

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНЕ здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій

Валерія Содолевська,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Психічне здоров'я молоді під час війни набуває критичного значення через гострий вплив травматичних подій, таких як військові дії, втрати близьких, вимушена міграція та загальна нестабільність. За даними досліджень, війна створює надзвичайні стресові умови, які підвищують ризик розвитку психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність та депресія [1]. Молодь, яка перебуває на етапі формування психоемоційної стабільності, є особливо вразливою до таких впливів. За даними дослідження, навіть короточасний контакт з екстремальними ситуаціями може мати довгострокові наслідки для психічного здоров'я молодого покоління [2].

В умовах війни важливим стає дослідження механізмів психологічного захисту та резилієнсу, які допомагає адаптуватися до екстремальних умов. Резилієнс є ключовим чинником задля запобігання довгостроковим негативним наслідкам для психічного здоров'я, допомагаючи молоді краще справлятися зі стресовими ситуаціями та знижувати ризики розвитку психопатологічних процесів [3]. Відповідні психологічні інтервенції, спрямовані на підвищення рівня резилієнсу, можуть ефективно допомогти для зменшення психічних наслідків від війни [4].

Зважаючи на значущість згаданої проблематики, дослідження психологічних інтервенцій, що спрямовані на розвиток резилієнс-ресурсів та поліпшення адаптаційних можливостей молоді, є надзвичайно актуальним. Формування ефективних методів психологічної підтримки та втручання є важливим аспектом психосоціальної реабілітації, спрямованої на поліпшення якості життя молодих людей, які постраждали від військових конфліктів [5]. Важливо також відзначити, що резилієнс не тільки допомагає знизити рівень тривожності й депресії, але також впливає на розвиток соціальної підтримки та підвищення самооцінки [6].

Люди, які стикаються з серйозними життєвими труднощами, часто здатні відновити своє нормальне функціонування, попри складні обставини. Резилієнс — це доволі динамічний процес, що охоплює здатність до позитивної адаптації після пережитих негараздів. Наука про резилієнс прагне зрозуміти механізми, що стоять за успішною адаптацією до стресових подій, допомагаючи краще розуміти, чому одні люди адаптуються краще, ніж інші. У цьому контексті важливо брати до уваги нейробіологічні, гормональні та генетичні аспекти резилієнсу. Інтегративний підхід, що охоплює біологічні та психосоціальні системи, допомагає створити багатовимірну картину резилієнсного

функціонування. Важливо також налагоджувати співпрацю науковців із різних дисциплін, щоб удосконалювати методи втручання, спрямовані на підтримку резилієнсу індивідуумів у складних життєвих ситуаціях [7].

Психологічна стійкість, або резилієнс, є складним явищем, яке може допомогти багатьом людям ефективно адаптуватися до стресових ситуацій, навіть попри підвищений ризик розвитку психічних розладів. Вона визначається як позитивна емоційна або поведінкова реакція на труднощі, і на неї можуть впливати як зовнішні чинники, так і внутрішні, зокрема з генетичними особливостями, які залишаються відносно недослідженими. Вивчення генетичних чинників стійкості може дати нове розуміння біологічних механізмів адаптації до стресу, а також сприяти розробці профілактичних заходів і ранніх втручань для тих, хто має високий ризик розвитку психічних розладів [8].

Цей підхід передбачає розгляд резилієнсу з трьох перспектив: як здатності, процесу та результату. Наприклад, здатність до стійкості визначає індивідуальні риси, які допомагають людині адаптуватися до стресу; процес описує поступові зміни, які відбуваються внаслідок взаємодії із зовнішніми обставинами, а результат — це те, як особа зрештою реагує на стресову ситуацію. У контексті геномних досліджень, такі підходи можуть сприяти кращому розумінню того, як люди з різними генетичними рисами адаптуються до стресових ситуацій, ідентифікуванню ключових захисних чинників та допомогти у створенні індивідуалізованих втручань для підтримки психічного здоров'я навіть у несприятливих умовах [9].

Стійкість є важливим захисним чинником, який допомагає людині адаптуватися до складних життєвих ситуацій, зменшуючи її вразливість до стресорів і ризик розвитку психічних розладів. Цей термін походить із технічних наук і став ключовою концепцією в психології та медицині, оскільки його розглядають як механізм позитивної адаптації після травматичних подій. Зазвичай стійкі люди зберігають здатність до нормального функціонування навіть у стресових ситуаціях, швидше відновлюються після травм і хвороб, мають розвинені соціальні навички та емоційну свідомість. Вони сприймають труднощі як виклики, що допомагають їм розвивати особисті якості та зміцнювати власне здоров'я. У контексті психічного здоров'я стійкість виступає як чинник, що зменшує ризик захворювань і полегшує процес одужання [10].

