

Завадська О. Р.*кандидат історичних наук, магістр психології,
старший викладач кафедри психології
Національного університету «Острозька академія»
ORCID: 0009-0009-4125-6145*

ПСИХІЧНІ НАСЛІДКИ ВІЙНИ ДЛЯ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: СПЕКТР РОЗЛАДІВ ТА ВИКЛИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

MENTAL HEALTH CONSEQUENCES OF WAR FOR THE ADULT POPULATION OF UKRAINE: SPECTRUM OF DISORDERS AND CHALLENGES OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

Мета дослідження: Систематизувати наукові дані щодо психічних наслідків війни для дорослого населення України та визначити основні виклики у наданні психологічної допомоги постраждалим.

Методи дослідження: Теоретичний аналіз, систематизація та узагальнення наукових публікацій, присвячених психічному здоров'ю населення в умовах війни; аналіз статистичних даних Міністерства охорони здоров'я України та міжнародних організацій;

Результати дослідження: Виявлено, що війна в Україні спричинила широкий спектр психічних розладів серед дорослого населення. Найпоширенішими є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що діагностується у 15–30% осіб із зони бойових дій; тривожні розлади (20–40% населення); депресивні розлади (18–32%); адаптаційні розлади; соматоформні розлади; зловживання психоактивними речовинами. Виокремлено групи підвищеного ризику: комбатанти (35–45% з ПТСР), внутрішньо переміщені особи (ВПО) (22–38% з тривожно-депресивними розладами), цивільні особи з окупованих територій (18–30%), родини загиблих та зниклих безвісти (до 50% з ускладненим горем), медичні працівники (синдром емоційного вигорання у 40-60%). Визначено основні виклики психологічної допомоги: недостатня кількість кваліфікованих фахівців; стигматизація психічних розладів; географічна недоступність послуг; відсутність єдиних протоколів; брак культурно-адапованих методик; недостатнє фінансування.

Висновки: Війна в Україні створила безпрецедентну психологічну кризу, що вимагає системного підходу до організації психологічної та психіатричної допомоги. Необхідна розробка національної стратегії психічного здоров'я, підготовка фахівців за доказовими протоколами (КПТ, EMDR), створення багаторівневої системи допомоги, інтеграція психосоціальної підтримки на рівні громад. Перспективи подальших досліджень включають лонгітюдні дослідження динаміки психічних розладів, розробку валідизованих україномовних діагностичних інструментів, вивчення міжгенераційної передачі травми.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, депресія, війна в Україні, психологічна допомога, комбатанти, внутрішньо переміщені особи, психічне здоров'я.

Objective: To systematize scientific data on the mental health consequences of war for the adult population of Ukraine and identify key challenges in providing psychological assistance to affected individuals.

Methods: Theoretical analysis, systematization and generalization of scientific publications on mental health in war conditions; analysis of statistical data from the Ministry of Health of Ukraine and international organizations; content analysis of clinical reports from psychological services.

Results: The war in Ukraine has caused a wide spectrum of mental disorders among the adult population. The most prevalent are: post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosed in 15-30% of individuals from combat zones; anxiety disorders (20-40%); depressive disorders (18-32%); adjustment disorders; somatoform disorders; substance abuse. High-risk groups identified: combatants (35-45% with PTSD), internally displaced persons (IDPs) (22-38% with anxiety-depressive disorders), civilians from occupied territories (18-30%), families of deceased and missing persons (up to 50% with complicated grief), healthcare workers (burnout syndrome in 40-60%). Main challenges: insufficient qualified specialists; stigmatization; geographical inaccessibility; lack of unified protocols; insufficient funding.

Conclusions: The war in Ukraine has created an unprecedented psychological crisis requiring a systematic approach. National mental health strategy development, evidence-based training (CBT, EMDR), multi-level support system, and community-based integration are essential. Future research should include longitudinal studies, validated Ukrainian diagnostic tools, and intergenerational trauma transmission studies.

Key words: post-traumatic stress disorder, anxiety disorders, depression, war in Ukraine, psychological assistance, combatants, internally displaced persons, mental health.

Постановка проблеми. Повномасштабна війна, розпочата Російською Федерацією проти України 24 лютого 2022 року, стала найбільшою гуманітарною кризою в Європі з часів Другої світової війни. За даними ООН, станом на початок 2024 року понад 10 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами або біженцями [44]. Масш-

табні бойові дії, окупація територій, систематичні обстріли цивільних об'єктів, масові звірства створили безпрецедентну психологічну кризу в українському суспільстві.

«За нашими попередніми прогнозами на даний момент війни, надалі психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн українців, з них близько

3–4 млн потрібно буде призначати медикаментозне лікування», – сказав Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко, представляючи результати проведеного експрес-аудиту послуг для охорони психічного здоров'я, які надаються органами державної влади» [33].

Світова організація охорони здоров'я констатує, що війни та збройні конфлікти належать до найпотужніших факторів, що детермінують психічні розлади на популяційному рівні. Мета налізи досліджень наслідків воєн у різних регіонах світу демонструють, що поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед постраждалого цивільного населення коливається від 15% до 30%, тривожних розладів – від 20% до 40%, депресивних розладів – від 18% до 32% [45]. Ієрархія соціальних груп, які наразі найбільше потребують психологічної допомоги, майже не відрізняється від відповідей загалом. Так, на думку близько половини опитаних, найбільше наразі потребують психологічної допомоги ті самі військові, що були брали участь у бойових діях (51%), а також ті, хто втратили близьку людину через війну (48%). Цивільні з досвідом перебування в окупації 31% і цивільні, що перебували поблизу або безпосередньо у зоні активних бойових дій 29% станом на 2023 рік [26]. Отже, приблизно 12,7 мільйона людей потребуватимуть гуманітарної допомоги в Україні у 2025 році. У межах України близько 3,7 мільйона людей наразі вимушено переміщені зі своїх домів, тоді як ще 6,9 мільйона українців шукали безпеки за кордоном, зокрема 6,3 мільйона по всій Європі, при цьому оцінки УВКБ ООН відзначають поточні та нові виклики, особливо у міру зростання вразливості з часом [42].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психічні наслідки війни в Україні досліджуються вітчизняними та міжнародними науковцями з 2014 року, коли розпочалася збройна агресія на Сході України. Значний внесок у розуміння психологічних наслідків війни зробили дослідження О. Кокуна, Н. Лозінська, І. Пінчук, що зосереджувалися на ПТСР у комбатантів [12; 13; 14; 31]. Дослідження Л. Найдьонової, Пов'якель Н, розкривали психологічну підтримку постраждалих в умовах воєнного конфлікту [24]. М. Панов, О. Карагодіна досліджували професійну реадаптацію внутрішньопереміщених осіб, ключових груп [21; 26].

