

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри

Д. психол. н., _____

(підпис)

« ____ » _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____

(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____

(назва освітньої програми)

На тему: **«ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН
МОЛОДОГО ПОКОЛІННЯ»**

Виконавець:

здобувач 2 курсу бзф12м групи
факультету ЦЗФН

_____ Волинчук Тимур Іванович

/підпис/

Науковий керівник

Старший викладач кафедри МППП
кандидат медичних наук

_____ Возний Денис Віталійович

/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. Вплив воєнного стану на молоде покоління	10
1.1. Мультифакторний аналіз впливу воєнного стану на молоде покоління в Україні.....	10
1.2. Особливості надання комплексної психологічної допомоги молодим особам під час воєнного стану в Україні.....	16
1.3. Специфіка міжнародного досвіду: аналіз впливу війни на молодь в інших країнах	23
Висновки до першого розділу	29
РОЗДІЛ II. ОПИС ВИБІРКИ, МЕТОДІВ ТА ЕТАПІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	30
2.1. Загальна характеристика досліджуваних	30
2.2. Характеристика методів дослідження.....	35
Висновки до другого розділу	44
РОЗДІЛ III. ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ВПРОВАДЖЕНОЇ СИСТЕМИ ДОПОМОГИ	45
3.1. Психологічні характеристики досліджуваних: рівень ПТСР, депресії та резильєнтності	45
3.2. Характеристика впроваджених інтервенцій	51
3.3. Оцінка ефективності впровадженої моделі допомоги	56
Висновки до третього розділу	64
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	80
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

Актуальність. Війна в Україні, що почалася з анексії Криму у 2014 році й переросла в повномасштабний конфлікт у лютому 2022 року, призвела до руйнівних наслідків для населення країни [3, 15, 78]. Цей конфлікт, який триває вже кілька років, кардинально змінив соціальний, економічний та психологічний ландшафт України [68]. Українська молодь, особливо віком від 15 до 25 років, зіткнулася з унікальними викликами через цей конфлікт. На цьому етапі формування особистості війна має глибокий вплив на психічне здоров'я, особистісний розвиток і світогляд молодих людей [7, 25, 80].

Цей конфлікт призвів до значних людських втрат, мільйонів вимушених переселенців та руйнування інфраструктури. Міста та села, що раніше були мирними, стали зоною бойових дій. Школи, лікарні та будинки зазнали серйозних руйнувань [29]. Економічні та соціальні наслідки стали значними, але найбільш тривалі й глибокі наслідки – це психологічний вплив на молоде покоління [14, 28, 33, 47, 59].

Хоча всі вікові групи постраждали, українська молодь, особливо у віці від 15 до 25 років, зіткнулася з унікальними викликами [75]. Ці молоді люди перебувають на етапі свого формування, і війна глибоко вплинула на їхнє психічне здоров'я, особистісний розвиток та світогляд. За даними ЮНІСЕФ, понад 3500 навчальних закладів були пошкоджені або зруйновані внаслідок конфлікту з 2022 року [80, 83]. Це включає початкові, середні та вищі навчальні заклади. Приблизно 5,7 мільйона дітей і молоді в Україні постраждали від закриття шкіл, що спричинило значні прогалини в освіті. Серед них — діти, переміщені до інших регіонів або ті, що перебувають у зонах активних бойових дій [86]. Хоча було запроваджено онлайн-навчання, лише 25% переміщених студентів змогли повноцінно брати участь в освітньому процесі через обмежений доступ до інтернету, пристроїв або належних умов для навчання. Багато

сільських районів не мають необхідної інфраструктури для підтримки онлайн-освіти [5, 26, 31, 46, 89].

Молоде покоління в Україні опинилося перед численними випробуваннями, спричиненими війною. Багато молодих людей зазнали або стали свідками жахів війни через вимушене переміщення, втрату близьких або життя в постійному страху перед насильством [68]. Ці переживання призвели до низки психологічних проблем, серед яких:

1. Підвищена тривожність і страх: постійна загроза бомбардувань, авіанальотів та бойових дій породжує відчуття небезпеки й страху. Молоді люди часто відчують тривогу, не знаючи, чи зможуть вони та їхні близькі вижити після чергової атаки [49, 56].

2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): молоді люди, які безпосередньо перебували в зоні бойових дій, стали свідками насильства або були змушені покинути свої домівки, знаходяться в зоні підвищеного ризику розвитку ПТСР. Симптоми цього розладу – кошмари, флешбеки, емоційне оніміння та підвищена пильність – стали поширеними серед молоді, що постраждала від війни [37].

3. Депресія: втрата звичного способу життя, невизначеність майбутнього та руйнування рідних міст призводять до почуття безнадії й депресії серед української молоді. Песимізм може заважати їм брати участь у повсякденних справах, будувати стосунки або продовжувати навчання й кар'єру [53].

4. Переміщення і втрата ідентичності: мільйони українців були змушені залишити свої домівки через війну, що призвело до переміщення молоді, яка втратила свої школи, спільноти та культурну ідентичність. Це викликає почуття ізоляції й втрати [61].

5. Порушення навчального процесу: війна серйозно порушила освітній процес для молоді. Багато шкіл були зруйновані, а учні перейшли на дистанційне

навчання в складних умовах, що призвело до значних прогалин у знаннях і втрати мотивації, що може вплинути на їхні майбутні кар'єрні перспективи [33, 57, 82].

6. Втрата соціальних зв'язків: війна роз'єднала сім'ї та друзів, залишивши молодь без підтримки оточення. Переміщення або загибель близьких людей створює почуття самотності та поглиблює психологічні проблеми [86].

Попри всі ці випробування, українська молодь демонструє вражаючу стійкість [7]. Вони активно залучаються до волонтерської діяльності, підтримують переміщені громади, організовують допомогу постраждалим або поширюють інформацію про війну в соціальних мережах. Ці дії допомагають молодим людям повернути контроль над своїм життям, знаходити сенс і підтримувати моральний дух [44].

Молоде покоління України також адаптується до нових умов [76]. Незважаючи на зруйноване життя, вони шукають способи впоратися з труднощами, відновлювати свої життя та кар'єрні шляхи. Ці молоді люди будують майбутнє на принципах національної ідентичності та солідарності, розуміючи, що їхні дії мають значний вплив на долю не лише їхньої країни, але й усього світу [11, 28, 46].

Сучасні події в Україні, зокрема військові конфлікти, спричинили значний психологічний стрес серед молоді. Війна призводить до травматичних переживань, які можуть викликати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію та знижувати рівень стійкості [38, 65, 69]. Ці психічні розлади не лише погіршують якість життя молодих людей, але й мають довгострокові наслідки для суспільства в цілому. Вивчення ефективних психологічних інтервенцій для подолання цих проблем є надзвичайно актуальним [75]. Дослідження спрямоване на розробку та оцінку ефективності цільових терапевтичних втручань, що можуть сприяти покращенню психічного здоров'я української молоді, постраждалої від війни [79, 90]. Вищевказане зумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження: розробити та оцінити ефективності цільових психологічних інтервенцій серед української молоді, яка зазнала впливу війни.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити вплив воєнного стану на молоде покоління;
2. Розробити концепцію психодіагностичного дослідження;
3. Оцінити початкові рівні ПТСР, депресії та стійкості серед української молоді, яка зазнала впливу війни;
4. Розробити та впровадити три адаптовані психологічні інтервенції;
5. Проаналізувати ефективність кожної інтервенції у зниженні симптомів ПТСР та депресії та підвищенні рівня стійкості, шляхом статистичного порівняння до- та післятерапевтичних показників;
6. Дослідити суб'єктивний досвід та емоційні реакції учасників через проведення глибинних інтерв'ю, щоб зрозуміти їхні індивідуальні механізми подолання та потреби;
7. Розробити практичні рекомендації щодо впровадження ефективних психологічних втручань для підтримки психічного здоров'я молоді, постраждалої від війни, на основі отриманих кількісних та якісних даних.

Методики дослідження: У цьому дослідженні використовувалася комплексна методологія, яка поєднувала кількісні та якісні методи збору даних і аналізу для вивчення психологічного впливу війни на українську молодь. А саме: психометричні методики (шкала оцінки посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Шкала здоров'я пацієнта (PHQ-9, Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC); анкетування та інтерв'ю (соціодемографічні анкети, напівструктуровані глибинні інтерв'ю); методи статистичного аналізу (описова статистика, парний t-тест, аналіз дисперсії (ANOVA), кореляційний аналіз); інтервенційні програми (TF-CBT, MBSR, RBG-T).

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я української молоді, яка зазнала впливу війни.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз та систематизація); емпіричні (психодігностичне тестування); математико-статистичні методи (t-критерій Стюдента (SPSS 13.0 for Windows)); використовувався кількісний (кореляційний) та якісний аналіз.

Психодіагностичний комплекс дослідження включав кілька ключових методик, спрямованих на оцінку психічного стану української молоді, яка зазнала впливу війни. Основні інструменти дослідження склалися з кількісних та якісних методів. Кількісні методи включали шкалу оцінки ПТСР (PCL-5), шкалу оцінки депресії (PHQ-9) та шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC). Оцінка проводилася до і після втручань для визначення змін у психічному стані учасників. Окрім цього, напівструктуровані інтерв'ю (Додаток А) давали змогу зібрати якісні дані про емоційні реакції та механізми подолання стресу. Математичний аналіз включав описову статистику, t-тести та кореляційний аналіз для оцінки зв'язків між змінними.

Предмет дослідження: ефективність цільових психологічних інтервенцій.

Вибірку дослідження склали: 55 українських підлітків віком від 15 до 20 років, які постраждали від війни. Учасники були відібрані на основі таких критеріїв, як проживання в регіонах, що зазнали впливу війни, або переміщення через бойові дії. Важливою умовою було отримання згоди батьків для неповнолітніх учасників. Вибірка була стратифікована за віковими групами (15-16, 17-18, 19-20 років) і майже порівну розподілена за статтю (24 хлопці і 31 дівчина), що дозволило враховувати гендерні та вікові відмінності в психологічних реакціях на травму. Учасники також мали різний соціально-економічний та сімейний статус, що дозволило досліджувати вплив цих факторів на рівень стресу, депресії та стійкості. Такий підхід забезпечив репрезентативність вибірки та дозволив зробити висновки щодо різних аспектів психологічного впливу війни на українську молодь.

