроблена нами програма медико-психологічної корекції має значущий ефект на самооцінку якості життя молоддю у контексті війни.

### Динаміка симптомів з 1 по 35 день у групі дослідження

У **Таблиці 5** наведено результати порівняння психодіагностичних показників у групі дослідження на 1-й та 35-й день реабілітації. За допомогою тесту Вілкоксона було виявлено статистично значущі зміни за всіма оцінюваними шкалами ( $p < 0.001$  для кожного показника).

	Медіана різниці	W	p
<b>PHQ-9</b>	-12	12.5	<0.001
<b>GAD-7</b>	-11	7.5	<0.001
<b>IES-R</b>	-13	-23	<0.001
<b>CD-RISC-10</b>	+13	2701	<0.001
<b>CQLS</b>	+18	2701	<0.001

**Table 5.** Порівняння показників на 1 та 35 день в групі дослідження (тест Вілкоксона).

Це означає, що від початку медико-психологічної реабілітації у групі дослідження зафіксовано істотне зниження симптомів депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7) та посттравматичного стресу (IES-R), що свідчить про ефективність комплексних заходів у зменшенні психопатологічної симптоматики. Одночасно з цим спостерігалось значне підвищення показників резилієнсу (CD-RISC-10) та загальної якості життя (CQLS), підкреслюючи покращення адаптивних можливостей та загального добробуту учасників дослідної групи.

### Моделювання різниці ефекту лікування з часом

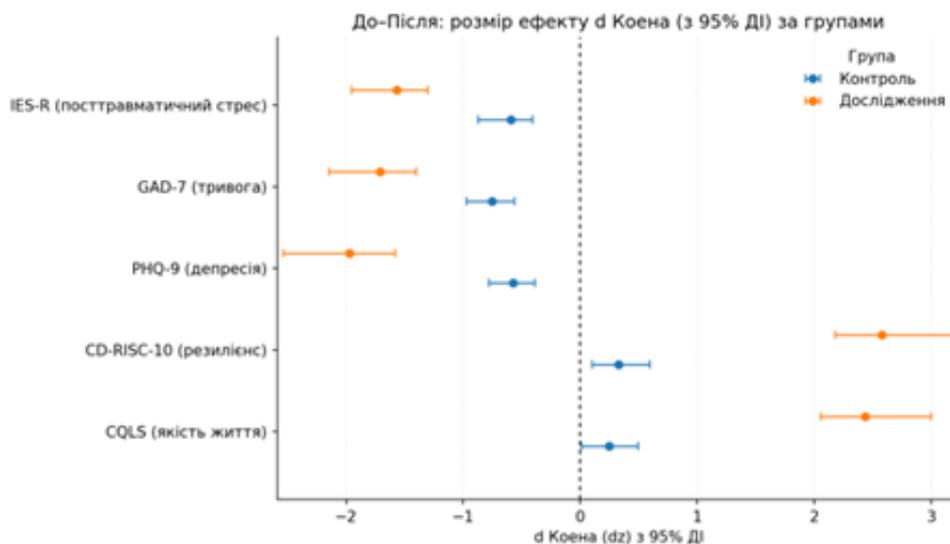
Було побудовано ряд лінійних моделей для оцінки того, чи була різниця між групами у змінах показників із часом значущою. Використання лінійної регресії зі змішаними ефектами дозволило врахувати як індивідуальні відмінності між учасниками, так і повторюваність вимірювань у межах однієї особи та вплив інших характеристик на результат. У кожену модель були включені фіксовані ефекти групи (дослідження, vs. порівняння), часу вимірювання (на завершених реабілітації проти початкового етапу) та їх взаємодії, а також кофактори — вік, стать, освіта та сімейний стан. Випадкові ефекти враховували варіабельність між учасниками та часові відмінності (див. **Таблиця 6**).