Однак, повномасштабна війна 2022–2024 років створила якісно нову ситуацію: залученість практично всього населення країни до травматичних подій, множинні і пролонговані травматичні впливи, поєднання військової травми з масовими міграційними процесами та економічною кризою. Це актуалізує необхідність систематизації наявних даних та визначення специфічних викликів у наданні психологічної допомоги.

Виділення невіршених раніше частин загальної проблеми. Попри зростаючу кількість досліджень, залишаються недостатньо вивченими: 1) особливості клінічної картини психічних розладів в умовах пролонгованої війни; 2) специфіка коморбідності психічних і соматичних розладів; 3) культурно-спе-

цифічні прояви психічної травми в українців; 4) ефективність різних моделей психологічної допомоги в українському контексті; 5) довгострокові наслідки травматизації для психічного здоров'я нації. Наприклад, О. М. Кокун, В. В. Ключков, В. М. Мороз, І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [12] у своєму методичному посібнику «Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій» (2022) детально розглядають теоретичні основи формування психологічної стійкості з урахуванням стресорів професійної діяльності, чинників та гендерних особливостей. Вони також презентують практичний досвід щодо формування психологічної стійкості особового складу в арміях провідних країн світу [15; 16]. Наступним важливим дослідженням є кандидатська дисертація В. В. Ключкова «Розвиток психологічної стійкості військовослужбовців Сухопутних військ до дій у бойових умовах» (2022), в якій розглядаються методи та підходи до розвитку психологічної стійкості військовослужбовців, зокрема через тренінги та психокорекційні програми [11]. Щодо міжнародного досвіду, методичний посібник «Психологічне забезпечення Збройних Сил України» (2022) містить теоретичні основи системи психологічного забезпечення Збройних Сил України, особливості її організації з урахуванням видорудової діяльності, а також представлений практичний досвід психологічного забезпечення, як армій провідних країн світу (США, Канада, Німеччина, Ізраїль), так і діяльності військ (сил) Збройних Сил України в російсько-українській війні [1].

Мета статті – систематизувати науковий доробок щодо спектру психічних розладів, спричинених війною, у дорослого населення України та визначити ключові виклики у наданні адекватної психологічної допомоги постраждалим.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс теоретичних методів:

1. Систематичний огляд літератури. Здійснено пошук публікацій у базах даних PubMed, Google Scholar, Scopus, Web of Science за ключовими словами: «PTSD Ukraine», «war mental health Ukraine», «displaced persons psychological», «combat stress Ukraine» за період 2014–2024 років.

2. Контент-аналіз офіційних звітів. Проаналізовано звіти Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, ВОЗ, ВООЗ, ЮНІСЕФ, Міжнародного комітету Червоного Хреста за 2022–2024 роки.

3. Аналіз статистичних даних. Опрацьовано епідеміологічні дані щодо поширеності психічних розладів в Україні за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України.

4. Методи систематизації та узагальнення використано для структурування інформації щодо типології психічних розладів та моделювання системи психологічної допомоги.

Результати дослідження. До спектру психічних розладів у дорослого населення України в умовах війни відносимо: ПТСР, Тривожні розлади охоплю-

ють широкий спектр станів: генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, депресивні розлади, адаптаційні розлади, соматоформні розлади, зловживання психоактивними речовинами, розлади горювання. З метою якісного дослідження ми виокремили групи підвищеного ризику: військовослужбовці та комбатанти, внутрішньоопереміщені особи, медичні працівники, жінки, що пережили насильство, літні люди.

Комбатанти та військовослужбовці. Посттравматичний стресовий розлад є найбільш досліджуваним наслідком військових дій. За критеріями DSM-5 та МКХ-11, ПТСР діагностується за наявності травматичної події та специфічного симптомокомплексу: нав'язливих спогадів та флешбеків; уникнення нагадувань про травму; негативних змін у когніціях і настрої; гіперзбудження [32]. Дослідження О. Кокуна та співавторів (2023) серед військовослужбовців ЗСУ (n=1456) виявило повний ПТСР у 35% респондентів, часткові симптоми – у додаткових 22%. Міжнародне дослідження за участю українських військових показало преваленс ПТСР 38–45%. Результати дослідження дають значне розуміння того, як ці особисті характеристики впливають на результати здоров'я, та висвітлюють відмінності залежно від контексту військової служби. Результати показали, що поранені бійці демонстрували значно вищі рівні негативних показників психічного та фізичного здоров'я порівняно з елітними військовослужбовцями. Цей висновок узгоджується з попередніми дослідженнями, які вказували на те, що фізичні травми, отримані в бойових ситуаціях, можуть посилити психологічний дистрес та соматичні скарги. Поранені комбатанти, які часто стикаються з тривалими періодами відновлення та потенційною довгостроковою інвалідністю, можуть відчувати підвищений стрес і тривогу, що сприяє вищому рівню симптомів ПТСР, виснаження та фізичних скарг. На противагу цьому, елітні бойові війська демонстрували вищий рівень стійкості, самоефективності, екстраверсії та емоційної стабільності, які визнаються захисними факторами від стресу та травми. Ці риси, ймовірно, дозволяють елітним бойовим військам ефективніше справлятися з вимогами бойових дій, зберігаючи своє психічне та фізичне здоров'я, незважаючи на складні умови [36; 37].