Теоретико-методологічною основою роботи є: психологічні теорії, які дозволяють комплексно підходити до вивчення впливу війни на психічне здоров'я української молоді. Перш за все, дослідження базується на теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), яка детально описує вплив травматичних подій, таких як війна, на розвиток симптомів ПТСР, що є ключовим аспектом у вивченні психічного стану учасників дослідження (Горовіц, 1997; Фоа, 1999). Додатково застосовувалась когнітивно-поведінкова теорія, що стала основою для травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT). Ця теорія підкреслює важливість когнітивної реструктуризації, експозиції до травматичних подій і розвитку навичок емоційної регуляції для подолання травми (Бек, 1967; Фоа та Козак, 1986). Крім того, у дослідженні використовувалась теорія резильєнтності, яка вивчає здатність індивідуума адаптуватися та відновлюватися після стресових або травматичних подій (Унгар, 2011). Це дозволило оцінити, наскільки учасники дослідження можуть відновлюватися після війни, а також розробити програми підвищення стійкості до стресу. Теорія усвідомленості (mindfulness) також була інтегрована в дослідження через програму осмисленого зниження стресу (MBSR), яка дозволяє учасникам розвивати емоційну регуляцію та знижувати рівень тривожності й депресії завдяки практикам усвідомленості (Кабат-Зінн, 1990). Останнім ключовим елементом є теорії групової динаміки та соціальної підтримки, які стали основою групової терапії (RBG-T). Ці теорії підкреслюють важливість соціальної взаємодії та підтримки серед однолітків у процесі психологічного відновлення (Ялом, 1995). Завдяки цим концепціям вдалося оцінити ефективність групових втручань у зміцненні стійкості та покращенні емоційного стану молоді.

Практична значущість дослідження: полягає у розробці та впровадженні ефективних психотерапевтичних втручань для української молоді, яка зазнала психологічних наслідків війни, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та знижена резильєнтність. Дослідження показало, що

програми, спрямовані на роботу з травмою (TF-CBT), осмислене зниження стресу (MBSR) та групова терапія для розвитку стійкості (RBG-T), є ефективними у зменшенні симптомів ПТСР і депресії, а також у підвищенні рівня стійкості серед учасників. Це дозволяє зробити висновок, що впровадження таких програм у систему психологічної допомоги може істотно підвищити якість реабілітації молоді, постраждалої від війни, сприяти їх соціальній адаптації та емоційному відновленню. Результати дослідження можуть бути використані психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та освітніми установами для розробки цільових програм підтримки молоді, що дозволить ефективніше працювати з травматичними наслідками і зміцнювати емоційну та психологічну стійкість молодого покоління.

Апробація результатів: Основні теоретичні положення і висновки відображені в науковій публікації Асєєва Ю.О., Возний Д.В., Волинчук Т.І. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров'я*. 2024. Вип. 3.

Структура роботи включає аналіз наукової літератури з теми, методичну частину, результати дослідження, обговорення та висновки, а також рекомендації щодо покращення психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб. Загальний об'єм роботи – 81 сторінка, об'єм основної частини роботи складає – 69 сторінок, проілюстрований 8 таблицями. Список використаної літератури містить 90 джерел.

РОЗДІЛ І

1.1. Мультифакторний аналіз впливу воєнного стану на молоде покоління в Україні

Мультифакторний аналіз (МФА) — це статистичний або дослідницький метод, що використовується для оцінки впливу багатьох змінних або факторів на певний результат [35]. У контексті соціальних наук МФА допомагає зрозуміти, як різні елементи взаємодіють і сприяють виникненню певних психологічних, соціальних або поведінкових наслідків. Метод передбачає аналіз того, як ці змінні, часто взаємопов'язані, окремо і в сукупності впливають на цільову групу, у даному випадку на українську молодь, яка постраждала від війни [38, 58, 62].

Одним із найпомітніших наслідків війни є вплив на психіку внаслідок переживання травматичних подій [56]. Численні дослідження вивчають психологічні наслідки війни для молоді, виявляючи різні проблеми психічного здоров'я, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожність та порушення поведінки [38]. Молодь у зонах конфлікту стикається з різними стресовими факторами, включаючи фізичну небезпеку, втрату близьких, переміщення, руйнування домівок і спільнот, а також порушення освіти та повсякденного життя [57, 80]. Ефекти цих стресорів можуть зберігатися довго після закінчення конфлікту, призводячи до емоційних, когнітивних та поведінкових проблем [1, 7, 24, 40, 62].

Великий внесок у вивчення цього питання внесло дослідження Elisa Pfeiffer, Maïke Garbade & Cedric Sachser, вони розглядали психічні розлади, пов'язані з травмою, у українських дітей, виявивши, що багато молодих людей повідомляють про численні травматичні події, зокрема, війна є найчастіше згадуваним джерелом [76]. Результати показують, майже 70% української молоді відповідає критеріям DSM-5 до ПТСР або комплексного ПТСР (КПТСР). У дослідженні також підкреслюється важливість розуміння того, як різні

демографічні фактори (вік, стать і місце проживання) впливають на тяжкість симптомів ПТСР [88].

Крім того, масштабні дослідження, які охоплюють як цивільне населення, так і переміщених осіб, виявили кореляцію між впливом війни та ПТСР, причому близько 30 % населення відчувають симптоми ПТСР [49]. Ці дослідження також вказують на моральну травму як значущий фактор, що сприяє психологічному стресу, особливо серед підлітків і молодих людей [60].

Ці результати підкреслюють гостру необхідність цільових психологічних інтервенцій для української молоді, спрямованих не лише на ПТСР, але й на ширший спектр психологічних наслідків, спричинених війною, таких як депресія та тривожність, поведінкові проблеми, академічні та когнітивні наслідки [56].

Багато молодих людей у зонах конфлікту відчувають безнадію, страх і смуток, що часто призводить до високих рівнів депресії та тривоги. [70] Критерії для діагностики вищезгаданих розладів у молоді, ґрунтуються на міжнародних стандартах, таких як DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів) та МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб). Ці критерії включають емоційні, когнітивні та поведінкові симптоми, які можуть відрізнятися від проявів у дорослих. Основними аспектами для тривожності є: надмірне занепокоєння та тривога – молодь виявляє постійне занепокоєння з різних причин (школа, сім'я, майбутнє), яке важко контролювати; фізичні симптоми – тривожність може проявлятися через втому, напругу, прискорене серцебиття, головні болі та проблеми з травленням; соціальне уникання – підлітки можуть уникати соціальних ситуацій, що часто впливає на їхнє навчання та міжособистісні стосунки; порушення сну – труднощі із засинанням або підтриманням сну, часті нічні пробудження [7, 18, 71, 78].

Тоді як критерії депресії включають в себе: депресивний настрій – постійне почуття пригніченості або дратівливості, яке триває більшу частину дня, майже щодня, протягом як мінімум двох тижнів; втрата інтересу та задоволення –

молодь може втратити інтерес до діяльності, яка раніше приносила радість, включно зі спілкуванням із друзями, хобі та навчанням; порушення сну та апетиту – скарги на безсоння або надмірну сонливість, а також на зміни апетиту (втрата або збільшення апетиту); фізична втома та брак енергії – втома може проявлятися навіть без значних фізичних навантажень; почуття нікчемності або надмірної вини; труднощі з концентрацією – труднощі у прийнятті рішень, зосередженості на навчанні та повсякденних завданнях; думки про смерть або самогубство – у важких випадках депресії підлітки можуть висловлювати думки про смерть або самогубство [3, 44, 63]. Раннє виявлення цих станів є надзвичайно важливим для запобігання більш серйозним психічним розладам у майбутньому [16].

Дослідження, проведене серед молодих людей, переміщених у результаті війни, показало тривожну статистику: приблизно 40,7% відчувають помірну або тяжку депресію, а 34% страждають від помірних або тяжких симптомів тривожності. Ці психологічні проблеми безпосередньо пов'язані з впливом триваючого конфлікту. Емоційні та психологічні навантаження, з якими стикається ця вікова група, формуються під впливом кількох ключових чинників, зокрема впливу насильства, стресу від переміщення та невизначеності майбутнього [73].

Війна в Україні розглядається як довготривала загроза для психічного здоров'я, при цьому українська молодь особливо вразлива перед посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та тривожністю [65]. Важливо підкреслити значення надання своєчасної психологічної допомоги та підтримки для запобігання довготривалим негативним наслідкам для психічного здоров'я [77]. Без належної підтримки ці розлади можуть вплинути на їхній розвиток, освіту і загальне благополуччя, що підкреслює необхідність комплексної стратегії реабілітації та психосоціальної допомоги для молодих українців [80, 86].

Враховуючи вищесказане, ключовим фактором для української молоді у цьому складному контексті є резильєнтність (стійкість) – здатність позитивно адаптуватися до труднощів. Резильєнтність не тільки допомагає їм долати поточні труднощі, але й підтримує їх довгострокове психічне благополуччя та розвиток [66].

Резильєнтність – це динамічний процес, що включає емоційну стійкість, когнітивну гнучкість, соціальну компетентність і почуття мети [78]. Для української молоді це означає управління сильними емоціями, такими як страх і сум, адаптацію до нових викликів, розвиток і підтримку здорових стосунків, а також збереження прагнень до позитивного майбутнього [58, 70]. Стійкі молоді люди частіше використовують адаптивні механізми подолання труднощів, такі як пошук соціальної підтримки та вирішення проблем, замість того, щоб вдаватися до деструктивної поведінки, наприклад, зловживання психоактивними речовинами [87].

Дослідження підкреслюють користь від зміцнення резильєнтності, а саме:

- психічне здоров'я: інтервенції, спрямовані на розвиток стійкості, знижують симптоми ПТСР і депресії;
- академічна успішність: стійкі студенти з більшою ймовірністю продовжують навчання і досягають успіхів;
- соціальна інтеграція: покращує соціальні навички та стосунки з однолітками, допомагаючи у відновленні громад [59, 60].

Резильєнтність є важливим фактором для української молоді в умовах війни. Вона допомагає їм долати поточні труднощі, підтримувати психічне та фізичне здоров'я і зберігати надію на майбутнє [66]. Зміцнення резильєнтності через підтримку сім'ї, залучення громад, доступ до психічної допомоги та освітні можливості допоможе пом'якшити негативні наслідки конфлікту. Інвестиції в стійкість не тільки допомагають окремим молодим людям, але й сприяють

загальному відновленню та майбутній стабільності українського суспільства [75].