Показник	B	S.E.	z	p (z)	95% ДІ	
					2.5%	97.5%
Резилієнс (CD-RISC-10)	10.97	0.79	13.95	<0.001	9.43	12.51
Якість життя (CQLS)	15.88	1.21	13.14	<0.001	13.51	18.25
Тяжкість депресії	-7.36	1.00	-7.34	<0.001	-9.32	-5.39

(PHQ-9)						
Тяжкість тривоги (GAD-7)	-4.80	0.98	-4.93	<0.001	-6.72	-2.89
Тяжкість посттравматичного стресу (IES-R)	-8.00	1.53	-5.24	<0.001	-10.9	-5.01

**Table 6.** Коефіцієнти лінійних моделей зі змішаними ефектами для змінної «Група \* Час» (з врахуванням соціально-демографічних кофакторів) та різними залежними змінними

**Оцінка розміру ефекту.** На **Рисунку 1** представлено результати оцінки змін у психологічних показниках «До – Після», виражені у вигляді розміру ефекту *d* Коена для парних вимірів (*dz*) із 95% довірчими інтервалами.



**Figure 1.** Розмір ефекту за кожною психометричною характеристикою (для обох груп)

По горизонтальній осі відкладено значення ефекту, де від’ємні показники свідчать про зменшення показника після втручання, а додатні — про його зростання. Вертикальна пунктирна лінія в точці нуль відображає відсутність ефекту. По вертикальній осі наведені психодіагностичні інструменти, що використовувалися в дослідженні. Для кожного інструменту результати подані окремо для учасників групи порівняння (синій колір) та групи дослідження (помаранчевий колір). Кожна точка на графіку позначає оцінку розміру ефекту, а горизонтальні лінії відображають 95% довірчі інтервали, що дозволяє оцінити точність розрахованих значень.

Отримані результати свідчать про наявність виражених змін у досліджуваній групі порівняно з групою порівняння. Зокрема, для шкал IES-R, GAD-7 та PHQ-9 у групі дослідження зафіксовано дуже великі від’ємні ефекти, що вказує на істотне зниження симптомів посттравматичного стресу, тривожності та депресії після інтервенції. У групі порівняння зміни також мають від’ємний напрям, однак їхня величина помітно менша, що може відображати зменшення симптомів внаслідок стандартної медико-психологічної реабілітації. Таким чином, порівняння груп чітко демонструє, що отриманий ефект у досліджуваній групі є значно потужнішим.

Для шкал, що відображають ресурси та позитивні характеристики, спостерігалася протилежна динаміка. Для CD-RISC-10 у групі дослідження виявлено великий позитивний ефект, що свідчить про зростання рівня резилієнтності після участі в розробленій програмі медико-психологічної реабілітації. У групі порівняння зміни значно скромніші, що

підтверджує специфічний вплив інтервенції на розвиток стресостійкості. Аналогічна картина спостерігається для CQLS: у групі дослідження зафіксовано великий позитивний ефект, тоді як у групі порівняння — лише незначне підвищення. Це означає, що розроблена інтервенція не лише зменшила рівень симптомів, але й суттєво покращила суб'єктивне відчуття якості життя учасників.

Узагальнюючи, запропоноване втручання мало значний позитивний вплив на психологічний стан учасників: воно асоціювалося з вираженим зменшенням клінічно значущих симптомів (депресії, тривоги та посттравматичного стресу) і водночас сприяло посиленню психологічних ресурсів (резилієнтність і якість життя). Порівняння з групою, що отримувала стандартне лікування, підкреслює, що отримані зміни не можуть бути пояснені лише природним перебігом відновлення або неспецифічними факторами, а є результатом цілеспрямованого впливу досліджуваної інтервенції.

## Обговорення

Отримані результати демонструють суттєві відмінності між двома групами. У групі дослідження спостерігалися дуже великі ефекти зниження симптомів депресії, тривоги та посттравматичного стресу, що відображає виражений терапевтичний вплив інтервенції. У групі порівняння зменшення симптомів також було значущим і досягало помірно-великих ефектів, однак ці показники поступалися результатам у групі дослідження. Щодо показників якості життя та резилієнсу, у групі дослідження виявлено великі ефекти, тоді як у групі порівняння вони залишалися на рівні мінімальних або помірних змін. Сукупно це підкреслює клінічну значущість переваг досліджуваного втручання над стандартними заходами реабілітації для молоді в умовах війни.