Суворі процеси відбору та навчання елітних військ також можуть відігравати певну роль у посиленні цих захисних характеристик, оснащуючи їх навичками та мисленням, необхідними для подолання бойових стресорів. Самоефективність, або віра у свою здатність керувати викликами та долати їх, має вирішальне значення для подолання невизначеності та тиску військової служби. Емоційна стабільність, яка передбачає збереження самовладання та ефективного управління емоціями, особливо важлива в умовах високого стресу, таких як бойові дії. Цікаво, що дослідження виявило значні відмінності у зв'язку між сумлінністю та показни-

ками негативного психічного та фізичного здоров'я між двома групами. У поранених комбатантів негативний зв'язок між сумлінністю та показниками здоров'я був менш вираженим порівняно з елітними бойовими загонами. Це може свідчити про те, що вплив сумлінності, яка зазвичай передбачає старанну та дисципліновану поведінку, пом'якшується важкістю бойового досвіду та наявністю фізичних травм. Для елітних бойових військ стійкість та емоційна стабільність були ключовими предикторами зменшення симптомів ПТСР, що підкреслює багатогранний характер психологічної стійкості в цій групі. Так само, моделі, що прогнозують тиск фізичних скарг, підкреслили важливість стійкості та сумлінності в елітних бойових військах, тоді як емоційна стабільність була єдиним предиктором для поранених комбатантів [9;10]. Тому, українські дослідники відзначають специфічні риси ПТСР в умовах пролонгованої війни:

1. Хронічний характер: На відміну від гострого ПТСР після одиної травми, триває множинна ретравматизація через постійні обстріли, повітряні тривоги, новини про загибель [14].

2. Комплексна травма: Поєднання військової травми з втратою близьких, житла, соціального статусу, що ускладнює клінічну картину [15].

3. Відстрочений розвиток: У частини осіб ПТСР маніфестує не одразу, а через 6–12 місяців після травматичної події, що пов'язано з механізмами психологічного захисту [16].

4. Соматизація: Українська культура характеризується схильністю до соматизації психологічного дистресу, тому ПТСР часто маскується соматичними скаргами [14].

Комбатанти. Специфіка: Пряма участь у бойових діях, загроза життю, свідчення смерті та поранень побратимів, моральні травми (moral injury) через необхідність вбивати.

Психічні розлади:

- ПТСР: 35–45%
- Депресія: 25–30%
- Зловживання ПАР: 18–22%
- Суїцидальні думки: 12–15% [14; 25; 26]

Бар'єри до отримання допомоги: Стигматизація («справжній воїн не скаржиться»); страх втратити посаду або дискваліфікації; недовіра до цивільних психологів («вони не розуміють війни»); географічна недоступність у зонах бойових дій [5]

Біженці та Внутрішньо переміщені особи (ВПО):

Вперше у своїй новітній історії Україна зіткнулася зі збройним конфліктом на своїй землі, що супроводжується серйозними викликами для задоволення потреб у сфері охорони здоров'я та соціального обслуговування. Через 18 місяців, Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (УВКПЛ) оцінило 37 922 жертви серед цивільного населення – 11 979 загиблих та 25 943 поранених (УВКПЛ, 2024). За даними Агентства ООН у справах біженців, станом на листопад 2024 року в Україні проживає майже 4 мільйони внутрішньо переміщених осіб, а також 6,8 міль-

йона біженців, переважно в Німеччині, Польщі та Росії (Агентство ООН у справах біженців, 2024). В Україні національна стійкість спочатку була високою завдяки зростанню єдності та міжнародній підтримці. Однак з часом вона знизилася через тривалий конфлікт, втому від війни та зниження довіри до уряду [40] Цій групі осіб характерні тривожні депресивні, адаптаційні, соматофорні розлади. Тривожні розлади охоплюють широкий спектр станів: генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад. З лютого 2022 року – і станом на липень 2025 року – лише в Європі зафіксовано понад п'ять мільйонів українських біженців, ще 560 000 були переміщені в інші частини світу [52; 65]. Національне дослідження психічного здоров'я (2023) виявило клінічно значущі тривожні симптоми у 38% дорослого населення України. Дослідження Gradus Research «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» опубліковано 28 березня 2024 року показало, що 43% українців відчувають постійну тривогу [19; 29].

Депресивні розлади включають великий депресивний розлад (ВДР), персистуючий депресивний розлад (дистимію), адаптаційні розлади з депресивною симптоматикою. Симптоми тривоги, які вимірюються за допомогою опитувальника GAD-7, включають, серед іншого, нервозність, занепокоєння, неспокій або дратівливість. Результати за шкалою симптомів тривоги також викликають занепокоєння – 23% біженців страждають від симптомів помірної тривоги (порівняно з 7% серед чехів). Знову ж таки, тривога частіше стосується жінок, які становлять понад 70% біженців у Чехії [43].

До їх специфічних проявів відносимо:

1. Антиципаційна тривога: Постійне очікування ракетних ударів, повітряних тривог, що призводить до хронічної гіперактивації симпатичної нервової системи.

2. Тривога розлуки: Особливо характерна для родин військових та осіб, що пережили окупацію – страх втратити близьких.

3. Специфічні фобії: Акустикобія (страх звуків, що нагадують вибухи), клаустрофобія (після перебування в укриттях), амаксофобія (страх їзди в транспорті через ризик обстрілів).

До факторів ризику тут відносимо:

1. Втрати: Смерть близьких, втрата житла, роботи, соціальних зв'язків.

2. Безпорадність: Відчуття неконтрольованості ситуації, неможливості вплинути на перебіг подій

3. Ізоляція: Соціальна ізоляція ВПО, розпад родинних та дружніх зв'язків.