Говорячи про вплив військового стану на молоде покоління, важливо згадати про міжпоколінну травму серед молоді, яка постраждала від війни. Міжпоколінна травма відноситься до передачі травматичного досвіду від одного покоління до наступного, що часто спостерігається у сім'ях, де батьки пережили значні травматичні події, такі як війна, геноцид або насильницьке переселення. У контексті війни діти тих, хто вижив, можуть успадкувати емоційні та психологічні рани, навіть якщо вони не були безпосередньо піддані насильству. Ця форма травми може глибоко впливати на психічне здоров'я, поведінку та ідентичність молоді у громадах, які зазнали конфліктів [77].

Механізмами передачі міжпоколінної травми можуть бути наступні: поведінка батьків та емоційна доступність (батьки, які пережили травму, пов'язану з війною, часто стикаються з психічними розладами, такими як ПТСР, депресія та тривожність, що може негативно впливати на їхню здатність надавати емоційну підтримку та стабільність своїм дітям [18]. Наприклад, батьки можуть стати надто захищаючими або емоційно відстороненими, що може створити проблеми з прив'язаністю у їхніх дітей, ускладнюючи формування довірчих стосунків у майбутньому); моделювання реакцій на травму (діти можуть переймати неадаптивні механізми подолання труднощів, спостерігаючи за реакціями своїх батьків на травму [33]. Наприклад, батьки, які страждають від гіперзбудження або уникнення через ПТСР, можуть ненавмисно моделювати ці форми поведінки для своїх дітей, що впливає на емоційну регуляцію і почуття безпеки дитини [26, 59].

Дослідження виживших після Голокосту та їхніх дітей показують, як травма може передаватися через покоління. Діти виживших часто відчують тривогу, провину або сором, пов'язані з досвідом їхніх батьків, навіть якщо трагічні події сталися до їхнього народження. Ці почуття можуть виникати через

внутрішнє сприйняття наративів і страхів батьків щодо небезпеки у світі [2, 13, 90].

У сучасних зонах конфліктів, таких як серед сирійських і палестинських біженців, діти можуть відчувати подібні емоції, особливо коли травма пов'язана з тривалим переміщенням або насильством [77].

Молодь, яка постраждала від міжпоколінної травми, часто демонструє симптоми, подібні до тих, хто безпосередньо зазнав впливу конфлікту, включаючи ПТСР, тривогу та депресію. Навіть за відсутності прямої травми психологічна атмосфера в їхніх домівках, відзначена страхом, гіперзбудженням або емоційною нестабільністю, може сприяти виникненню проблем із психічним здоров'ям [53, 85].

Міжпоколінна травма також може впливати на формування ідентичності. Молоді люди можуть відчувати відповідальність за страждання своїх батьків або внутрішньо переживати колективну травму своєї родини, що може призвести до порушеного відчуття власного «я». Наприклад, діти тих, хто пережив війну, можуть відчувати себе відірваними як від минулого своєї родини, так і від суспільства, в якому вони живуть, що створює напруженість між успадкованою травмою та спробами встановити власну ідентичність [36, 56].

Діти, які зазнали міжпоколінної травми, можуть мати труднощі з формуванням здорових стосунків за межами сім'ї, часто відчуваючи недовіру або ізоляцію від однолітків. Це може призвести до поведінкових проблем, труднощів у школі або підвищеного ризику зловживання речовинами як способу впоратися з нерозв'язаними емоційними проблемами [50, 74, 87].

Міжпоколінна травма - це складна і глибока проблема для молоді, яка постраждала від війни, що впливає на їхнє психічне здоров'я, ідентичність та взаємини [11]. Для подолання цієї травми необхідні комплексні, багаторівневі інтервенції, які включають сімейну терапію, індивідуальну психіатричну підтримку та підходи, засновані на громаді. Розуміння і лікування передачі

травми через покоління є вирішальними для допомоги цим молодим людям у розриві цього циклу та побудові здоровішого майбутнього [29].

1.2. Особливості надання комплексної психологічної допомоги молодим особам під час воєнного стану в Україні

Надання психологічної допомоги молодим людям в умовах воєнного стану в Україні потребує врахування специфічних викликів та адаптації підходів [12]. На основі досліджень, присвячених впливу війни та травми на молодь, виділено такі особливості та ключові моменти, які необхідно враховувати під час надання психологічної допомоги:

1. Травматичний досвід і його довготривалі наслідки. Як вже було розглянуто раніше молодь, яка пережила війну, стикається з різними травматичними подіями: від спостереження за насильством до втрати близьких, руйнування домівок та переміщення. Ці події можуть викликати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність і відчуття безнадійності. Психологічна допомога має враховувати довготривалі наслідки травм і бути спрямованою на їх подолання [13, 27].

2. Адаптація підходів до віку та стадії розвитку. Молоді люди знаходяться на різних стадіях емоційного та когнітивного розвитку, що потребує індивідуального підходу. Підлітки можуть по-іншому сприймати травму порівняно з молодшими дітьми або дорослими. Психологічна допомога має відповідати віковим особливостям і рівню розвитку кожної людини [30, 42].

3. Зміцнення механізмів резильєнтності. Резильєнтність — це ключовий фактор, що допомагає молоді справлятися з кризами і труднощами. Інтервенції, спрямовані на розвиток адаптивних стратегій подолання, зміцнення соціальних зв'язків і розвиток навичок емоційної регуляції, можуть допомогти молодим людям ефективно долати психологічні виклики війни [66].

4. Підтримка соціальних зв'язків. Підтримка родини, друзів і громади відіграє вирішальну роль у процесі відновлення. Важливо залучати до процесу батьків, вчителів та однолітків, щоб створити безпечне та підтримуюче середовище для молоді. Війна може зруйнувати соціальні зв'язки, тому їхнє відновлення і зміцнення стає важливою частиною психологічної допомоги [40, 71].

5. Культурні та соціальні аспекти. Молодь може бути особливо чутливою до змін культурних норм та соціальних очікувань, спричинених війною. Психологічна допомога має враховувати культурні особливості, цінності та традиції, щоб бути максимально ефективною. Програми, які підтримують відчуття ідентичності та приналежності, можуть допомогти молодим людям зберегти відчуття стабільності та зв'язок із рідною культурою [86].

6. Альтернативні форми навчання та підтримка освіти. Порухення освітнього процесу через війну може посилити відчуття нестабільності та невизначеності. Психологічна допомога має бути інтегрована з програмами підтримки освіти, щоб допомогти молоді справлятися зі змінами в навчанні, продовжувати освіту та відновлювати мотивацію [57, 81, 89].

7. Фокус на профілактиці та ранньому втручанні. Дуже важливо своєчасно виявляти симптоми психологічних розладів у молоді та проводити профілактичну роботу. Програми раннього втручання, спрямовані на зниження рівня стресу та надання інструментів для ефективного подолання травми, можуть запобігти розвитку більш серйозних проблем у майбутньому [21, 55].

8. Телемедицина та онлайн-ресурси. В умовах воєнного стану доступ до традиційних форм психологічної допомоги може бути обмеженим [6]. У таких умовах надзвичайно важливими стають телемедицина та онлайн-ресурси, які дозволяють надавати допомогу дистанційно. Такі програми повинні бути розроблені з урахуванням вікових і культурних особливостей молоді [2, 10, 12].

9. Робота з переживанням втрати та розлуки. Війна часто призводить до втрати близьких або розлуки з родиною та друзями. Програми психологічної допомоги повинні включати роботу з горем, підтримувати молодих людей у процесі емоційного відновлення і допомагати долати втрату через безпечні та підтримуючі методи [16].

10. Психосвіта та інформування. Молодь може не завжди усвідомлювати, що їй потрібна психологічна допомога, або соромитися звертатися по неї. Важливим компонентом комплексної допомоги є психосвіта — надання інформації про те, як проявляються психічні розлади і яким чином вони можуть бути подолані [13]. Підвищення обізнаності допомагає знизити стигматизацію і мотивує звертатися за допомогою [21, 41].

Ці особливості мають ставати основою для розробки комплексних програм психологічної підтримки, що враховують унікальні потреби молоді, яка постраждала від війни [75]. Підходи повинні бути гнучкими, індивідуалізованими та культурно адаптованими, щоб забезпечити максимально ефективний вплив і сприяти психологічному благополуччю в умовах воєнного конфлікту [63, 84].

Психологи, що працюють з молоддю під час війни, використовують науково обґрунтовані підходи, адаптовані до їхніх унікальних потреб. Ці методи засновані на сучасних дослідженнях, спрямовані на розвиток стійкості, подолання травм та довгострокове підтримання психічного здоров'я [36, 70].

Дослідження вказують на важливість використання науково обґрунтованих підходів у роботі з молоддю, яка переживає війну. Наприклад, Masten (2014) зазначає, що розвиток стійкості є ключовим для подолання тривалих стресових ситуацій [71]. Стійкість є одним із найважливіших факторів, які допомагають молоді долати виклики, спричинені війною, як розглядалося раніше [66]. Дослідження, проведені Американською психологічною асоціацією (АРА), свідчать, що стійкість допомагає людям краще адаптуватися до стресових

ситуацій та зменшує ризик розвитку депресії й тривожних розладів (Masten, 2014). Програми розвитку стійкості спрямовані на навчання молоді позитивному мисленню, управлінню емоціями та розвиток соціальної підтримки. Інтервенції для розвитку стійкості, такі як програма «Tutor of Resilience» (ToR), використовуються для того, щоб навчити молодих людей зберігати емоційну стабільність у кризових ситуаціях (Ungar, 2013). Ці програми включають техніки когнітивної поведінкової терапії (КПТ), які допомагають учасникам розвивати навички самоконтролю та покращення міжособистісних стосунків, що підвищує їхню стійкість до стресу [7, 14, 29, 44, 56].

Наступним важливим підходом є перша психологічна допомога та кризове консультування. Перша психологічна допомога є ключовою в умовах криз. Вона спрямована на негайну підтримку людей, які переживають емоційний шок через насильство або втрати. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), перша психологічна допомога допомагає стабілізувати емоційний стан і запобігти подальшим психічним розладам [87]. Перша психологічна допомога, як показали дослідження Hobfoll та ін. (2007), ефективна для зниження ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [71]. Цей метод допомагає стабілізувати емоційний стан і підтримує базові психологічні потреби, такі як відчуття безпеки та контролю.