Через потенційну користь для клінічної практики, прикладна позитивна психологія, зокрема, концепції резилієнсу, наразі активно вивчаються в країнах, що переживають серйозні потрясіння на кшталт війн. На нашу думку, це може бути пов'язано з недостатньою ефективністю існуючих втручань (зокрема, для молоді) у воєнних умовах (Hall, Nordenving, & Gredebäck, 2022), а також із концептуальними проблемами (Assonov & Khaustova, 2019) та проблемами вимірювання вимірювання (Bogdanov, et al., 2021).

Тому наразі в світі триває розробка втручань, спрямованих на роботу з психологічними втручаннями для молоді, що піддається впливу війн (Alzaghoul, McKinlay, & Archer, 2022). Цьому сприяють наявні докази того, що резилієнс молоді є достатньо високим навіть в умовах експозиції до травматичних подій війни (Uysal, et al., 2022). У квазі-експериментальному дослідженні, що оцінювало вплив заснованих на принципах позитивної психології втручань, на психічне здоров'я підлітків, які переживали стрес як наслідок Ізраїльсько-Палестинського конфлікту, було виявлено значущу різницю з плином часу. Група, що проходила втручання, демонструвала значне покращення психічного здоров'я та суб'єктивного благополуччя, в той час як група контролю демонструвала погіршення показників (Shoshani & Hen, 2025). Квазі-експериментальний дизайн виключає випадкову рандомізацію, що утруднює висновування про причинно-наслідкові зв'язки. Наше дослідження доповнює його результати більш ґрунтовними висновками про вплив саме втручання на психічне здоров'я, що засновуються на випадковому розподілі до груп та врахуванні можливого впливу соціально-демографічних кофакторів під час моделювання зв'язків.

І хоча розроблене втручання стосується умов клінічного закладу, наявні дослідження свідчать і про перспективність впровадження резилієнс-орієнтованих втручань в інших умовах. Наразі наявні дослідження, що свідчать про ефективність таких втручань у навчальних умовах (Tasijawa & Siagian, 2022), або, що може бути надзвичайно актуальним для України, в умовах військової підготовки молоді (Weston, Garst, Bowers, & Quinn, 2021). Окрім того, ведуться дослідження розвитку резилієнсу через творче самовираження молоді із травматичним досвідом (Al-Hroub, 2023), та втручань на засадах сімейної терапії (Miller-Graff & Cummings,

2022).

Таким чином, дослідження втручань для травмованої війною молоді, заснованих на засадах позитивної психології, зокрема концепції резилієнсу, показують ефективність таких заходів у різних контекстах. Наше дослідження доповнює ці дані, надаючи докази ефективності подібних втручань як доповнення до стандартних клінічних програм реабілітації в умовах повномасштабної війни.

## Обмеження

Водночас результати слід інтерпретувати з урахуванням певних обмежень. По-перше, дослідження здійснювалося на відносно невеликій когорті молодих осіб, залучених в умовах одного клінічного закладу, що знижує зовнішню валідність та ускладнює екстраполяцію висновків на ширші популяції та інші соціально-клінічні контексти. По-друге, відсутність процедур засліплення як дослідниці, так і учасників потенційно підвищує ризик систематичних упереджень, зокрема у сфері суб'єктивного самозвіту. По-третє, часові рамки спостереження були обмежені 35 днями, що не дозволяє робити обґрунтованих висновків щодо довготривалих наслідків втручання. Крім того, використання виключно психометричних самоопитувальників обумовлює ймовірність упередженості відповідей та знижує багатовимірність оцінювання ефективності. Таким чином, сукупність зазначених чинників підкреслює доцільність подальших мультицентрових, довготривалих досліджень із розширеними вибірками, використанням змішаних методів оцінювання та адекватними контрольними умовами з метою перевірки універсальності та стабільності отриманих результатів

## Висновки

Розроблена нами програма медико-психологічної реабілітації, спрямована на покращення резилієнсу, продемонструвала значущі ефекти у зменшенні тривожно-депресивних проявів та посттравматичного стресу, а також у покращенні адаптивних можливостей та суб'єктивного почуття добробуту молодих осіб, що зазнали дезадаптації внаслідок війни. Значущий ефект розробленого нами втручання свідчить про важливу захисну роль резилієнсу для психічного здоров'я, та важливість таких його компонентів, як управління емоціями та стресом, розуміння впливу емоцій на життя, вміння розвивати власні сильні сторони та використовувати наявні ресурси, переосмислення негативного досвіду та віднаходження позитивних аспектів шляхом когнітивного переформування.