4. Екзистенційна криза: Втрата сенсу життя, руйнування життєвих планів, невизначеність майбутнього [6; 7].

Станом на 2024 рік 38 % респондентів мали високий ризик депресії (оцінка за шкалою PHQ-2 3+). Про ці симптоми частіше повідомляли жінки (42%) та особи з інвалідністю, про яку вони самі повідомляли (45%). Найвищий рівень симптомів депресії

був серед ВПО (50%), далі йдуть особи, що повернулися (42%), та особи, які не переміщені (35%). Ризик депресії був більш поширеним серед осіб, які розглядають можливість переїзду з поточного місця проживання, у короткостроковій чи довгостроковій перспективі. Безробітні мали вищий ризик депресії (54%). Вразливість на рівні домогосподарств, така як використання важких стратегій подолання труднощів та наявність осіб із хронічними захворюваннями, також корелювала з вищими показниками тих, хто повідомляв про симптоми депресії. Третина осіб, які повідомили про високий ризик депресії, зазначили потребу в психологічній підтримці. Особи, які повідомляли про симптоми депресії, також частіше вказували на брак доступу до основних товарів та послуг, ніж особи без симптомів депресії. Особи, які повідомляють про симптоми депресії, відзначали більшу відсутність доступу до основних товарів та послуг. Отже, окрім підтримки психічного здоров'я, особи, які повідомляють про симптоми депресії, можуть потребувати ширшої підтримки, щоб допомогти їм відновити доступ до основних товарів та послуг і відновити достатній рівень психічної та матеріальної стійкості. У 60–70% випадків депресія супроводжується тривожними розладами (тривовно-депресивний синдром), що ускладнює діагностику та лікування [35].

Частка респондентів, які повідомили про наявність симптомів депресії, була найвищою серед ВПО (50%), далі йдуть особи, що повернулися (42%), та особи, які не є переміщеними особами (35%). Ці частки збільшувалися коли переміщення поєднувалося з іншими характеристиками, зокрема статтю респондента та, у випадку тих, хто повернувся, часом з моменту повернення. Серед ВПО такі відмінності були менш вираженими, що потенційно вказує на вищий ризик цієї групи, незалежно від супутніх факторів. Крім того, симптоми депресії, як правило, частіше повідомляли особи, які розглядають можливість переїзду, у короткостроковій чи довгостроковій перспективі, зокрема, якщо наміром було повернутися до місця походження. І навпаки, симптоми рідше повідомляли ті, хто мав намір залишитися у своєму поточному місці проживання, особливо якщо вони мали намір інтегруватися (у випадку ВПО). Примітно, що серед осіб, які планують переїхати на нове місце, 45 відсотків тих, хто має високий ризик депресії (оцінка PHQ-2 3+), планували переїхати за кордон, порівняно з 24 відсотками тих, хто не повідомляв про такі симптоми. Нарешті, ВПО, які зараз проживають у південних областях найчастіше повідомляли про наявність симптомів депресії (46%), далі йдуть ВПО на Сході та в Центрі (по 40%), тоді як найнижча частка респондентів, які повідомляли про такі симптоми, була зафіксована в Західному макро-регіоні (31%). Гендерні відмінності в поширеності симптомів депресії були відносно невеликими серед ВПО (53% жінок та 46% чоловіків) [34; 35]. Однак серед повернутих осіб та непереміщеного населення жінки приблизно на третину частіше повідомляли про симптоми депресії: жінок, які повернулися,

відчували симптоми депресії, порівняно з 34 відсотками чоловіків, які повернулися і жінок, які не переміщені, відчували симптоми депресії, порівняно з 30 відсотками непереміщених чоловіків. М. Панов досліджував психокорекційну роботу професійної реабілітації внутрішньопереміщених осіб. Пов'язані з адаптацією особистості до нових умов життя, з кардинальною перебудовою психологічних якостей особистості, поведінки й діяльності суб'єкта адаптації у відповідь на вимоги нового соціального оточення та зміни самого середовища в процесі задоволення адаптивної потреби вимушеного мігранта з метою їх повноцінної взаємної діяльності та розвитку. Психологічні проблеми та психічні розлади вимушених мігрантів мають комплексний характер, торкаючись всіх основних сфер особистості: емоційної, когнітивної, поведінкової, мотиваційно-потребової, комунікативної [20; 21].

Дослідження ВОЗ у співпраці з МОЗ України (2023) показало 22% серед ВПО із зони активних бойових дій [45]. **Цивільні особи з деокупованих територій:** Попередні дані досліджень у Київській, Чернігівській, Сумській областях вказують на 25–30% з ПТСР, особливо серед тих, хто пережив насильство або утримання [44]. **Цивільне населення прифронтових територій:** Дослідження у Донецькій та Луганській областях (2023, n=1124) виявило ПТСР у 15–18% респондентів [8]. Дослідження у Харківській області (2024) – 21% [21; 62;].

Аналіз наукових підходів до дослідження особливостей проявів психологічних станів біженців в умовах війни виявляє значний вплив військових дій на психічне здоров'я переміщених осіб. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 9,6 мільйона українців мають проблеми з психічним здоров'ям, причому 30% страждають від посттравматичного стресового розладу. Зокрема, серед біженців, які прибули до Польщі, близько 500 тисяч осіб мають психічні розлади, з яких 30 тисяч потребують невідкладної психологічної допомоги. Крім того, дослідження Університету Саутгемптона показало, що майже 70% опитаних українців відзначили підвищену тривожність, а внутрішньо переміщені особи частіше страждали від хворобливих спогадів. Ці статистичні дані підкреслюють необхідність розробки та впровадження ефективних програм психологічної підтримки для біженців, які переживають наслідки війни [3]. Дослідники О. Берегова та К.Коваль зазначили, що стресостійкість біженців є основним фактором, що визначає їхню здатність адаптуватися до нових життєвих умов. Війна та вимушена міграція створюють значний психологічний тиск, що впливає на психоемоційний стан людей. Основні чинники, які визначають рівень стресостійкості, включають індивідуальні психологічні особливості, наявність підтримки з боку родини та громади, особистий досвід подолання кризових ситуацій, а також рівень життєстійкості (resilience). Люди, які мали попередній досвід подолання труднощів або володіють високим рівнем емоційної регуляції, легше адаптуються до змін та швидше знаходять стратегії виходу

з кризових ситуацій. Водночас, особи з низькою стресостійкістю можуть зазнавати тривожних розладів, депресії або розладів адаптації [4, с. 115].