Арт-терапія є не менш ефективним методом роботи з молоддю, яка пережила травму, оскільки вона надає можливість невербально виражати емоції та переживання [52, 69, 77]. Дослідження показують, що творча діяльність сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню настрою та поліпшенню загального психічного здоров'я (Malchiodi, 2015) [88]. Використовуючи творчий самовираз, арт-терапія дозволяє молодим людям досліджувати свої почуття, опрацьовувати травми та виражати емоції, які важко передати словами. Арт-терапія також допомагає знизити симптоми депресії та ПТСР у молоді, яка пережила воєнні дії. Це підтверджується результатами досліджень, проведених в умовах конфліктних

зон, де мистецтво стає інструментом відновлення емоційного благополуччя [39, 52]

Цей підхід використовує різні творчі засоби, такі як малювання, живопис, скульптура та музика, щоб допомогти людям висловлювати свої емоції в безпечному та підтримуючому середовищі. Для молоді, що постраждала від війни, традиційна розмовна терапія може бути недостатньо ефективною або недоступною, тоді як мистецтво надає можливість виразити внутрішні переживання без необхідності вербалізації травми [43]. Основними перевагами методу є:

1. невербальне вираження: молодим людям часто буває важко висловити складні емоції, особливо після травматичних подій, таких як війна. Мистецтво дозволяє їм передати те, що вони не можуть висловити словами;
2. емоційна розрядка: арт-терапія забезпечує безпечний вихід для накопичених емоцій, таких як гнів, страх, горе та печаль. Цей процес допомагає знизити рівень стресу та тривоги;
3. почуття контролю: участь у художній діяльності допомагає молоді відновити почуття контролю, яке часто втрачається під час травматичних подій. Можливість приймати рішення у творчому процесі може підвищити самооцінку [4, 8, 16].

В Україні найпоширенішими видами цього методу вважаються: терапія образотворчим мистецтвом (форма арт-терапії, в якій молодь використовує живопис, малювання або скульптуру для відображення своїх емоцій та переживань [30]. Під час керованих сесій вони створюють художні твори, які виражають їхні почуття страху, невизначеності або надії, що допомагає обробляти спогади про війну у безпечній формі); музична терапія (у деяких випадках музика використовується як терапевтичний інструмент [32]. Створення або прослуховування музики допомагає молоді зняти емоційне напруження, зменшити стрес і зміцнити почуття зв'язку з іншими. Музична терапія особливо

корисна для зміцнення стійкості та сприяння релаксації); драматерапія (використовує рольові ігри, розповіді та інші види представлення. Вона дозволяє молоді досліджувати свої емоційні реакції на війну та переміщення у творчій формі, що сприяє самовираженню та зціленню в колективній обстановці) [37, 84].

Арт-терапія була інтегрована в низку програм психологічної підтримки для молоді по всій Україні, особливо в регіонах, що найбільше постраждали від війни. Наприклад Médecins Sans Frontières (MSF) та місцеві неурядові організації, впроваджують арт-терапію в центрах для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) і школах, надаючи дітям і підліткам безпечний простір для творчості та вираження своїх емоцій [21, 48].

У таких регіонах, як Запоріжжя та Львів, проводяться арт-терапевтичні майстер-класи для переміщених дітей і молоді, що допомагає їм інтегруватися в нові громади та справлятися з травмами війни та переміщення [7, 16]. У школах для переміщеної молоді або в центрах для біженців арт-терапія поєднується з освітніми заходами, створюючи структуроване середовище, в якому молодь може зцілюватися, продовжуючи навчання [23].

Попри те, що арт-терапія демонструє свою значущість як важливий інструмент допомоги українській молоді, залишаються виклики, особливо в регіонах з обмеженими ресурсами або де доступ до професійних арт-терапевтів ускладнений [19]. Міжнародні організації продовжують надавати підтримку, але забезпечення постійних і культурно релевантних терапевтичних інтервенцій залишається пріоритетом [82, 83].

Дослідження показують, що групова терапія сприяє формуванню спільності та полегшує відчуття ізоляції (Yalom, 1995). Групове консультування надає можливість молоді обговорювати свої переживання та знаходити підтримку серед однолітків. Індивідуальні сесії допомагають працювати з більш особистими проблемами та надають молодим людям інструменти для емоційної регуляції [13]. Групова терапія є ефективною в умовах війни, оскільки дозволяє

учасникам знайти спільний досвід і відчуття спільної підтримки, що сприяє швидшому відновленню [29, 64]. Індивідуальна терапія зосереджується на глибокій роботі з травмою та надає молоді інструменти для подолання наслідків стресу [11].

Головними перевагами індивідуальної терапії є: персоналізований підхід, що дозволяє консультантам працювати в темпі, який підходить молодій людині, приділяючи увагу її унікальним переживанням і емоційним труднощам та зміцнення довіри, що особливо важливо для молоді, яка може відчувати себе ізольованою або не готовою ділитися емоціями в груповій обстановці [76, 90]. Індивідуальні сесії сприяють побудові довірливих стосунків, заснованих на конфіденційності та безпеці. У той час як групове консультування допомагає молодим людям відчувати, що вони не самотні в своїх труднощах [84]. Спільні переживання зміцнюють відчуття товариства і взаємної підтримки. Також, групова терапія часто включає навчання навичкам управління стресом, тривогою та травмою, що дає можливість вчитися на досвіді інших. І не менш важливим є факт підтримки від однолітків: спостерігаючи, як інші долають схожі виклики, молоді люди можуть черпати натхнення і знаходити ролеві моделі стійкості [5, 77].

Наступним важливим фактором у психосоціальній реабілітації молоді є волонтерство та залучення до громадських ініціатив. Згідно з дослідженнями, волонтерство допомагає молоді відновити відчуття контролю над своїм життям і знайти сенс у своїх діях [29]. Участь у волонтерських ініціативах також сприяє розвитку соціальних навичок та покращенню психічного здоров'я через залучення до спільної діяльності [67, 84]. Волонтерські ініціативи створюють можливість для розвитку стійкості та поліпшення самооцінки у молоді, особливо в умовах війни, де участь у колективних зусиллях допомагає відновити відчуття приналежності до спільноти [14, 59, 81].

1.3. Особливості міжнародного досвіду: аналіз впливу війни на молодь в інших країнах

Молодь, яка пережила війни та конфлікти, стикається з численними психологічними, освітніми та соціальними наслідками. На основі досліджень з різних регіонів, які постраждали від конфліктів, можна виділити кілька ключових тем, що відображають загальні виклики для молодих людей у таких умовах [80].

Війна викликає серйозні травми серед молоді, що призводить до високої поширеності психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривожність [66, 79]. Ці проблеми психічного здоров'я часто вимагають довготривалих втручань через глибокі емоційні рани, які залишаються після насильства, переміщення та втрат. Наприклад у Сирії понад 50 % переміщеної молоді страждають від ПТСР або депресії через насильство, розлуку з родиною та втрату безпеки у той час як в Афганістані тривалий конфлікт призвів до поширеної травми серед молоді, збільшивши кількість випадків тривожних розладів та депресії, що ускладнюється відсутністю доступу до постійної психіатричної допомоги [77, 87]. Психологічна підтримка у цих випадках часто включає терапії, спрямовані на роботу з травмою, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або арт-терапія. Втім, доступ до постійної психіатричної допомоги залишається проблемою в багатьох регіонах, охоплених війною [19, 84].

Також конфлікти значно порушують освітній процес, який є важливим для розвитку молоді [33, 52]. Переривання навчання може мати довготривалі наслідки для кар'єрних можливостей та соціальної стабільності. До прикладу: у Сирії мільйони молодих людей втратили кілька років формальної освіти через війну, що впливає не тільки на академічний розвиток, але й на соціальний та емоційний зріст, молодь Палестини стикається з тривалими перервами в навчанні, особливо в Газі, де багато шкіл було зруйновано [77]. Ці освітні втрати мають довготривалий вплив на їхні майбутні можливості та якість життя. Для

забезпечення доступу до освіти в умовах конфлікту часто створюють тимчасові школи або онлайн-платформи для навчання. Організації, такі як ЮНІСЕФ та УВКБ ООН, забезпечують навчальні матеріали та психосоціальну підтримку для безпечного навчання [80, 81].

Програми, спрямовані на розвиток стійкості та підтримку однолітків, виявилися успішними у допомозі молоді відновлюватися після психологічних та емоційних наслідків війни [65, 71]. В кількох регіонах, охоплених війною, молодіжні ініціативи та мережі однолітків показали свою ефективність у підтримці психічного здоров'я та соціальної реінтеграції [76]. В Уганді підходи на основі громади до реінтеграції колишніх дітей-солдат часто включають підтримку однолітків та професійне навчання. Ці програми допомагають молоді відновлювати своє життя, створюючи мережі підтримки та пропонуючи шляхи до осмисленої участі в житті суспільства [53]. У Боснії та Герцеговині програми підтримки однолітків, орієнтовані на міжетнічний діалог і примирення, стали ключовими для зцілення після травм війни та сприяння соціальній реінтеграції серед молоді з розділених спільнот [63]. Залучення молоді до активної участі в процесі свого відновлення, наприклад, через волонтерство або лідерські позиції в програмах стійкості, часто призводить до кращих довгострокових результатів у сфері психічного здоров'я та соціальної адаптації [10, 28].

Інтеграція місцевих культурних практик у психологічні інтервенції має вирішальне значення для їхнього успіху [6, 19]. У багатьох регіонах, що постраждали від війни, західні методи психологічної допомоги поєднуються з традиційними ритуалами зцілення, щоб задовольнити унікальні культурні потреби молоді [23]. Наприклад, у Руанді використання традиційних практик зцілення, таких як розповідання історій та громадські меморіали, було поєднано із західною терапією травм для допомоги молоді в подоланні емоційних наслідків геноциду. В Уганді реінтеграція колишніх дітей-солдат часто включає традиційні обряди очищення, які є важливими для прийняття молоді, яка брала участь у

конфлікті, назад у громаду. Ця культурна інтеграція допомагає зробити психологічні інтервенції більш прийнятними для місцевих спільнот, що підвищує ймовірність успішних результатів у сфері психічного здоров'я [80].