Резилієнс відіграє важливу роль не тільки в подоланні стресу, а й у поліпшенні якості сну в молодих людей. Дані дослідження, які аналізують функціональну зв'язність мозку, демонструють, що психологічна стійкість пов'язана з певними

Таблиця 1. Базові демографічні дані, представлені середнім значенням $\pm$ SD / медіана [Q1–Q3] для кількісних або n (%) для якісних даних

Змінні		Досліджувана група (n = 25)	Група контролю (n = 25)	Критерій Стьюдента (t) / критерій узгодженості (χ^2)	Показник статистично значущої різниці між середніми значеннями групи
Вік (роки)		26,88 $\pm$ 4,96	27,32 $\pm$ 5,50	t = 0,29664	0,768
Стать	Жіноча	13 (52 %)	12 (48 %)	$\chi^2 = 0$	0,783
	Чоловіча	12 (48 %)	13 (52 %)		
Сімейний стан	У шлюбі	16 (64 %)	14 (56 %)	$\chi^2 = 0,083333$	0,573
	Неодружений	9 (36 %)	11 (44 %)		
Освіта	Вища	19 (76 %)	16 (64 %)	$\chi^2 = 0,38095$	0,365
	Середня спеціальна	6 (24 %)	9 (36 %)		

ділянками мозку, зокрема середнім фронтальним грюсом і таламусом. Такі ділянки чинять вплив на загальний стан мозку під час сну. Крім того, резилієнс є посередником між функціональною зв'язністю мозку та якістю сну. Це означає, що молоді люди з вищим рівнем резилієнсу не тільки краще справляються зі стресовими ситуаціями, але й мають якісніший сон, що важливо для їхнього психічного та фізичного здоров'я [11]. У сучасному світі війна може тривати протягом тривалого часу, і її наслідки можуть мати генераційний характер. Тому не лише індивідуальні, але й суспільні аспекти психологічного здоров'я молоді потребують уваги. Війна, що триває, також змінює соціальні зв'язки і структури, що впливає на загальне соціальне функціонування та адаптаційні можливості молодих людей [12].

Дослідження цієї теми сприятиме розробці комплексних стратегій підтримки, які не лише допоможуть молоді справитися з поточними викликами, але й підготують їх до можливих стресових ситуацій у майбутньому [13]. Розуміння ролі резилієнсу в контексті війни стане основою для створення програм, що будуть сприяти психічному благополуччю та адаптації молодих осіб до нових реалій життя [14].

Досвід воєнних конфліктів у різних країнах свідчить про те, що раннє психологічне втручання може значно знизити рівень психопатології у постраждалих. У випадку молоді це особливо важливо, оскільки цей життєвий період є вирішальним для розвитку їхньої особистості та формування соціальних ролей. Неналежна психологічна підтримка протягом цього періоду може призвести до тривалих негативних наслідків для здоров'я, соціальної адаптації та професійної реалізації. Вивчення ефективності психологічних інтервенцій є ключовим для розробки цільових програм підтримки молоді, які зможуть попередити розвиток тяжких психічних розладів і полегшити їхню інтеграцію в суспільство після закінчення конфлікту [15].

Окрім того, дані сучасних досліджень свідчать про важливість комплексного підходу до психологічної реабілітації молоді. Це означає, що інтервенції мають охоплювати не лише терапевтичну роботу, але й психоосвітні програми, які допоможуть молодим людям розвивати навички саморегуляції, емоційної гнучкості та стресостійкості. Такі аспекти можуть стати важливими інструментами для підвищення резилієнсу та запобігання довгостроковим наслідкам стресових чинників, пов'язаних із війною [16]. Важливо приділити увагу не лише індивідуальній терапії,

але й широкому спектру соціальних заходів, які спрямовані на зміцнення психічного здоров'я.

Матеріали та методи дослідження

Учасники дослідження

Дослідження виконували на базі Дорожньої клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1, кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту імені О.О. Богомольця Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. За інформованою згодою досліджено 61 особу віком 18–35 років із порушеннями адаптації, що виникли під час військових дій на території України, які надалі були рандомізовані на досліджувану та контрольну групи.

Критерії включення:

1. Чоловіки та жінки віком від 18 до 35 років.
2. Цивільні особи.
3. Особи, що пережили психотравмувальну подію під час повномасштабного вторгнення в Україну.
4. Особи, які з початку повномасштабного вторгнення в Україну не покидали меж країни.
5. Наявність порушень емоційного стану, що відповідають діагностичним критеріям R45.0 за МКХ-10.

Критерії виключення:

1. Немає інформованої згоди.
2. Недієздатність особи.
3. Зловживання алкоголем або наркотичними речовинами протягом останніх шести місяців.
4. Наявність усіх критеріїв будь-якого психотичного розладу.
5. Участь в іншому дослідженні.

Перед початком дослідження всі учасники ознайомилися з протоколом і підписали інформовану згоду. На момент скринінгу було виключено 11 учасників за такими критеріями:

1. Зловживання алкоголем протягом останніх шести місяців — сім осіб.
2. Нецивільні — три особи.
3. Відповідали всім критеріям психотичного розладу — одна особа.