Ефект програми був стійким протягом часу та до впливів соціально-демографічних кофакторів, що робить програму ефективним доповненням до стандартних заходів медико-психологічної реабілітації молоді та підтверджує, що психологічні втручання, спрямовані на розвиток резилієнсу, є ефективними та відтак мають потенціал для широкого впровадження у медико-психологічну реабілітацію молоді, що постраждала внаслідок війни.

Перспективним є подальше проведення мультицентрових досліджень для перевірки універсальності отриманих результатів. Це дозволить оцінити ефективність програми у різних клінічних та соціальних контекстах, на вибірках із відмінними характеристиками та в умовах різних інституцій. Такий підхід сприятиме формуванню доказової бази для ширшого впровадження резилієнс-орієнтованих програм у практику медико-психологічної реабілітації.

## Посилання

1. 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>
2. 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>
3. Al-Hroub, A. (2023). Art therapy interventions for Syrian child and adolescent refugees: enhancing mental well-being and resilience. *Current Psychiatry Reports*, 25(12), 857-863.
  4. Alzaghoul, A. F., McKinlay, A. R., & Archer, M. (2022). Post-traumatic stress disorder interventions for children and adolescents affected by war in low-and middle-income countries in the Middle East: systematic review. *BJPsych Open*, 8(5), e153.
  5. 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/cnforitieditore20210503>
  6. Assonov, D., & Khaustova, O. (2019). Development of resilience concept in scientific literature of recent years. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 4(4), e0404219-e0404219.
  7. Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björngvinsson, 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>
  8. Bogdanov, S., Girnyk, A., Chernobrovkina, V., Chernobrovkin, V., Vinogradov, O., Garbar, K., . . . Wessells, M. (2021). Developing a Culturally Relevant Measure of Resilience for War-Affected Adolescents in Eastern Ukraine. *Journal on education in emergencies*, 7(2), 311-334. doi:<https://doi.org/10.33682/wxrd-x8fq>
  9. Cameron, P. P., Faith, O. N., Natalie, G. G., & Blair, E. W. (2021). Temporal Stability of Self-Reported Trauma Exposure on the Life Events Checklist for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 248-256.
  10. Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(2), 1019-1028.
  11. 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.
  12. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anxiety*, 18(2), 76-82.
  13. Contractor, A. A., Weiss, N. H., Natesan, B. P., & Elhai, J. D. (2020). Clusters of trauma types as measured by the Life Events Checklist for DSM-5. *International Journal of Stress Management*, 27(3), 380-393. doi:<https://doi.org/10.1037/str0000179>
  14. 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>
  15. Hall, J., Nordenving, S., & Gredebäck, G. (2022). Child development and resilience in war, conflict and displacement. Stockholm International Peace Research Institute.
  16. Jacobson, M., Meiri, Y. K., Friedman-Hauser, G., Attrash-Najjar, A., & Katz, C. (2025). Children and Youth Witnessing In-Person Violence During War and Terrorism: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380251343195.
  17. Kanda, Y. (2013). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone marrow transplantation*, 48(3), 452-458. doi:<https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>
  18. 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>
  19. Krupelnyska, L., Yatsenko, N., Keller, V., & Morozova-Larina, O. (2025). Impact of Events Scale-Revised (IES-R): validation of the Ukrainian version. *Comprehensive Psychiatry*, 139(15259), 152593.
  20. Miller-Graff, L. E., & Cummings, E. M. (2022). Supporting youth and families in Gaza: A randomized controlled trial of a family-based intervention program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8337.