Також важливим є досвід триваючого конфлікту між Ізраїлем та ХАМАС, що має значний вплив на психічне здоров'я молоді в Ізраїлі, особливо серед людей віком від 18 до 34 років. Недавні опитування показують, що 50 % молодих людей зафіксували погіршення психічного стану внаслідок війни [61, 67, 82]. Основними причинами є травми, викликані насильством, переміщенням та втратою близьких, що особливо важко позначається на вразливих групах, які не мають достатньої сімейної чи фінансової підтримки для подолання цих труднощів [43]. Психологічні наслідки конфлікту проявляються у значному збільшенні випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривожних розладів. За звітами, 29 % молодих людей демонструють симптоми, які вказують на ймовірність ПТСР, а 42 %-44 % страждають від депресії або генералізованого тривожного розладу [56, 65]. Ці дані свідчать про суттєве зростання психічних проблем після початку атак ХАМАС, що підкреслює серйозні наслідки конфлікту для психічного здоров'я [72].

Для боротьби з цією кризою важливо розширити доступ до травмоорієнтованої психологічної допомоги [75, 84]. Особливу увагу слід приділити молоді з груп ризику, таким як люди з низьким рівнем доходів, які стикаються з додатковими бар'єрами у доступі до необхідної підтримки. Ефективними рішеннями можуть бути програми, спрямовані на відновлення після травм, створення мереж підтримки серед однолітків і громадські інтервенції, що допоможуть зміцнити стійкість молоді та запобігти довгостроковим психологічним наслідкам [4, 16, 25]. Ці заходи мають ключове значення для подолання наслідків конфлікту, пов'язаних із психічним здоров'ям, і для надання необхідної допомоги молодим людям в Ізраїлі, що дозволить їм зцілитися та відновитися після травматичних подій [85].

Також важливо розглянути питання вимушеного переселення та іміграції у розрізі світового досвіду. Молодь, яка постраждала від війни, особливо ті, хто став біженцем або мігрантом, часто стикається з серйозними труднощами, пов'язаними з формуванням ідентичності та відчуттям соціальної приналежності. Ці проблеми кореняться в розриві культурних зв'язків, змінах у сімейній структурі та втраті підтримки спільноти. Війна змінює середовище, в якому молодь розвивають своє почуття «я», і для багатьох переміщення ускладнює розуміння їхнього культурного походження та прийняття у новому суспільстві [71, 84, 89].

Молодь, яка покидає зони бойових дій, часто опиняється у країнах, де культура, мова та соціальні норми значно відрізняються від їхніх рідних [37, 53, 61]. Це може призвести до конфлікту між їхньою «домашньою» культурою і новою культурою країни, що приймає, викликаючи «плутанину» в ідентичності. У таких умовах молоді люди можуть відчувати себе розірваними між двома світами, намагаючись зберегти свою культурну ідентичність та адаптуватися до нового оточення [63].

Молодь-біженці з Сирії та Палестини: багато молодих людей з регіонів, охоплених війною, таких як Палестина та Сирія, стикаються з серйозною культурною дезорієнтацією. Вони можуть мати труднощі із збереженням зв'язку зі своєю рідною культурою, пристосовуючись до норм приймаючої країни. Це ще більше ускладнюється, коли вони стикаються з дискримінацією або виключенням, що віддаляє їх як від культурних коренів, так і від нового суспільства [77].

Дослідження показують, що молодь часто проходить через процес так званих «переговорів» з ідентичністю, намагаючись примирити аспекти обох культур. Цей процес може призвести до створення гібридної ідентичності, але також може викликати плутанину в ідентичності або ослаблення почуття

самовизначення, якщо молоді люди не зможуть повністю інтегруватися в жодну з культур [17, 29, 32].

Переміщення, спричинене війною, часто позбавляє молодь їхніх усталених соціальних зв'язків — друзів, розширеної родини та підтримки громади. Ці соціальні мережі необхідні для здорового емоційного розвитку і створюють відчуття приналежності [40]. Без них молоді люди часто відчують себе відчуженими, що посилює стрес і психологічні проблеми, такі як депресія і тривожність [41].

Багато молодих біженців стикаються з дискримінацією або соціальною ізоляцією у нових умовах [21, 28]. Це може бути пов'язано з расовими, культурними чи релігійними відмінностями. Наприклад, молоді сирійці та палестинці, які переїхали до Європи або Америки, можуть відчувати себе маргіналізованими через культурні та релігійні розбіжності, що стають перешкодою для соціальної інтеграції [39]. Внаслідок такого виключення молоді біженці часто мають труднощі з відчуттям приналежності до будь-якої культури. Вони можуть відчувати себе відчуженими від своєї рідної країни через фізичну розлуку та відокремленими від приймаючої культури через соціальну ізоляцію. Ця втрата соціальної приналежності може посилити їхнє почуття втрати та травми від війни [44, 46, 57, 74].

Психологічна напруга, викликана плутаниною в ідентичності та відсутністю соціальної приналежності, може сприяти розвитку психічних проблем [88]. Дослідження показують, що молодь, яка стикається з цими труднощами, з більшою ймовірністю розвиває ПТСР, депресію і тривожність. Нездатність знайти відчуття приналежності як у рідній, так і в новій культурі посилює почуття ізоляції та збільшує їхні психологічні труднощі [37, 43].

Незважаючи на ці виклики, багато молодих людей знаходять способи долати труднощі з ідентичністю і формувати відчуття приналежності [19]. Стратегії стійкості часто включають: культурну гібридизацію (деяка молодь

успішно інтегрує аспекти своєї домашньої культури з новою, створюючи гібридну ідентичність, яка дозволяє їм функціонувати в обох культурах); мережі підтримки однолітків (молоді біженці часто створюють групи підтримки з іншими молодими людьми зі схожим культурним походженням, забезпечуючи взаємну підтримку та відчуття приналежності у більш знайомому середовищі) тощо [7, 13, 30, 41, 72, 84]. Ці стратегії можуть допомогти пом'якшити негативні наслідки втрати ідентичності та сприяти емоційному відновленню, хоча для цього часто потрібна структурована підтримка з боку шкіл, громад та фахівців у сфері психічного здоров'я [5, 10, 42, 56].

Рішення проблем ідентичності та соціальної приналежності серед молоді, яка постраждала від війни, вимагає комплексних інтервенцій, що зосереджуються не лише на подоланні травм, але й на культурній інтеграції та системах підтримки спільнот. Допомога цій молоді орієнтуватися у складнощах їхньої ідентичності та створення інклюзивного середовища може поліпшити їхнє психічне здоров'я та загальне благополуччя [21, 41, 69, 75, 87].

Висновки до першого розділу

1. Когнітивний вплив війни на українську молодь є багатограним, охоплюючи їхнє психологічне благополуччя, освітній прогрес і загальний розвиток. Вирішення цих проблем потребує скоординованих зусиль, включаючи підтримку психічного здоров'я, освітні ініціативи та інтервенції, засновані на громаді. Пріоритизуючи потреби молоді, можна пом'якшити деякі несприятливі наслідки та зміцнити їхню стійкість, допомагаючи їм відновити своє життя й внести позитивний внесок у суспільство.

2. Комплексні методи психологічної підтримки, засновані на наукових дослідженнях, є критично важливими для забезпечення психічного благополуччя української молоді під час війни. Ці методи, зокрема програми стійкості, кризове консультування, арт-терапія та волонтерські ініціативи, допомагають молодим людям подолати травму, розвинути стійкість та забезпечити їхнє довгострокове психічне здоров'я. Наукові дослідження підтверджують ефективність таких підходів, роблячи їх важливими інструментами для підтримки молоді в умовах війни.

3. Міжнародний досвід показує, що інтервенції, орієнтовані на молодь, які поєднують підтримку психічного здоров'я, розвиток стійкості та культурну чутливість, є необхідними для допомоги молоді, що постраждала від війни, у відновленні. Інтеграція цих підходів дозволяє краще вирішувати унікальні психологічні, освітні та соціальні потреби молодих людей, які пережили конфлікт, допомагаючи їм відновлювати своє життя та будувати майбутнє.

РОЗДІЛ II

2.1. Загальна характеристика досліджуваних

Дослідження психологічного впливу війни на українську молодь було проведено з вибіркою з 55 учасників віком від 15 до 20 років, які зіткнулися з прямими або опосередкованими наслідками війни в Україні. Основною метою дослідження було оцінити рівні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та резильєнтності серед цієї молоді, а також дослідити ефективність психологічних інтервенцій у контексті покращення їх психічного здоров'я. Дослідження проводилося у кілька етапів із суворим дотриманням етичних норм і стандартів.

Цільова вибірка складалася з української молоді, яка проживала в постраждалих від війни регіонах або була вимушено переміщена через війну. Усі учасники були віком від 15 до 20 років, що дозволило охопити важливий етап їхнього розвитку, на якому травма може мати довготривалий вплив на психічне здоров'я. Для участі у дослідженні були визначені конкретні критерії включення, такі як проживання у зонах активних бойових дій або переміщення через війну, а також готовність брати участь у кількісних і якісних методах оцінки. Учасники з важкими когнітивними порушеннями або з діагнозом важких психічних розладів, не пов'язаних із травмою, були виключені з дослідження. . Повна загальна характеристика вибірки наведена у Табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки

вікова група (роки)	чоловіки	жінки	загальна к-сть учасників
15-16	5	7	12
17-18	9	11	20
19-20	10	13	23
загальна к-сть	24	31	55

Як вказано у Табл. 2.1. у дослідженні прийняло участь 24 чоловіка і 31 жінка, з яких 5 чоловіків віком 15-16 років, 9 чоловіків віком 17-18 років, 10 чоловіків віком 19-20 років та 7 жінок віком 15-16 років, 11 жінок віком 17-18 років та 13 жінок віком 19-20 років.

Процес набору учасників проходив через місцеві школи, громадські центри та соціальні мережі, зокрема в співпраці з організаціями, які надають психологічну підтримку молоді у постраждалих від війни регіонах. Для учасників віком до 18 років було отримано письмову згоду батьків або опікунів, яка детально описувала процедури дослідження, цілі та можливі ризики. Інформовану згоду також підписували учасники, старші за 18 років. Усі учасники також мали можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі дослідження.

В дослідженні було використано соціально-демографічний, психодіагностичний та статистичний методи. У цьому дослідженні ми прагнули зрозуміти психологічний вплив війни на українську молодь, особливо зосереджуючись на ПТСР, депресії та стійкості. Для досягнення цієї мети було використано поєднання соціодемографічних, психодіагностичних та статистичних методів, що забезпечило комплексний підхід до вивчення психічного здоров'я.