Розрахунок статистичних даних відбувався в умовах 50 учасників, середній вік яких — 21,1 $\pm$ 5,19. Із них 25 (50 %) — жінки, 25 (50 %) — чоловіки, що відповідає співвідношенню 1 : 1. Серед учасників 30 осіб (60 %) перебувають у шлюбі, тоді як 20 осіб (40 %) — неодружені,

зі співвідношенням 1,5 : 1. За рівнем освіти 35 осіб (70 %) мають вищу освіту, тоді як 15 осіб (30 %) — середню або середньоспеціальну освіту, зі співвідношенням 2,33 : 1. Вихідну демографічну інформацію представлено в таблиці 1.

Дизайн дослідження

Дизайном дослідження — паралельне рандомізоване несліпе контрольоване дослідження з двома групами, у якому контрольна група отримувала звичайне лікування. Рандомізацію було виконано за допомогою відповідної дослідницької програми [www.randomizer.org], де було використано простий процес випадкового розподілу учасників дослідження з генерацією випадкових чисел (0 — контрольна група, 1 — група втручання) для кожного з них. Усіх учасників було розподілено у випадковий спосіб до групи втручання (ДГ) або контрольної групи, у якій отримували стандартне лікування (КГ) (співвідношення 1 : 1). Схему дослідження представлено на рисунку 1.

Етичні питання

Усі учасники дали свою інформовану згоду в письмовій формі після повного пояснення процедур. Це дослідження виконано відповідно до Гельсінської декларації та схвалене Комітетом з біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (протокол № 165 від 05.12.2022).

Протокол лікування

Протокол медико-психологічної реабілітації для української молоді, що зазнала порушень адаптації внаслідок війни, передбачає п'ять сесій, кожна з яких триває 60 хвилин. Кожна сесія орієнтована на психоосвітню роботу, розвиток навичок емоційної саморегуляції, засвоєння технік майндфулнесу, а також роботу з негативними мисленнєвими установками. Учасникам надають практичні інструменти для подолання стресу, тривожності та депресії, що дає змогу глибше розуміти свої емоції та розвивати психологічну стійкість до повсякденних викликів. На завершення кожної сесії учасники отримують короткі завдання для самостійного виконання між зустрічами, що допомагають закріпити навички. Детальний огляд програми втручання представлено в таблиці 2.

Кінцеві результати

Кінцеві результати представлено як загальні бали відповідно до опитувальників:

1. Шкала оцінювання депресії (Patient Health 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 два тижні» та визначає частоту появи скарги (жодного разу — 0 балів, декілька днів — 1 бал, понад половину днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали) [17]. Шкала заповнюється самим пацієнтом за 1–2 хвилини, складається з 10 стверджень. Отримані результати дають підстави припускати наявність депресії та змогу оцінити ефективність терапії.

2. Опитувальник генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), блок № 5 опитувальника PHQ є самоопитувальником для оцінювання рівня тривожності і скринінгу генералізованого тривожного

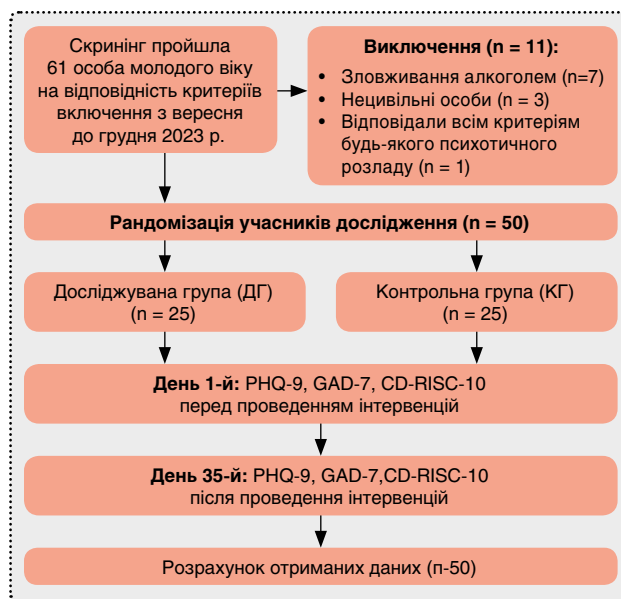


Рисунок 1. Блок-схема дизайну дослідження та розподілу респондентів на групи

розладу (ГТР) [18]. Шкала являє собою тест із семи запитань, охоплює часовий інтервал «останні два тижні» та визначає частоту виникнення скарги (ніколи — 0 балів, декілька днів — 1 бал, більше половини днів — 2 бали, майже щодня — 3 бали).

3. Дослідження рівня резилієнсу (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10) — це скорочена версія шкали для оцінювання здатності особи адаптуватися до стресових ситуацій і відновлюватися після труднощів. Вона містить 10 запитань, які допомагають оцінити рівень психологічної стійкості, як-от здатність швидко оговтатися після невдач, контролювати емоції у стресових ситуаціях та сприймати виклики як можливості для зростання. Відповіді оцінюють за 5-бальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («майже завжди») [19].

Статистичний аналіз

Перед проведенням аналізу всі дані були перевірені на наявність пропущених значень (пропущених даних не виявлено) та відповідність нормальному розподілу. Для оцінювання нормальності розподілу даних використовували тести Колмогорова–Смирнова та Шапіро–Вілка. Дані, які мали нормальний розподіл, були представлені у вигляді середнього значення та стандартного відхилення [M ± SD].