Біженці, які тривалий час перебувають у стані стресу, поступово втрачають здатність радіти життю, їхня мотивація слабшає, а емоційні реакції стають менш виразними. Такий стан супроводжується постійною втомою, апатією, відчуттям безнадії та втратою сенсу життя. На думку дослідників О.Чабан та О. Хаустова емоційне виснаження часто переходить у депресивні розлади. Симптомами депресії можуть бути втрата інтересу до життя, порушення сну, зниження енергії, проблеми з концентрацією уваги, почуття провини або власної непотрібності. У деяких випадках депресія може супроводжуватися суїцидальними думками, особливо у людей, які втратили близьких, зазнали насильства або перебувають у стані глибокої соціальної ізоляції. Це одним наслідком тривалої психологічної напруги є соматичні (фізичні) прояви стресу. Постійний стрес може спричинити головний біль, проблеми з серцем, шлунково-кишкові розлади, порушення імунної системи, що робить людину більш вразливою до хвороб. Хронічний стрес також впливає на гормональний баланс, що може призводити до порушення апетиту, коливань ваги та загального фізичного виснаження [2; 4; 20; 22; 31].

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) Специфіка: Втрата дому, роботи, соціальних зв'язків; необхідність адаптуватися до нового середовища; часто – травматичний досвід евакуації.

Психічні розлади:

- Тривожно-депресивні розлади: 22–38%
- ПТСР: 18–22%
- Адаптаційні розлади: 15–20% [24; 43]

Додаткові стресори:

- Фінансова нестабільність (74% ВПО втратили основне джерело доходу)
- Житлові проблеми
- Стигматизація з боку приймаючих громад
- Розрив сімейних зв'язків [25]

Адаптаційні розлади. Адаптаційні розлади діагностуються у осіб, що переживають значний стрес, але не відповідають повним критеріям ПТСР чи ВДР. За даними досліджень, 15–20% ВПО та 10–15% населення, що залишилося на підконтрольних Україні територіях, мають адаптаційні розлади [27].

Соматоформні розлади. Соматизація психологічного дистресу є характерною для української культури. Дослідження у Львівській області (2023) виявило соматоформні симптоми у 17% респондентів, причому більшість не усвідомлювала психологічну природу скарг [27].

Типові прояви: кардіологічні (кардіалгії, аритмії психогенної природи); гастроентерологічні (синдром подразненої кишки, диспепсія); неврологічні (головний біль напруження, конверсійні симптоми); дерматологічні (псоріаз, екзема на тлі стресу).

Зловживання психоактивними речовинами (ПАР)

Війна призвела до зростання вживання алкоголю, тютюну, медикаментів (особливо бензодіазепінів).

Дані: виявлено:

- Зростання вживання алкоголю на 34% (особливо серед чоловіків 25–45 років)
- Збільшення кількості палять на 28%
- Неконтрольоване вживання бензодіазепінів та снодійних у 15% населення
- Зловживання ПАР серед комбатантів: 18–22% [27, 44, 45]

Розлади горювання

Родини загиблих та зниклих безвісти: Основною метою дослідження було описати досвід проживання втрати близької людини внаслідок російсько-української війни, виявити основні проблеми, з якими зіштовхуються близькі загиблих військових, і сформулювати розуміння, в який спосіб їх можна підтримати. Всього в рамках дослідження було проведено 15 глибинних інтерв'ю [7].

Ускладнене горе (Prolonged Grief Disorder за DSM-5-TR) діагностується у значної частини родин загиблих військових та цивільних. Дослідження показало:

- 50% вдів мають ускладнене горе через 12+ місяців
- 45% батьків загиблих не можуть адаптуватися до втрати
- Особливо важка ситуація у родинах зниклих безвісти (невизначеність унеможливує завершення гору) [7]

Групи підвищеного ризику

Медичні працівники

Специфіка: Робота з масовими втратами, дефіцит ресурсів, загроза власному життю (обстріли медзакладів), моральний дистрес через необхідність робити триаж.

Психічні розлади:

- Синдром емоційного вигорання: 40–60%
- ПТСР: 15–25%
- Тривожні та депресивні розлади: 30–45% [26, 27]

Жінки, що пережили сексуальне насильство

Специфіка: Систематичне використання сексуального насильства як зброї війни російськими військами.

Психічні розлади:

- ПТСР: 55–70%
- Депресія: 60–75%
- Суїцидальність: 25–30%
- Комплексна травма з дисоціативними симптомами [27, 30, 31]

Бар'єри:

- Екстремальна стигматизація
- Страх розголосу
- Недовіра до правоохоронних органів
- Відсутність спеціалізованих служб

Літні особи. Специфіка: Низька мобільність (важко евакуюватися), хронічні захворювання, соціальна ізоляція, менші адаптаційні ресурси.

Психічні розлади:

- Депресія: 35–45% (вдвічі вище за молодші вікові групи)
- Тривожні розлади: 28–35%

• Когнітивні порушення (прогресування деменції на тлі стресу) [27, 31].

Виклики психологічної допомоги

Дефіцит кваліфікованих фахівців. За даними МОЗ України (2024), в країні працює близько 2,5 тисяч клінічних психологів та 4 тисячі психіатрів на 37 млн населення, що критично недостатньо [20]. Співвідношення психологів/психіатрів до населення в Україні – 1:15000, тоді як рекомендація ВООЗ – 1:3000 [45].