21. Pavlova, I., Krauss, S., McGrath, B., Cehajic-Clancy, S., Bodnar, I., Petrytsa, P., & Zhara, H. (2024). Individual and contextual predictors of young Ukrainian adults' subjective well-being during the Russian-Ukrainian war. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(3), 886-905.
22. Shoshani, A. (2021). Transcending the reality of war and conflict: effects of a positive psychology school-based program on adolescents' mental health, compassion and hopes for peace. *The Journal of Positive Psychology*, 16(4), 465-480.
23. Shoshani, A., & Hen, R. (2025). Enhancing mental health and resilience in war-affected youth: The impact of virtual reality-induced awe experiences. *Computers in Human Behavior*, 171, 108707.
24. Slone, M., & Shoshani, A. (2022). Effects of war and armed conflict on adolescents' psychopathology and well-being: Measuring political life events among youth. *Terrorism and political violence*, 34(8), 1797-1809.
25. Sodolevska, V. (2024). The Impact of War on the Mental Health of Youth: The Role of Resilience and Psychological Interventions. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(3). doi:<https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.532>
26. Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. doi:<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
27. Sun, Y., Fu, Z., Bo, Q., Mao, Z., Ma, X., & Wang, C. (2020). The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, 20(1), 474. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02885-6>
28. Tal-Saban, M., & Zaguri-Vittenberg, S. (2022). Adolescents and resilience: factors contributing to health-related quality of life during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3157. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19063157>
29. Tasijawa, F. A., & Siagian, I. (2022). School-based Interventions to Improve Adolescent Resilience: A Scoping Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 33-40. doi:<https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8063>
30. Thabet, A., Ghandi, S., Barker, E. K., Rutherford, G., & Malekinejad, M. (2023). Interventions to enhance psychological resilience in forcibly displaced children: A systematic review. *BMJ Global Health*, 8(3).
31. UNICEF. (2024). Аналітичний звіт за результатами опитування українських підлітків у 2022/2023 роках "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді" в межах міжнародного проєкту BOO3 "Health behavior schoolage children" (HBS3).
32. Uysal, B., Yanik, M., Tastekne, F., Tuzgen, E., Altinisik, E., & Acarturk, C. (2022). Psychological problems and resilience among Syrian adolescents exposed to war. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 100258. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100258>
33. Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Отримано з National Center for PTSD: [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp)
34. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. у J. Wilson, & T. M. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD* (с. 399-411). Guilford.
35. Weston, K. L., Garst, B. A., Bowers, E. P., & Quinn, W. H. (2021). Cultivating knowledge of resiliency and reintegration among military youth through a national youth leadership program. *Evaluation and Program Planning*, 86, 101915.
36. 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>
37. 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>

38. Гаркавенко, Н., & Доскач, С. (2023). Психологічні особливості ставлення молоді до смерті в період війни. *Молодий вчений*, 2(114), 47-50.
39. Доценко, В. (2025). Психологічна допомога в умовах війни: виклики та шляхи подолання. *Проблеми психології дільності в особливих умовах*, (сс. 223-224). Черкаси.
40. Лук'янчук, Н. (2025). Психологічна підтримка особистості під час війни в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 1(77), 513-520.
41. Панок, В. Г., & Предко, В. В. (2024). Психологічні особливості посткризового розвитку українців в період війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*(2), 137-142.
42. Пеша, І., & Андріученко, Т. (2023). Збереження психічного здоров'я молоді в умовах повномасштабної війни. *Соціальна робота та соціальна освіта*, 2(11), 106-113.
43. Пророк, Н., Запорожець, О., Гридковець, Л., Царенко, Л., Ковальчук, О., Невмержицький, В., . . . Палієнко, Т. (2018). *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. (Т. 1)*. Київ: ОБСЕ.
44. Сівчук, П. І. (2022). Психологічна травма війни та її соціально-культурні наслідки. *Збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції „Трансформація бізнесу для сталого майбутнього: дослідження, діджиталізація та інновації*, (сс. 175-177). Тернопіль.
45. Хаустова, О. О. (2022). Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Здоров'я України*, 4(4), 22-24.
46. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*, 4(150), 1-11.
47. Шамшуріна, Я. І. (2024). Психологічна травма війни та її наслідки для студентів. *Одеса*.
48. 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>
49. Юдко, О. О. (2024). Особливості застосування захисних механізмів в юнацькому віці під час воєнного стану. *Миколаїв*.