Для оцінювання рівності дисперсій застосовували критерій Бартлетта. Зокрема, для порівняння показників між групами за наявності рівних дисперсій використовували двосторонній t-тест. Результати охоплювали коефіцієнт t-критерію, нестандартизовані коефіцієнти, стандартну помилку та 95 % довірчий інтервал (95 % ДІ).

За нерівності дисперсій застосовували критерій Уелча. Дані зберігали у вигляді таблиці в Microsoft Excel 2019, а статистичний аналіз виконували з використанням безкоштовного програмного забезпечення для медичних досліджень «EZR» версії 1.61 [20].

Результати дослідження

На початку дослідження не було статистично значущих відмінностей у будь-яких демографічних характеристиках

Таблиця 2. Програма психотерапевтичного втручання

Зустріч	Цілі зустрічі	Методи
Зустріч 1-ша: Ознайомлення та визначення резилієнсу (день 1-й)	Психосоціна робота з розвитку резилієнсу. Створення безпечного простору для обговорення власних переживань. Визначення особистих цілей та очікувань	Інтерв'ю для виявлення знань про резилієнс. Робота із журналом рефлексії, де учасник записує свої думки і відчуття. Визначення особистих цілей на основі отриманої інформації
Підсумок: на завершення сесії № 1 учасники отримують чітке розуміння того, що таке резилієнс, і як він може допомогти в подоланні життєвих труднощів, зокрема пов'язаних із військовими подіями. Вони навчаться розпізнавати власні емоційні реакції та поведінкові стратегії в умовах стресу. Завдяки обговоренню особистих переживань і рефлексії через ведення журналу, учасники зможуть визначити власні цілі для подальшої роботи та отримати базові навички для початку формування стійкості. Домашнє завдання допоможе глибше осмислити свої емоції та краще розуміти процеси, що відбуваються під впливом стресових чинників		
Зустріч 2-га: Розвиток емоційної стійкості (день 7-й)	Вивчення технік управління емоціями та стресом. Розуміння впливу емоцій на повсякденне життя	Техніки усвідомленості (майндфулнес) для зменшення рівня тривожності. Вправи з глибокого дихання та релаксації. Розробка індивідуального плану управління емоціями
Підсумок: на завершення сесії № 2 учасники отримують навички управління емоціями та стресом, освоюють техніки усвідомленості та релаксації для зменшення рівня тривожності. Вони зрозуміють, як емоції впливають на їх повсякденне життя та навчаться використовувати індивідуальний план для управління емоційним станом. Практичні вправи допоможуть закріпити ці навички та почати застосовувати їх у реальному житті. Домашнє завдання буде зосереджене на використанні технік глибокого дихання та усвідомленості у повсякденних ситуаціях для підвищення емоційної стійкості		
Зустріч 3-тя: Визначення сильних аспектів і ресурсів (день 14-й)	Допомогти учаснику виявити свої сильні сторони і внутрішні ресурси. Створити план для розвитку цих ресурсів	Розмова про позитивний досвід та його вплив на резилієнс; Створення особистого «ресурсного дерева», де учасник ілюструє свої сильні сторони та ресурси
Підсумок: на завершення сесії № 3 учасники зможуть визначити свої сильні сторони та внутрішні ресурси, які сприяють їхньому розвитку резилієнсу. Вони навчаться усвідомлювати вплив свого позитивного досвіду на здатність справлятися з викликами та створювати особисте «ресурсне дерево», де ілюструватимуть власні сильні сторони. Розроблений план розвитку цих ресурсів допоможе учасникам продовжувати зміцнювати свої внутрішні ресурси та використовувати їх у повсякденному житті для подолання стресових ситуацій і труднощів		
Зустріч 4-та: Переосмислення негативного досвіду (день 21-й)	Допомогти учаснику переосмислити негативний досвід та знайти позитивні аспекти. Розвинути навички когнітивного переформулювання	Техніка «дослідження переконань» для виявлення негативних думок. Розробка альтернативних інтерпретацій негативного досвіду. Виконання вправ на позитивне мислення
Підсумок: на завершення сесії № 4 учасники навчаться переосмислювати негативний досвід і знаходити в ньому позитивні аспекти. Вони освоюють навички когнітивного переформулювання, зокрема техніку «дослідження переконань», яка допоможе виявити негативні думки та замінити їх на більш конструктивні й підтримувальні. Виконання вправ на позитивне мислення сприятиме закріпленню нових підходів до обробки негативного досвіду		
Зустріч 5-та: Інтеграція та підбиття підсумків (день 28-й)	Підбиття підсумків щодо отриманих знань та навичок. Розроблення плану подальшого розвитку резилієнсу	Обговорення прогресу учасника за час програми. Створення індивідуального плану розвитку резилієнсу на майбутнє. Використання методу «міст» для зв'язування минулого, теперішнього та майбутнього досвіду
Підсумок: на завершення сесії № 5 учасники підбивають підсумки своєї роботи за програмою, обговорюють власний прогрес і досягнення. Вони розробляють індивідуальний план розвитку резилієнсу на майбутнє, що допоможе їм продовжити роботу над підвищенням емоційної стійкості після завершення програми. Метод «міст» допоможе учасникам зв'язати минулий, теперішній і майбутній досвід, формуючи цілісне бачення свого особистісного розвитку та підвищення резилієнсу		

між групами контролю та дослідження ($p > 0,05$), що можна побачити на таблиці 1.