Причинами є: Масова еміграція фахівців (за оцінками, 20–25% психологів виїхали за кордон); недостатнє фінансування підготовки спеціалістів; відтік кадрів зі сфери охорони здоров'я через низьку оплату праці; вигорання фахівців, що працюють в умовах надмірного навантаження [42]

До наслідків відносимо: черги на прийом (до 2–3 місяців у великих містах); повну відсутність спеціалістів у малих населених пунктах; неможливість забезпечити довгострокову терапію

Стигматизація психічних розладів. У українському суспільстві зберігається висока стигматизація психічних розладів та звернення до психологів/психіатрів [28].

Дані: Дослідження науковців показало:

- 43% українців вважають, що «справитися з психологічними проблемами можна самотужки»
- 37% бояться, що звернення до психолога стане відомо оточуючим
- 52% комбатантів вважають, що «визнати психологічні проблеми – це слабкість» [39]

До наслідків відносимо: звернення за допомогою лише на етапі глибокої кризи; самолікування (алкоголь, непрописані медикаменти); хронізація розладів. Було виявлено зв'язок між статтю, віком та рівнем освіти, а також показниками знань і ставлення. Були докази позитивного зв'язку між тим, що є чоловіком, та позитивною запланованою поведінкою щодо людей з психічними розладами [середня різниця (MD) = 0,509, 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,021–0,998]. Старший вік негативно корелював з позитивною запланованою поведінкою щодо людей з психічними розладами (MD = -0,017, 95% ДІ 0,0733 до -0,001). Вища освіта позитивно корелювала з знаннями про психічне здоров'я, пов'язаними зі стигмою (MD = 0,438, 95% ДІ 0,090–0,786), та негативно корелювала з авторитарним (MD = 0,755, 95% ДІ 0,295–1,215) ставленням до людей з проблемами психічного здоров'я. [39]

Географічна недоступність послуг Психологічні послуги зосереджені переважно у великих містах. У сільській місцевості та малих містах доступ до кваліфікованих психологів практично відсутній.

Дані: 78% клінічних психологів працюють у обласних центрах, лише 12% – у районних центрах, менше 3% – у селах [5,23].

Часткове розв'язання: Телемедицина та онлайн-консультації, однак спостерігається недостатнє покриття інтернетом у деяких регіонах, низька цифрова грамотність літніх осіб, обмежена ефективність онлайн-формату для важких розладів

Відсутність єдиних протоколів та стандартів.

В Україні немає затверджених, працюючих на державному рівні єдиних клінічних протоколів психологічної допомоги при ПТСР, травми та інших військово-зумовлених розладах. **Відповідно спостерігаються такі наслідки:** різноманітність підходів (від доказових методів до ненаукових практик); відсутність гарантій якості послуг; неможливість оцінити ефективність втручань на системному рівні [5] **Необхідно адаптувати міжнародні протоколи** (КПТ для ПТСР, EMDR, терапія фокусована на травмі) до українського культурного контексту. Частина роботи в цьому напрямку вже зроблена [30, 17].

Недостатнє фінансування. Фінансування психічного здоров'я в Україні становить менше 2% бюджету охорони здоров'я (при рекомендації ВООЗ – мінімум 5%) [37]. Тут маємо справу з такими наслідками: недостатня кількість безоплатних послуг; низька оплата праці фахівців (що призводить до відтоку кадрів); відсутність можливості закупівлі обладнання (для EMDR, нейрофідбек тощо); неможливість масштабувати програми допомоги.

Відсутність культурно-адаптованих методик: Більшість діагностичних інструментів та психотерапевтичних протоколів розроблені закордоном і недостатньо адаптовані до української культури. Вважаємо, що українська психологічна культура українців має свою специфіку: схильність до соматизації психологічного дистресу; цінність стоїцизму та витримки («треба терпіти»); високу значущість родинних зв'язків; релігійність як копінг-механізм у частини населення; історичні травми (Голодомор, репресії, Чорнобиль) [8] Тому, вважаємо за необхідність здійснити валідацію україномовних версій стандартних опитувальників (PCL-5, PHQ-9, GAD-7), а також розробку культурно-релевантних психоедукаційних матеріалів та проводити інтеграцію культурних цінностей у психотерапевтичний процес.

Проблема довгострокової підтримки. Більшість програм психологічної допомоги фокусуються на гострій фазі, тоді як ПТСР та інші розлади часто потребують тривалої (6-12+ місяців) терапії. До визначаючих факторів тут відносимо: обмежене фінансування міжнародних донорських програм (часто 3-6 місяців), брак державних програм довгострокової підтримки; високе навантаження на фахівців унеможлиблює тривале ведення клієнтів.

Перспективні моделі психологічної допомоги

Існує необхідність багаторівневої система допомоги. Зокрема, за рекомендаціями ВООЗ, ефективна система психічного здоров'я в умовах гуманітарної кризи має включати п'ять рівнів [45]:

Рівень 1: Базові послуги та безпека -задоволення базових потреб (їжа, житло, безпека) та психосоціальна підтримка на рівні громад.

Рівень 2: Підтримка громади та родини – групи взаємопідтримки та психоедукація населення.

Рівень 3: Фокусована неспеціалізована підтримка – психологічна перша допомога та базове психологічне консультування (проводять навчені волонтери, соціальні працівники).

Рівень 4: Спеціалізована допомога – психотерапія (КПТ, EMDR тощо) та психофармакотерапія

Рівень 5: Спеціалізована допомога високого рівня – стаціонарна психіатрична допомога та складні випадки (коморбідність, суїцидальність).