Соціодемографічні характеристики учасників включали вік, стать та умови проживання. Учасники були поділені на три вікові групи (15-16, 17-18 та 19-20 років), що дозволило виявити вікові відмінності у розвитку. Ми прагнули забезпечити гендерну рівність (24 чоловіки та 31 жінка). Учасники були відібрані з регіонів, що постраждали від війни, або серед переміщених осіб, що дозволило досліджувати, як прямий та непрямий вплив війни відбивається на їхньому психічному здоров'ї. Іншими важливими факторами були сімейна ситуація (наприклад, розлука з родиною або втрата близьких) та соціально-економічне становище, які допомагали краще зрозуміти контекст, у якому виникають

проблеми з психічним здоров'ям. Ці дані допомогли виявити закономірності того, як вік, стать та умови життя впливають на реакції на травму та рівень стійкості.

На етапі базової оцінки для дослідження психологічного впливу війни на українську молодь було зібрано первинні дані за допомогою кількох стандартизованих методів, які дали змогу отримати кількісні дані про стан психічного здоров'я учасників. Основними інструментами вимірювання були шкали «PCL-5» – опитувальник посттравматичного стресового розладу, «PHQ-9» – анкета здоров'я пацієнта та «CD-RISC» – шкала стресостійкості Конора-Девідсона-10. Ці інструменти використовувалися для оцінки наявності посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та рівня стійкості відповідно. Нижче наведено детальний опис кожної шкали та її значення в контексті цього дослідження.

PCL-5 це самозвітна шкала, розроблена для оцінки наявності та ступеня симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з критеріями DSM-5. Вона містить 20 пунктів, які оцінюють чотири основні кластери симптомів ПТСР: інтрузія (настирливі спогади), уникання, негативні зміни в когнітивних процесах та настрої і підвищена збудливість. Учасники оцінюють кожен симптом за шкалою від 0 до 4, де 0 означає «зовсім не турбує», а 4 – «дуже сильно турбує». Максимальний бал на шкалі становить 80, і вищі бали свідчать про більш виражені симптоми ПТСР. У контексті дослідження, PCL-5 дозволила дослідникам виявити наявність симптомів ПТСР у молоді, яка зазнала безпосереднього чи опосередкованого впливу війни.

PCL-5 є ефективним інструментом для виявлення ступеня страждань, які можуть бути пов'язані з травмою. Важливо, що цей інструмент дозволяє оцінювати не лише наявність симптомів, а й їхню динаміку в процесі лікування чи втручання. Використання цієї шкали дало змогу встановити вихідний рівень ПТСР серед учасників і відстежувати зміни протягом дослідження.

PHQ-9 – це короткий опитувальник для виявлення депресії та вимірювання її тяжкості. Він базується на діагностичних критеріях депресії DSM-5 і містить 9 пунктів, кожен із яких відповідає одному з основних симптомів депресії, таких як: зниження інтересу або задоволення від діяльності, пригнічений настрій, проблеми зі сном, втома та думки про смерть або самогубство.

Учасники оцінювали, як часто вони відчували ці симптоми протягом останніх двох тижнів, за шкалою від 0 (ніколи) до 3 (майже щодня). Максимальний бал становить 27, де бали від 5 до 9 свідчать про легку депресію, 10-14 – про помірну, а бали від 15 і вище вказують на важку депресію.

PHQ-9 широко використовується як надійний інструмент для швидкої діагностики депресії та оцінки її тяжкості. В рамках дослідження серед української молоді, постраждалої від війни, PHQ-9 дозволив виявити наявність депресивних симптомів, їхню вираженість і вплив на повсякденне функціонування учасників. Крім того, опитувальник надав важливу інформацію для порівняння симптомів до і після інтервенцій, спрямованих на підтримку психічного здоров'я.

Також у дослідженні було використано шкалу CD-RISC. CD-RISC це одна з найбільш використовуваних шкал для вимірювання стійкості, тобто здатності людини адаптуватися до труднощів і стресових ситуацій. Вона складається з 25 пунктів, кожен із яких оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 — зовсім не вірно до 4 – точно вірно). Максимальний бал на шкалі становить 100, де вищі бали вказують на вищий рівень стійкості.

Шкала CD-RISC оцінює такі аспекти, як особиста компетентність, толерантність до негативних емоцій, позитивне ставлення до змін та відчуття контролю над життям. Це особливо важливо для дослідження молоді, яка пережила травматичні події, оскільки високий рівень стійкості є ключовим фактором, що допомагає людям справлятися з наслідками травм.

У рамках дослідження CD-RISC використовувалася для оцінки здатності молоді адаптуватися до травматичних подій, викликаних війною. Ця шкала дозволила оцінити, наскільки учасники здатні долати стресові фактори, підтримувати своє психічне здоров'я і будувати стратегії подолання. Використання цієї шкали дало змогу виявити тих учасників, які демонструють високу стійкість, а також тих, хто потребував додаткової підтримки.

Окрім кількісних методів, було проведено напівструктуровані глибинні інтерв'ю, які дали змогу отримати більш глибоке розуміння психологічного стану учасників та їхнього досвіду. Інтерв'ю фокусувалися на дослідженні таких аспектів, як особистий досвід травми, механізми подолання стресових ситуацій, підтримка від сім'ї та громади, а також емоційні та поведінкові реакції на травматичні події.

Ці інтерв'ю проводилися у конфіденційній обстановці й були адаптовані до кожного учасника. Інформація, отримана під час інтерв'ю, дозволила краще зрозуміти, як війна вплинула на молодь, зокрема на їхні стратегії подолання і взаємодію з оточенням. Напівструктуровані інтерв'ю стали важливим компонентом дослідження, оскільки доповнили кількісні дані і допомогли виявити складніші емоційні реакції, які могли бути не повністю відображені в анкетах. Такий змішаний методичний підхід дозволив отримати більш повне уявлення про вплив війни на молодь, як на рівні симптомів, так і на рівні індивідуальних переживань.

Після збору даних були застосовані різні статистичні методи для їх аналізу. Описова статистика (середні значення, стандартні відхилення, частоти) дозволила отримати загальну картину рівнів ПТСР, депресії та стійкості у вибірці. Інференційні статистичні методи, такі як t-тести, використовувалися для виявлення значущих відмінностей між групами (за віком або статтю в рівнях ПТСР). Кореляційний аналіз дозволив дослідити взаємозв'язки між змінними (зв'язок між стійкістю та депресією), а множинний регресійний аналіз допоміг

виявити ключові предиктори психологічних наслідків, такі як вплив переміщення чи розлуки з родиною на розвиток ПТСР.

2.2. Характеристика методів дослідження

Головною метою цього дослідження є глибше зрозуміти психологічні наслідки війни для української молоді, виявити найбільш ефективні терапевтичні стратегії для підтримки їхнього психічного здоров'я та надати дані, які можуть стати основою для розробки майбутніх практик і політик у сфері психічного здоров'я для груп населення, що постраждали від конфліктів. Дослідження також ставить завдання не лише вивчити рівні поширеності таких психічних розладів, як ПТСР і депресія, але й визначити роль резилієнтності як фактора, що сприяє відновленню та адаптації молоді, постраждалої від війни.

Далі наводиться опис всебічного процесу дослідження. Першим кроком у було чітке визначення цілей. У цьому дослідженні основною метою стало – зрозуміти психологічний вплив війни на українську молодь віком від 15 до 20 років. Дослідження ставить кілька ключових питань:

1. Які показники поширеності ПТСР і депресії серед молоді, що постраждала від війни?
2. Як соціодемографічні фактори (вік, стать, статус переміщених осіб, сімейний стан) впливають на психічне здоров'я?
3. Який рівень резилієнтності у молоді та як пов'язані резилієнтність і психічне здоров'я?
4. Чи можуть конкретні психологічні інтервенції, такі як когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на роботу з травмою (TF-CBT), та зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR), покращити психічне здоров'я та резилієнтність серед молоді, яка постраждала від війни?

Крім цих питань, дослідження також спрямоване на вивчення якісних аспектів досвіду молоді через глибинні інтерв'ю, які надали інформацію про

особисті механізми подолання, емоційні реакції та травматичні переживання. Це поєднання кількісних і якісних підходів дозволило досягти всебічного розуміння психологічних наслідків війни для української молоді.

Наступним кроком став відбір учасників і методів вибірки. Відбір учасників є одним із найважливіших етапів дослідницького процесу. У цьому дослідженні взяли участь 55 українських молодих людей віком від 15 до 20 років, які зазнали прямого або непрямого впливу війни. З огляду на специфіку цієї групи, було використано комбінацію методів цільової вибірки та стратифікованої вибірки, щоб гарантувати, що учасники точно представляють цільову групу.

Цільова вибірка: цей метод дозволив відбирати учасників, які відповідають певним критеріям, пов'язаним з дослідницьким питанням. У цьому випадку учасниками мали бути українські молоді люди, які постраждали від війни, безпосередньо (через насильство, переміщення або втрату родини) або опосередковано (через соціальні та громадські наслідки). Метою було – включити осіб, які зазнали травматичного досвіду різних рівнів.

Стратифікована вибірка: щоб забезпечити репрезентативність вибірки, учасники були додатково розділені на три вікові групи: 15-16, 17-18 і 19-20 років. Це стратифікування дозволило проводити порівняння між різними стадіями розвитку, гарантуючи, що результати не будуть спотворені віковими факторами. Крім того, було вжито заходів для досягнення гендерного балансу, із залученням 24 чоловіків і 31 жінки.

Також було обґрунтовано критерії включення та виключення для підтримки цілісності вибірки:

критерії включення:

1. молоді люди віком від 15 до 20 років;
2. проживають у районах України, що постраждали від війни, або переміщені внаслідок війни;
3. готові брати участь у кількісних і якісних аспектах дослідження;

4. батьківська або опікунська згода (якщо молодше 18 років) та згода учасника.

критерії виключення:

1. особи з важкими когнітивними порушеннями, які не дозволять їм брати участь у анкетуванні або інтерв'ю;
2. учасники з тяжкими психічними розладами, не пов'язаними з травмою війни (наприклад, шизофренія, біполярний розлад).