Усі 50 учасників на початку дослідження пройшли опитування за шкалою депресії PHQ-9, результати якого зазначили, що у групі контролю розподіл за рівнем депресії був таким: вісім (32 %) учасників мали легку депресію, 15 (60 %) — депресію середньої тяжкості та двоє (8 %) — тяжку депресію. Зокрема, у досліджуваній групі, на початку дослідження розподіл за рівнем депресії виглядав так: 11 (44 %) учасників мали легку депресію, 10 (40 %) — депресію середньої тяжкості і четверо (16 %) — тяжку депресію (16 %) (рис. 2).

За даними опитувальника генералізованого тривожного розладу GAD-7, на початку дослідження всі учасники пройшли опитування за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Отримані результати продемонстрували такий розподіл рівнів тривожності серед учасників групи контролю: один (4 %) мав легкі ознаки тривоги, 18 (72 %) — помірне занепокоєння і шестеро (24 %) страждали від надмірної тривожності.

У досліджуваній групі на початку дослідження спостерігали такі результати: два учасники (8 %) мали легкі

ознаки тривоги, 15 (60 %) — помірне занепокоєння, і восьмеро (32 %) — надмірну тривожність (рис. 3).

Результати початкового вимірювання за шкалою резилієнсу CD-RISC-10 підтвердили, що середнє значення у досліджуваній групі становило $19,28 \pm 4,68$, тоді як у контрольній групі — $22,72 \pm 4,83$ ($t = -2,5568$; $p = 0,0138$). Це свідчить про дещо нижчий рівень резилієнсу серед учасників досліджуваної групи на початку дослідження.

На початку дослідження, у групі контролю розподіл рівнів резилієнсу за шкалою CD-RISC-10 був такий: один учасник (4 %) мав низький рівень резилієнсу (0–15 балів), 15 учасників (60 %) — помірний рівень резилієнсу (16–25 балів) і дев'ять учасників (36 %) — високий рівень резилієнсу (26–40 балів).

У досліджуваній групі на початку дослідження п'ять учасників (20 %) мали низький рівень резилієнсу, 17 учасників (68 %) — помірний рівень, і лише троє (12 %) демонстрували високий рівень резилієнсу (рис. 4).

Наведені нижче результати свідчать про повторне оцінювання стану, яке було проведено по завершенню програми на 35-й день для учасників досліджуваної та контрольної груп відповідно.

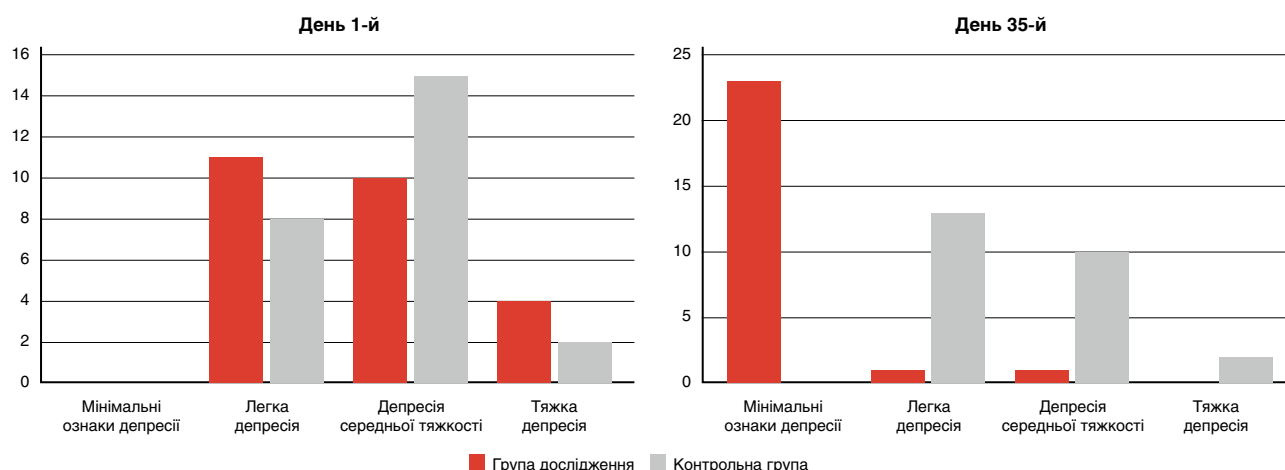


Рисунок 2. Порівняння якісних значень опитувальника стану здоров'я — 9 (PHQ-9) у всіх учасників дослідження на 1-й і 35-й день