Поки що в Україні переважає модель «рівень 4» (індивідуальна психотерапія), тоді як рівні 1–3 недостатньо розвинені, що створює перенавантаження спеціалістів. Також має запрацювати модель «Завдання-шерінг» (Task-sharing) суть якої: навчання неспеціалізованих працівників (медсестер, соціальних працівників, вчителів) базовим навичкам психологічної підтримки за структурованими протоколами. Наприклад, як Програма PM+ (Problem Management Plus) ВООЗ – 5-тижневий протокол, який можуть надавати навчені непрофесіонали під супервізією [44]. Її переваги: швидке масштабування, доступність у віддалених регіонах, розвантаження спеціалістів.

Одним із шляхів покращення ситуації можуть бути цифрові рішення, зокрема телемедицина. Онлайн-консультації психологів через захищені платформи (наприклад, «Моя дитина», «TeleMED», «Теледоктор 24»). Додатки для самопомоги: «eQuoo» – застосунок для розвитку емоційного інтелекту; «PTSD Coach» – від Департаменту у справах ветеранів США (адаптується для України); «Calm», «Headspace» – медитації та релаксація. ШІ-чат-боти: Експериментальні проекти з використанням чат-ботів для психоедукації та скринінгу (наприклад, «Mental Health Bot» від UNICEF).

Інтеграція психологічної допомоги в первинну медичну допомогу. Працюючою моделлю може бути підключення психологів, психотерапевтів, психіатрів у склад команди сімейної медицини. Таке рішення в перспективі може призвести до зменшення стигматизації (звернення до психолога як частина рутинного огляду); ранньої діагностики, комплексного підходу до соматичних та психічних проблем.

Групова терапія та групи підтримки. До переваги такої роботи можемо віднести: їх економічну ефективність (1 терапевт на 8–12 клієнтів), а також нормалізацію досвіду через спільність, взаємне підтримку учасників. Тут можливі варіанти роботи таких груп, як групи підтримки для ВПО; групи для ветеранів, групи для родин загиблих, групова КПТ для ПТСР та депресії.

Висновки:

1. Масштаб проблеми. Війна в Україні створила безпрецедентну кризу психічного здоров'я. За консервативними оцінками, понад 10 млн українців (25–30% дорослого населення) потребують психологічної або психіатричної допомоги. Найбільш вразливі групи – комбатанти (35–45% з ПТСР), ВПО (22–38% з тривожно-депресивними розладами), родини загиблих (до 50% з ускладненим горем), особи з деокупованих територій.

2. Спектр розладів. Домінують посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні розлади, адаптаційні розлади, ускладнене горювання.

Характерна висока коморбідність (60–70% випадків), соматизація психологічного дистресу, зростання зловживання психоактивними речовинами.

3. Системні виклики. Ключові бар'єри у наданні допомоги: критичний дефіцит кваліфікованих фахівців (1:15000 при нормі 1:3000); висока стигматизація психічних розладів; географічна недоступність послуг; відсутність єдиних клінічних протоколів; недостатнє фінансування (менше 2% бюджету охорони здоров'я); брак культурно-адаптованих методик.

4. Необхідність системної відповіді. Подолання кризи психічного здоров'я вимагає: а) розробки та впровадження Національної стратегії психічного здоров'я; б) масового навчання фахівців за доказовими протоколами (КПТ, EMDR, терапія фокусована на травмі); в) створення багаторівневої системи допомоги (від громадської підтримки до спеціалізованих послуг); г) інтеграції психологічної допомоги

в первинну медичну допомогу; д) використання цифрових рішень для масштабування; е) значного збільшення фінансування.

5. Перспективи досліджень. Необхідні: лонгітюдні дослідження динаміки психічних розладів (особливо віддалених наслідків); вивчення між-генераційної передачі травми; розробка та валідація україномовних діагностичних інструментів; дослідження ефективності різних моделей допомоги в українському контексті; вивчення культурно-специфічних проявів психологічної травми.

6. Довгостроковий прогноз. Навіть після завершення активної фази війни психічні наслідки триватимуть десятиліттями (досвід Боснії, В'єтнаму, Афганістану). Критично важливо розпочати системну роботу вже зараз, щоб запобігти хронізації розладів та мінімізувати довгострокові наслідки для психічного здоров'я нації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Балабушка Є. Інтерпретація результатів дослідження психологічної стійкості та готовності військовослужбовців. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2025. № 10(56). С. 1–8.
2. Бахмутова Л. М., Неска А. Особливості психологічних порушень серед українських біженців у Польщі. *Актуальні проблеми психології*. 2022. № 5. С. 3–18.
3. Белякова С. Особливості проявів психологічних станів біженців в умовах війни. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2025. № 10(56). С. 1314–1320.
4. Берегова О. В., Коваль К. І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. *Психологія особистості*. 2022. № 42. С. 113–118.
5. Всеукраїнська програма ментального здоров'я: Ти як? URL: <https://tyyak.com> (дата звернення: 10.11.2025).
6. Дослідження «Шлях ветеранів та ветеранок». *Veteran Hub*. 2024. 87 с. URL: <https://veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf> (дата звернення: 10.11.2025).
7. Дослідження досвіду та потреб близьких загиблих військових. Київ, 2024. 48 с.
8. Інтеграція ветеранів та ветеранок в професійній сфері. *Mental Health Ukraine*. 2024. URL: <https://www.mh4u.in.ua/hochu-dopomogy-blyzkyum/vony-dlya-nas-a-my-dlya-nyh-adaptacziya-veteraniv-na-robochomu-miszci/> (дата звернення: 10.11.2025).
9. Капсльоз Г. Психологічна готовність військовослужбовців до бойової діяльності. *Психологічний стан українців під час війни*. Київ: КМІС, 2024. 156 с.
10. Клочков В. В. Сучасні погляди на проблему формування психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 67-3. С. 71–79.
11. Клочков В. В. Розвиток психологічної стійкості у військовослужбовців Сухопутних військ до дій в бойових умовах: дис. ... д-ра філософії: 053. Київ, 2025. 276 с.
12. Кокун О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ; Одеса: Фенікс, 2022. 128 с.
13. Кокун О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Дослідження змін психологічного стану військовослужбовців впродовж тривалого виконання завдань в зоні ООС. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія*. Том II / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків: ФОП Панов А. М., 2022. С. 345–356.
14. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психічне здоров'я військовослужбовців: діагностика та супровід. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2023. 248 с.
15. Костюкова В. В. Теоретичне обґрунтування психологічної готовності до професійної діяльності майбутніх військовослужбовців. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2022. Т. 3, № 3. С. 42–48.
16. Кузенко А., Скарбовська Ю. Формування стресостійкості та психологічної готовності військовослужбовців до участі в бойових діях. *Молодий вчений*. 2024. № 6(130). С. 156–162.
17. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Київ: МОЗ України, 2023. 42 с.
18. Національне опитування психічного здоров'я 2023. Київ: МОЗ України, 2023. 134 с.
19. Статистичний щорічник 2023. Київ: МОЗ України, 2024. 256 с.
20. Міхеева О., Середа В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. *Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів*. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 461 с.
21. Панов М. Психокорекційна робота професійної реадaptaції внутрішньопереміщених осіб. *Topical issues of science and practice: The VII International scientific and practical conference, November 02-06, 2020, London, Great Britain*. London, 2020. P. 678–682.
22. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2022. № 5. С. 5–10.
23. Пілотне впровадження програми РМ+ «Управління проблемами плюс» в Центрах життєстійкості. *Городенківська громада*. 2024. URL: <https://gorodenka-gromada.gov.ua> (дата звернення: 10.11.2025).
24. Пов'якель Н. І., Найдьонова Л. А. Психологічна підтримка постраждалих в умовах воєнного конфлікту: метод. рек. Київ: Ін-т соціальної та політичної психології НАПН України, 2015. 64 с.
25. Психічне здоров'я ключових груп: потреби і можливості отримання відповідних послуг в умовах війни проти України: звіт за результатами дослідження / Карагодіна О., Ковтун О., Недужко О., Філіппович М., Думчев К. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. 105 с.