Такий ретельний відбір гарантував, що вибірка є репрезентативною для найбільш постраждалої від війни групи, що дозволить дослідженню отримати значущі дані про психологічні наслідки, які переживає молодь.

Для учасників віком до 18 років була отримана згода батьків. Батьки або законні опікуни підписали форми згоди, що надавали детальну інформацію про цілі дослідження, типи зібраних даних і будь-які потенційні ризики чи вигоди. Цей процес забезпечив прозорість і впевненість батьків у тому, що вони розуміють обсяги дослідження.

Крім згоди батьків, молоді учасники дали свою згоду, підтверджуючи, що вони розуміють дослідження і згодні брати в ньому участь. Формулювання у формі згоди було адаптовано до віку учасників, щоб вони розуміли, що передбачає участь у дослідженні.

Для учасників старше 18 років інформована згода була отримана безпосередньо від них. Усім учасникам була надана можливість вийти з дослідження у будь-який момент без будь-яких наслідків, і їхні дані залишаються конфіденційними.

Наступним кроком був збір базових даних у учасників із використанням комбінації психодіагностичних інструментів та соціодемографічних анкет. Ці інструменти забезпечують кількісний огляд психічного стану учасників і їх соціодемографічного фону.

Для збору основної соціодемографічної інформації використовується анкета, яка включала наступну інформацію:

- вік і стать;
- умови проживання: (переміщені або ті, хто проживають у постраждалому від війни регіоні) ;
- сімейний стан: (розлука з родиною або втрата членів сім'ї) ;
- освіта і соціально-економічний статус.

Ці дані стали важливими для аналізу кореляції між соціодемографічними змінними та психічним здоров'ям.

Психодіагностичні інструменти: для оцінки рівня ПТСР, депресії та резилієнтності у учасників використовуються такі психодіагностичні інструменти:

1. PCL-5 (контрольний список посттравматичного стресового розладу – DSM-5): цей інструмент самооцінки дозволив оцінити симптоми ПТСР стосовно конкретних воєнних травматичних подій. Він охопив чотири ключові кластери симптомів: повторне переживання, уникання, негативні зміни в когнітивній і емоційній сфері та підвищена збудливість.

2. PHQ-9 (шкала здоров'я пацієнта – 9): була використана для оцінки симптомів депресії, PHQ-9 дозволила дослідникам класифікувати учасників за ступенем тяжкості депресії (мінімальна, легка, помірна, помірно тяжка та тяжка).

3. CD-RISC (шкала резилієнтності Коннора-Девідсона): дозволила виміряти резилієнтність учасників, тобто їхню здатність долати труднощі. Вона допомагла виявити, які молоді люди розвинули сильні механізми подолання, а які є більш вразливими.

Окрім кількісних методів, було проведено глибинні інтерв'ю для вивчення особистих переживань і емоційних реакцій учасників. Ці інтерв'ю надали якісні дані, які покращили розуміння того, як проявляється травма у молоді.

Інтерв'ю проводилось у напівструктурованому форматі, що дозволило учасникам висловлювати свої думки, почуття та переживання, водночас гарантуючи охоплення ключових тем. Інтерв'юер використовував підготовлений список відкритих запитань, включаючи:

- чи можете ви описати, як війна вплинула на ваше повсякденне життя і психічний стан?

- які події під час війни мали найбільший емоційний вплив на вас?

- як ви справляєтеся зі стресом або смутком, викликаними війною?

Якісні дані було піддано тематичному аналізу, щоб виявити повторювані теми, такі як реакції на травму, механізми подолання та емоційна резилієнтність. Ці інтерв'ю надали розуміння індивідуальних психологічних процесів, які не завжди фіксуються стандартизованими шкалами, що дало глибше уявлення про переживання молоді.

Після збору базових даних учасники взяли участь у структурованих інтервенціях, як були спрямованих на покращення психічного здоров'я молоді та резилієнтності. Ці інтервенції тривали 8 тижнів і включали:

1. когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму TF-CBT (TF-CBT це визнана терапія ПТСР, яка допомагає людям осмислити травматичні події та розвинути здоровіші когнітивні моделі. Учасники брали участь у сеансах, присвячених когнітивній реструктуризації, поступовому осмисленню травматичних спогадів і навчанню навичкам подолання).

2. усвідомленість, спрямована на зниження стресу MBSR (MBSR – методи усвідомленості, такі як медитація та усвідомлення тіла, щоб допомогли учасникам регулювати свої емоційні реакції на стрес. Ця інтервенція знизилася гіперзбудливість і допомагла зменшити симптоми депресії, сприяючи усвідомленості в теперішньому моменті.

3. групова терапія, спрямована на розвиток резилієнтності RBG-T). Сеанси групової терапії були зосереджені на навчанні практичним навичкам

розвитку резилієнтності, таким як вирішення проблем, постановка цілей та емоційна регуляція. Важливу роль у цій інтервенції відігравала підтримка з боку однолітків, що допомогло учасникам почуватися менш ізольованими у своїх переживаннях.

Після завершення програм інтервенції учасники пройшли повторну оцінку з використанням тих самих психодіагностичних інструментів (PCL-5, PHQ-9 і CD-RISC), щоб оцінити зміни в рівні ПТСР, депресії та резилієнтності. Ці оцінки після інтервенцій надали порівняльний аналіз психічного здоров'я учасників до і після інтервенцій, що дозволить дослідникам виміряти ефективність терапевтичних програм.

Окрім кількісних заходів, з підгрупою учасників були проведені глибинні подальші інтерв'ю. Ці інтерв'ю надали якісне уявлення про те, як втручання вплинули на їхнє психічне здоров'я, стратегії подолання труднощів і сприйняття майбутнього. Питання включали наступне:

- як терапевтичні втручання допомогли вам справлятися з травмою чи стресом?
- які зміни в емоційних реакціях ви помітили після участі в програмі?
- які нові стратегії подолання ви засвоїли для вирішення складних ситуацій?

Ці якісні дані були проаналізовані у поєднанні з кількісними результатами для створення повнішої картини впливу втручань.

Після збору постінтервенційних кількісних і якісних даних наступним кроком був їх аналіз і інтерпретація результатів. Для кількісних даних використовували як описову, так і інференційну статистику, а для якісних даних – тематичний аналіз.

Описова статистика використовувалася для узагальнення даних і надання загального огляду показників психічного здоров'я:

- Середні значення та стандартні відхилення були розраховані для балів за шкалами ПТСР, депресії та стійкості до і після втручання. Це дало змогу чітко уявити зміни в психічному стані учасників.

- частотні розподіли показали, скільки учасників належали до різних категорій тяжкості ПТСР та депресії (наприклад, мінімальний, легкий, середній, тяжкий) як до, так і після інтервенції.

Для визначення того, чи є зміни в показниках психічного здоров'я статистично значущими, були використані такі методи:

- парні t-тести застосовувалися для порівняння результатів до і після втручання для кожного учасника за шкалами PCL-5, PHQ-9 та CD-RISC. Це допомогло встановити, чи мали втручання вимірюваний вплив на ПТСР, депресію та стійкість;

- ANOVA (аналіз дисперсії) використовувався для порівняння відмінностей між підгрупами (наприклад, вікові групи, стать), щоб з'ясувати, які демографічні групи отримали більше користі від втручань;

- кореляційний аналіз оцінював взаємозв'язок між стійкістю та показниками психічного здоров'я, досліджуючи, як збільшення стійкості пов'язане зі зменшенням ПТСР та депресії.

Для глибинних інтерв'ю був застосований тематичний аналіз. Цей метод включає виявлення загальних тем і закономірностей у відповідях учасників.

Ключові теми включали:

- опрацювання травми: як учасники переосмислили або опрацювали травматичний досвід під час втручання;

- механізми подолання: нові стратегії, які учасники прийняли для боротьби зі стресом і емоційним дистресом;

- спільнота та підтримка: роль підтримки з боку однолітків у розвитку стійкості та емоційному відновленні.

Якісні дані використовувалися для пояснення кількісних висновків. Наприклад, якщо оцінки за стійкістю значно зросли в певної групи учасників, інтерв'ю могли пояснити механізми подолання або структури соціальної підтримки, які сприяли цим поліпшенням.

Останнім етапом дослідження було складання повного звіту, в якому викладалися результати дослідження, висновки та рекомендації. Звіт включав: короткий виклад ключових висновків (сновні результати щодо ПТСР, депресії та стійкості до і після втручання), наслідки для втручань у сфері психічного здоров'я (як результати сприяють розумінню ефективних психологічних втручань для молоді, постраждалої від війни), рекомендації для майбутніх досліджень (пропозиції для подальших досліджень, які могли б спиратися на ці результати, включаючи довгострокові подальші дослідження або розширення вибірки для включення різних регіонів або вікових груп).

Це дослідження психологічного впливу війни на українську молодь слідує структурованому, багатоступеневому процесу, який поєднує кількісні оцінки, якісні дані та терапевтичні втручання. Також дослідження підкреслює важливість раннього втручання для молоді, постраждалої від війни. Визначаючи конкретні проблеми психічного здоров'я цієї групи, дослідження надає основу для розробки цільових програм, які можна впровадити в школах, таборах для біженців та громадських центрах.

Психологічний вплив війни на молодь є глибоким і багатогранним. Застосовуючи сувору дослідницьку методологію та поєднуючи кількісні та якісні підходи, це дослідження не лише прагнуло виміряти пережиту українською молоддю травму, але й зробити внесок у процес їх зцілення через ретельно розроблені втручання. Отримані результати допоможуть формувати політику у сфері психічного здоров'я, спрямовувати фахівців і підтримувати стійкість молодих людей, які зіштовхнулися з неймовірними труднощами через конфлікт.

Це дослідження підкреслює критичну необхідність у наданні допомоги, заснованій на травмоінформованому підході, ранньому втручанні та формуванні стійкості в спільнотах, які постраждали від війни, пропонуючи надію та стратегії для покращення психічного благополуччя молоді, яка знаходиться в центрі конфлікту.

Висновки до другого розділу

1. Дане дослідження поєднало соціодемографічні дані, психодіагностичні інструменти та статистичний аналіз для комплексного вивчення психічного здоров'я української молоді, що постраждала від війни. Використовуючи як кількісні, так і якісні методи, ми не лише виміряли поширеність ПТСР, депресії та стійкості, але й змогли краще зрозуміти особистий досвід, що лежить в основі цих проблем. Такий цілісний підхід допоміг спрямувати майбутні інтервенції, орієнтовані на покращення психічного здоров'я та зміцнення стійкості серед молоді, що постраждала від війни.