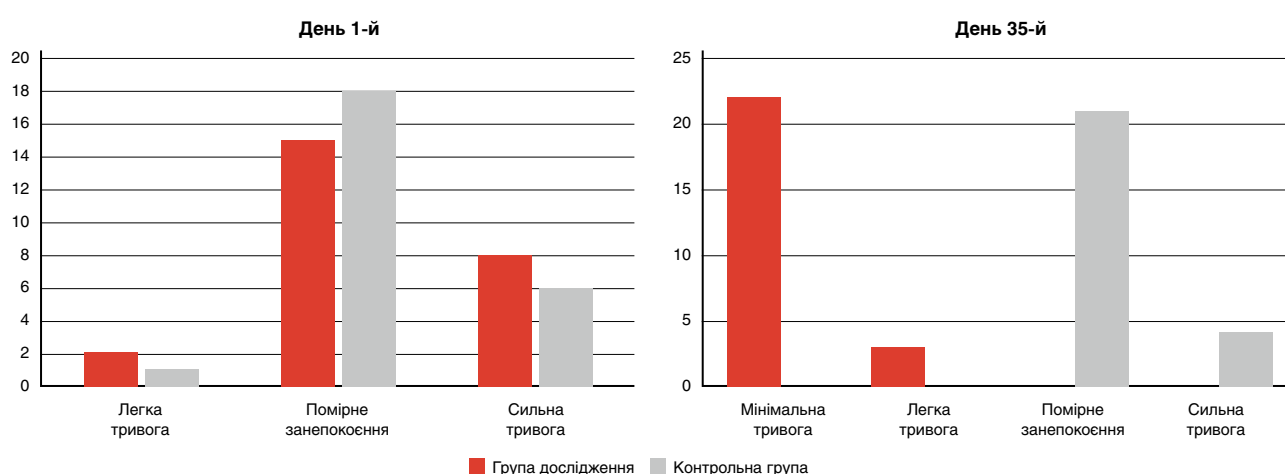


Рисунок 3. Порівняння якісних значень опитувальника для визначення генералізованого тривожного розладу (GAD-7) у всіх учасників дослідження на 1-й і 35-й день

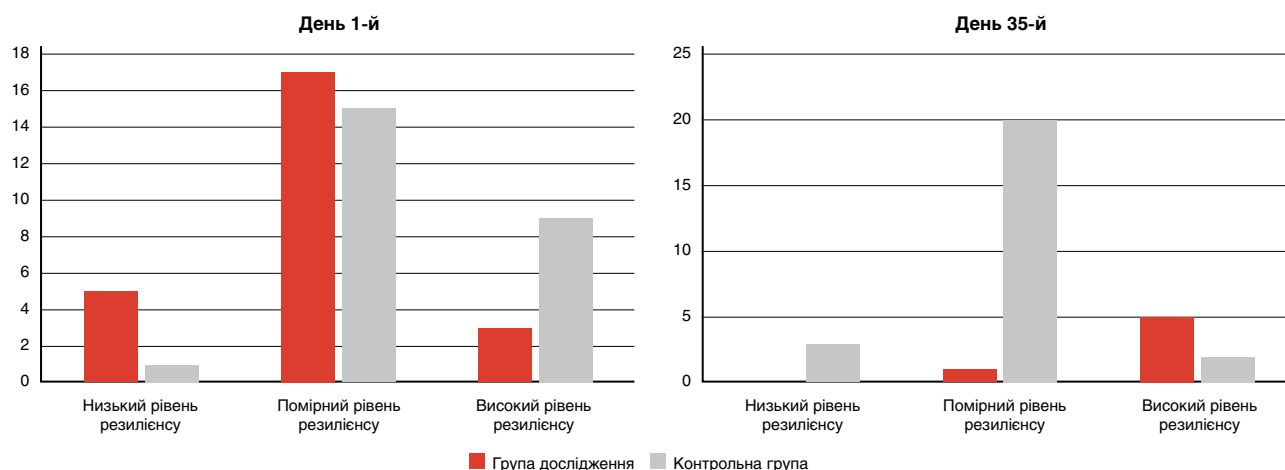


Рисунок 4. Порівняння якісних значень опитувальника для визначення рівня резилієнсу (CD-RISK-10) у всіх учасників дослідження на 1-й і 35-й день

Шкала оцінювання депресії (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

Після 35 днів результати повторного опитування в групі контролю засвідчили незначні зміни. Мінімальних ознак депресії не зафіксовано, проте кількість учасників із легкою депресією збільшилась до 13 учасників (52 %), із депресією середньої тяжкості зменшилась до 10 (40 %), а із тяжкою депресією лишилась на рівні двох осіб (8 %).

Після 35 днів втручання результати в досліджуваній групі засвідчили значне поліпшення психічного стану учасників: 23 (92 %) учасники мали мінімальні ознаки депресії, один (4 %) учасник мав легку депресію і ще один (4 %) — депресію середньої тяжкості. Тяжку форму депресії не зафіксовано серед учасників цієї групи (рис. 2).

Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) із повторними вимірюваннями також підтвердили ефективність

Таблиця 3. Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для PHQ-9 та GAD-7

PHQ-9					
	Сума квадратів	Похибка суми квадратів	Ступені свободи	Відношення дисперсії між середніми значеннями групи і дисперсією всередині кожної групи	Показник статистично значущої різниці між середніми значеннями групи
Intercept	15 876,0	746,96	1	1020,199	< 0,001
Група	635,0	746,96	1	40,808	< 0,001
Час	852,6	318,00	1	128,700	< 0,001
Група × час	655,4	318,00	1	300,423	< 0,001
GAD-7					
	Сума	Похибка суми квадратів	Ступені свободи	Відношення дисперсії між середніми значеннями групи і дисперсією всередині кожної групи	Показник статистично значущої різниці між середніми значеннями групи
Intercept	10 836,8	528,28	1	984,642	< 0,001
Група	734,4	528,28	1	66,729	< 0,001
Час	894,0	119,80	1	358,201	< 0,001
Група × час	823,7	119,80	1	330,026	< 0,001

Примітка. Intercept — вільний член рівняння, середнє значення залежної змінної для всіх груп.

Таблиця 4. Результати ANOVA з повторними вимірюваннями для CD-RISC-10

	Сума	Похибка суми квадратів	Ступені свободи	Відношення дисперсії між середніми значеннями групи і дисперсією всередині кожної групи	Показник статистично значущої різниці між середніми значеннями групи
Intercept	56644	1152,6	1	2359,020	< 0,001
Група	566	1152,6	1	23,590	< 0,001
Час	784	810,0	1	128,700	< 0,001
Група × час	1681	810,0	1	300,423	< 0,001

Примітка. Intercept — вільний член рівняння, середнє значення залежної змінної для всіх груп.

втручання. Основні чинники, як-от група ($p < 0,001$), час ($p < 0,001$) та взаємодія група × час ($p < 0,001$), продемонстрували статистично значущі результати, що свідчить про суттєве зниження симптомів депресії у досліджуваній групі порівняно з контрольною групою. Результати дисперсійного аналізу для повторних вимірювань (Repeated-Measures ANOVA) представлено в таблиці 3.

Отже, у досліджуваній групі після психологічного втручання спостерігалось значне поліпшення психічного стану, що свідчить про ефективність інтервенції.

Опитувальник генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)

За шкалою GAD-7 у досліджуваній групі спостерігалось значне зниження рівня тривожності до $1,84 \pm 1,72$, тоді як у контрольній групі цей показник залишився майже незмінним — $13,00 \pm 2,65$ ($t = 17,669$; $p < 0,001$). Через 35 днів у контрольній групі відбулися мінімальні зміни: частка осіб із помірним занепокоєнням зросла до 21 учасника (84 %), а кількість осіб із сильною рівнем тривоги знизилася до чотирьох (16 %).

Після 35 днів втручання результати в досліджуваній групі продемонстрували суттєве поліпшення психічного стану учасників. Зокрема, 22 учасники (88 %) мали мінімальну тривогу, троє (12 %) — легку тривогу, а помірного занепокоєння і сильної тривожності більше не було зафіксовано серед учасників цієї групи (рис. 3).

Дані дисперсійного аналізу також підтвердили статистично значущі результати за всіма ключовими чинниками — група ($p < 0,001$), час ($p < 0,001$) та взаємодія група × час ($p < 0,001$), що підтверджує ефективність втручання у зменшенні симптомів тривоги). Результати дисперсійного аналізу для повторних вимірювань (Repeated-Measures ANOVA) представлено в таблиці 3.

Таким чином, психологічне втручання в досліджуваній групі продемонструвало значний позитивний ефект щодо зниження рівня тривожності, тоді як у контрольній групі прогрес був значно менш виразним.

Дослідження рівня резилієнсу (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10)

Результати за шкалою резилієнсу CD-RISC-10 також засвідчили значне поліпшення психічного стану в досліджуваній групі, де середнє значення зросло до $33,08 \pm 4,01$, тоді як у контрольній групі спостерігалось мінімальне зниження до $20,12 \pm 4,52$ ($t = 10,723$; $p < 0,001$). Це підтверджує ефективність втручання для підвищення рівня резилієнсу серед учасників досліджуваної групи.

На 35-й день у групі контролю спостерігались незначні зміни: троє учасників (12 %) залишались із низьким рівнем резилієнсу, 20 осіб (80 %) мали помірний рівень, а лише двоє (8 %) — високий рівень резилієнсу. Після втручання (на 35-й день) результати в цій групі продемонстрували суттєве поліпшення: жоден учасник не залишився з низьким

рівнем резилієнсу (0 %), один (4 %) мав помірний рівень і 24 (96 %) досягли високого рівня резилієнсу (рис. 3).

Дані дисперсійного аналізу засвідчили статистично значущі результати за всіма чинниками, що підтверджують ефективність втручання в розвитку резилієнсу). Результати дисперсійного аналізу для повторних вимірювань (Repeated-Measures ANOVA) представлено в таблиці 4.