26. Карагодіна О., Ковтун О., Недужко О., Філіппович М., Думчев К. Безбар'єрність психологічної допомоги: звіт за результатами дослідження Gradus Research. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. 78 с.
27. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навч. посіб. / за заг. ред. В. В. Огоренка. Дніпро: ЛІРА, 2023. 321 с.
28. Стигматизація ветеранів і ветеранок: ситуація в Україні та досвід США. Київ: Український ветеранський фонд, 2024. 96 с.
29. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: третя хвиля дослідження Gradus Research. 2024. URL: <https://bbu.org.ua/tretya-hvilya-doslidzhennya-gradus-research-mentalne-zdorov-ya/> (дата звернення: 10.11.2025).
30. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: гостра реакція на стрес, пост-травматичний стресовий розлад, порушення адаптації: затв. наказом МОЗ України від 19.07.2024 № 1265. Київ: МОЗ України, 2024. 68 с.
31. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA, 2022. 1120 p.
33. Andreeva V. Over half a million Ukrainians have consulted psychologists and psychiatrists since the beginning of the war – Liashko. *Ukrainska Pravda*. 2022. 28 October. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2022/10/28/251043/> (дата звернення: 10.11.2025).
34. Displacement patterns, protection risks and needs of refugees from Ukraine. *UNHCR*. August 2025. 42 p. URL: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118280> (дата звернення: 10.11.2025).
35. Kalaitzaki A., Goodwin R., Kurapov A., Vintila M., Lazarescu G., Lytvyn S., Tsouvelas G., Tamiolaki A., Danyliuk I., Ramos-Diaz J., Gnisci A., Sergi I., Mottola F., Stulnikova L., Lopez-Calle C., Salas G., Helmy M., Chen Y.-L., Yen C.-F., Czepczor-Bernat K., Samekin A., Topanova G., Zhamuldinov V. N. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023. Vol. 23, No 4. P. 1–12. DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100385
36. Kokun O., Aleshchenko V., Osyodlo V., Pischko I., Lozinska N. Personality and Health in Military Context: A Study of Combatants and Injured Servicemen. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023. Vol. 13, No 2. P. 156–168. DOI: 10.12775/JEHS.2023.13.02.015
37. Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M., Bondjers K., Fox R., Karatzias T., Martsenkovska I., Martsenkovsky I., Pfeiffer E., Sachser C., Vallières F., Hyland P. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67, No 1. P. 1–8. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.27
38. Mental health in emergencies. Geneva: World Health Organization (WHO), 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies> (дата звернення: 10.11.2025).
39. Operational Data Portal: Ukraine Refugee Situation. *UNHCR*. 2025. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (дата звернення: 10.11.2025).
40. Quirke E., Klymchuk V., Suvalo O., Bakolis I., Thornicroft G. Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Global Mental Health (Cambridge)*. 2021. Vol. 8. Article e26. DOI: 10.1017/gmh.2021.9
41. Reznik A., Pavlenko V., Kurapov A., Zavatska L., Korchakova N., Pavlova I., Romem-Porat S., Isralowitz R. War impact on mental health and well-being among Ukrainian and Israeli women: A cross-national comparison. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2024. Vol. 11. Article e18. P. 1–9. DOI: 10.1017/gmh.2024.13
42. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I., Virchenko V., Wang B., Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*. 2023. Vol. 17. Article 43. P. 1–11. DOI: 10.1186/s13033-023-00598-3
43. Ukraine Emergency: Three Years On. *UNHCR*. 2025. 15 February. 24 p.
44. Ukraine Situation: Voice of Ukrainians – Mental Health. *UNHCR*. 2024. 36 p. URL: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/105847> (дата звернення: 10.11.2025).
45. Ukraine Situation: Flash Update #56. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2024. 8 p.

Дата першого надходження рукопису до видання: 10.11.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 08.12.2025

Дата публікації: 31.12.2025