Висновки

Результати дослідження підтвердили суттєві позитивні зміни у досліджуваній групі порівняно з контрольною групою після 35 днів психологічного втручання. За шкалою PHQ-9 рівень депресії в досліджуваній групі значно знизився: кількість учасників із мінімальними ознаками депресії зросла до 92 %, тоді як у контрольній групі значних змін не було зафіксовано (52 % із легкою депресією). За шкалою GAD-7 спостерігалось суттєве зниження рівня тривожності в досліджуваній групі, де 88 % учасників мали мінімальний рівень, тоді як у контрольній групі більшість учасників залишилася з помірним рівнем занепокоєння (84 %). Також відзначено значне поліпшення рівня резилієнсу за шкалою CD-RISC-10: 96 % учасників досліджуваної групи досягли високого рівня, тоді як у контрольній групі таких осіб було лише 8 %.

Дані дослідження продемонстрували суттєві позитивні зміни в психічному стані учасників досліджуваної групи після 35 днів психологічного втручання. Ці результати свідчать про ефективність психологічної інтервенції для зменшення психопатологічних симптомів та підвищення резилієнсу в молоді, яка переживає вплив війни. Важливо зазначити, що резилієнс як психологічний ресурс відіграє ключову роль у стійкості до стресових та травматичних ситуацій, а його розвиток може сприяти поліпшенню адаптаційних можливостей молоді.

Отримані результати підтверджують доцільність застосування таких інтервенцій у кризових ситуаціях, а також необхідність їх подальшої адаптації до різних категорій населення. Майбутні дослідження можуть зосередитися на вивченні довготривалого ефекту психологічних втручань, а також на розширенні підходів до розвитку резилієнсу серед молоді в умовах таких тривалих стресових ситуацій, як війна. Важливо розширити дослідження для інших категорій молоді, що переживають вплив війни, щоб оцінити довготривалу ефективність втручань і сприяти розвитку адаптаційних ресурсів у кризових ситуаціях.

Література

- Wang S., Barrett E., Hicks M. H. et al. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry research*. 2024. Vol. 339. P. 116056. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056>.
- Smeeth D., Beck S., Karam E. G. et al. The role of epigenetics in psychological resilience. *The lancet. Psychiatry*. 2021. Vol. 8, № 7. P. 620–629. URL: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30515-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30515-0).
- Troy A. S., Willroth E. C., Shallcross A. J. et al. Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. *Annual review of psychology*. 2023. Vol. 74. P. 547–576. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>.
- Ben-Ezra M., Mor-Ben-Ishai S., Hamama-Raz Y. et al. The association between negative war-related beliefs and probable PTSD and complex PTSD among Ukrainians during the 2022 Russian invasion.

Psychiatry research. 2024. Vol. 339. P. 116051. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116051>.

5. Kunzler A. M., Helmreich I., Chmitorz A. et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020. Vol. 7(7), CD012527. URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>.

6. Holmes J. Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. *Attachment & human development*. 2017. Vol. 19, № 4. P. 364–381. URL: <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1306087>.

7. VanMeter F., Cicchetti D. Resilience. *Handbook of clinical neurology*. 2020. Vol. 173. P. 67–73. URL: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00008-3>.

8. Choi K. W., Stein M. B., Dunn E. C. et al. Genomics and psychological resilience: a research agenda. *Molecular psychiatry*. 2019. Vol. 24, № 12. P. 1770–1778. URL: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0457-6>.

9. Reid R. Psychological Resilience. *The Medico-legal journal*. 2016. Vol. 84, № 4. P. 172–184. URL: <https://doi.org/10.1177/0025817216638781>.

10. Babić R., Babić M., Rastović P. et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*. 2020. Vol. 32, № 2. P. 226–232.

11. Shi Y., Bai Y., Zhang L. et al. Psychological resilience mediates the association of the middle frontal gyrus functional connectivity with sleep quality. *Brain imaging and behavior*. 2022. Vol. 16, № 6. P. 2735–2743. URL: <https://doi.org/10.1007/s11682-022-00735-5>.

12. Slone M., Peer A. Children's Reactions to War, Armed Conflict and Displacement: Resilience in a Social Climate of Support. *Current psychiatry reports*. 2021. Vol. 23, № 11. P. 76. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01283-3>.

13. Oviedo L., Seryczyńska B., Torralba J. et al. Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19, № 20. P. 13094. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013094>.

14. Sharif Nia H., She L., Froelicher E. S. et al. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale among Iranian population. *BMC psychiatry*. 2023. Vol. 23, № 1. P. 92. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04580-8>.

15. Hodes M. Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2023. Vol. 28, № 1. P. 3–14. URL: <https://doi.org/10.1177/13591045221125639>.

16. Bürgin D., Anagnostopoulos D., Board and Policy Division of SCAP et al. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*. 2022. Vol. 31, № 6. P. 845–853. URL: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>.

17. Широка А. О., Миколайчук М. Я. І. Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (aaq-ii) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 3. С. 101–112. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>.

18. Aleksina N., Gerasimenko O., Lavrynenko D. et al. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2024. Вип. 11. С. 77–103. URL: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2024-2-9>.

19. Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. та ін. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозний спонділіт. *Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова*. 2020. С. 66–72. URL: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>.

20. Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*. 2012. Vol. 48, № 3. P. 452–458. URL: <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>.

Психосоматична медицина та загальна практика. 2025. Том 9, № 3. DOI: 10.26766/ptmgrp.v9i3.532