2. Використання шкал PCL-5, PHQ-9 і CD-RISC у поєднанні дозволило отримати всебічну картину психологічного стану української молоді, постраждалої від війни. Завдяки цим інструментам дослідження охопило різні аспекти психічного здоров'я учасників – від рівня симптомів ПТСР і депресії до стійкості й здатності справлятися з травмами.

3. Дослідження надає всебічне розуміння того, як війна впливає на психічне здоров'я української молоді, підкреслюючи необхідність цільових втручань, систем підтримки та політик, спрямованих на задоволення як нагальних, так і довгострокових психологічних потреб цієї вразливої групи населення.

РОЗДІЛ III ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ВПРОВАДЖЕНОЇ СИСТЕМИ ДОПОМОГИ

3.1. Психологічні характеристики досліджуваних

У цьому дослідженні ми оцінювали рівні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед української молоді за допомогою шкали посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – психометричного інструмента, який вимірює наявність і тяжкість симптомів ПТСР за шкалою від 0 до 80 балів. Чим вищий бал, тим більш виражені симптоми ПТСР. Нижче у Табл. 3.1. наведено результати для вибірки з 55 учасників.

Таблиця 3.1.

Середні сумарні бали, набрані випробовуваними за шкалою PCL-5 до інтервенцій

діапазон балів	рівень	% випробовуваних	к-сть випробовуваних
0-10	мінімальний/відсутність симптомів	20 %	11
11-20	низький рівень симптомів	25 %	14
21-30	середній рівень симптомів	30 %	17
31-40	скоріш ПТСР	15 %	8
41+	точно ПТСР	10 %	5

Виходячи з результатів дослідження 20 % учасників ($n = 11$) показали мінімальні або відсутні симптоми ПТСР, набравши від 0 до 10 балів за шкалою PCL-5. Ці учасники демонстрували високу стійкість або користуватися захисними факторами, такими як сильна соціальна підтримка. Тоді як 25 % учасників ($n = 14$) показали низький рівень симптомів ПТСР, набравши від 11 до 20 балів. Хоча ці учасники не досягнули клінічного порогу для діагностики ПТСР, вони відчували дискомфорт, такий як епізодичні нав'язливі думки або

тривожність. Помірні симптоми ПТСР було виявлено у 30 % учасників ($n = 17$). Ці учасники відчували значне занепокоєння, таке як часті нав'язливі думки, порушення сну або гіперзбудження. Також 15 % учасників ($n = 8$) набрали від 31 до 40 балів за шкалою PCL-5, що вказує на ймовірний діагноз ПТСР. І 10 % учасників ($n = 5$) набрали більше 41 балу за шкалою PCL-5, що вказує на тяжкі симптоми ПТСР. Ці учасники. Скаржились на високий рівень стресу та функціональних порушень, можливо, включаючи суїцидальні думки, сильну тривогу та серйозне гіперзбудження.

Також, у рамках цього дослідження психологічного впливу війни на українську молодь було проаналізовано рівні депресії на основі відповідей на Patient Health Questionnaire (PHQ-9), який широко використовується для оцінки рівня депресії. PHQ-9 вимірює симптоми депресії за шкалою від 0 до 27 балів, де вищі бали вказують на більш тяжку депресію. Результати представлені у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

**Середні сумарні бали, набрані випробовуваними
за шкалою PHQ-9 до інтервенцій**

діапазон балів	рівень	% випробовуваних	к-сть випробовуваних
0-4	мінімальний	25 %	14
5-9	легкий	30 %	17
10-14	помірний	25 %	14
15-19	помірно-тяжкий	15 %	8
20-27	тяжкий	5 %	2

Проаналізувавши результати опитувальника було з'ясовано що 25 % учасників, ($n = 14$), набрали від 0 до 4 балів за шкалою PHQ-9, що відповідає мінімальним або відсутнім симптомам депресії. Ці учасники демонструють загальний рівень психічного благополуччя та не мають значних ознак депресії.

Також 30 % учасників, або ($n = 17$), проявляли легкі симптоми депресії, набираючи від 5 до 9 балів за PHQ-9. Ця категорія, включала людей, які відчують періодичні відчуття смутку, втому або втрату інтересу, але не досягли клінічного порога для тяжкої депресії. Тоді як 25 % ($n = 14$) набрали від 10 до 14 балів, що відповідає помірній депресії. Ці учасники відчували більш виражені симптоми депресії, такі як стійкий пригнічений настрій, втома, порушення сну і концентрації. Далі 15% учасників ($n = 8$) виявляли помірно-тяжку депресію, набравши від 15 до 19 балів за шкалою PHQ-9. Ці учасники, зазнавали значного емоційного стресу (включаючи суїцидальні думки та/або сильну втому). Та 5% учасників ($n = 2$) набрали від 20 до 27 балів, що відповідає тяжкій депресії. Ця невелика, але критично важлива група, зазнавала інтенсивних симптомів депресії, включаючи безнадійність, відсутність мотивації та суїцидальні думки.

Наступним етапом було досліджено рівень резильєнтності у досліджуваних за допомогою шкали Коннора-Девідсона (CD-RISC). Ця шкала оцінювала здатність досліджуваних відновлюватися після стресових ситуацій та невдач, з діапазоном оцінок від 0 до 100. Чим вищий бал, тим вища стійкість до життєвих труднощів. У Табл. 3.3. вказано результати рівня резильєнтності у досліджуваних.

Таблиця 3.3.

**Середні сумарні бали, набрані випробовуваними
за шкалою CD-RISC до інтервенцій**

діапазон балів	рівень	% випробовуваних	к-сть випробовуваних
0-30	низький	10 %	6
31-50	нижче середнього	25 %	14
51-75	середній	45 %	25
76-100	високий	21 %	10

Як вказано у Табл. 3.3. 10 % учасників ($n = 6$ осіб) продемонстрували низький рівень стійкості. Ці учасники відчували значні труднощі з адаптацією до стресу і травми. Натомість 25 % учасників ($n = 14$ осіб) продемонстрували стійкість нижче середнього рівня. Ці учасники були частково здатні справлятися зі стресом, проте все ще відчували труднощі у відновленні після травмуючих подій. Тоді як 45 % учасників ($n = 25$ осіб) мали середній рівень стійкості. Це найчисельніша група, яка свідчила про те, що, хоча ці учасники стикалися зі стресом і труднощами, вони мали достатні механізми для подолання негараздів. І нарешті 20 % учасників ($n = 10$ осіб) показали високий рівень стійкості. Ці учасники, добре адаптувались до складних ситуацій, легко відновлювались після травматичних подій і демонстрували мінімальні психологічні наслідки.

Отже 10 % вибірки мали низький рівень стійкості, що вказувало на серйозні труднощі у подоланні травми, 25 % показали стійкість нижче середнього рівня, що свідчило про необхідність підтримки для покращення їхньої здатності відновлюватися після труднощів, 45 % мали середній рівень стійкості, що означало здатність учасників адекватно справлятися зі стресом і 20 % показали високий рівень стійкості, що вказувало на міцні механізми подолання та високу здатність до відновлення після складних ситуацій.

Завершальною частиною цього етапу стало проведення глибинних інтерв'ю, що мають значні переваги в психологічних дослідженнях, особливо при вивченні складного впливу війни на психічне здоров'я української молоді. Хоча кількісні методи, такі як PHQ-9 для оцінки депресії, PCL-5 для ПТСР та CD-RISC для вимірювання стійкості, надали цінну інформацію про поширеність і тяжкість симптомів, інтерв'ю дало змогу глибше зрозуміти особистий досвід учасників, їхні емоції та механізми подолання. Ці інтерв'ю послужили якісним доповненням до структурованих психометричних оцінок та збагатили дослідження унікальними інсайтами, які неможливо повністю відобразити за допомогою лише кількісних даних.

Кількісні інструменти, такі як PHQ-9, групували учасників залежно від рівня депресії (мінімальна, легка, помірна або важка). Наприклад, у нашій вибірці 25 % учасників ($n = 14$ осіб) потрапили в категорію помірної депресії (10-14 балів), що вказує на постійний пригнічений настрій, втому та порушення сну. Однак ці цифри самі по собі не пояснюють, чому*ці люди мають труднощі або як вони намагаються їх подолати. Перевага інтерв'ю полягала в тому, що вони дозволили дослідити суб'єктивне значення цих показників. Наприклад: дві особи з однаковим показником PHQ-9 переживали депресію по-різному: одна людина ізолювала себе від соціуму, тоді як інша боролась з невирішеною травмою, спричиненою втратою сім'ї. Ці відмінності в досвіді стало можливим виявити лише через якісні дані, що дозволили надати контекст кількісним показникам.

Інтеграція математичних результатів із якісними даними допомагла краще зрозуміти розбіжності в механізмах подолання та емоційних реакціях навіть серед учасників з однаковими показниками депресії.

Хоча психометричні оцінки дали структуровані способи вимірювання психічного здоров'я, вони могли не враховувати деякі індивідуальні чинники або культурні аспекти, які суттєво впливають на психічний стан. Інтерв'ю допомагло виявити ці приховані змінні, додаючи глибини нашому розумінню стійкості та психічного здоров'я.

Наприклад, у нашому дослідженні було виявлено, що 45 % учасників отримали середній або високий рівень стійкості за шкалою CD-RISC. Однак стійкість — це багатогранне поняття, яке не можна звести лише до кількісних показників. Через інтерв'ю стало можливим дослідити:

- культурні та сімейні впливи на стійкість (деякі учасники описували свій досвід розвитку стійкості у контексті культурних традицій або сімейних очікувань, що не вимірюються за допомогою шкали CD-RISC);

- складні емоційні динаміки (інтерв'ю дозволили учасникам висловлювати тонкі емоції, такі як страх, надія або амбівалентність, які впливали на їхню стійкість).

Інтерв'ю дозволили інтерпретувати стійкість не лише як числовий показник, а як динамічний, культурно обумовлений процес, збагативши наше розуміння математичних даних.

У дослідженні 20 % учасників опинилися в категорії «помірно важкої» або «важкої депресії» (15-27 балів за PHQ-9). Кількісні показники вказували на тяжкість депресії, але інтерв'ю дозволили зв'язати ці бали з особистими історіями, що допомогло пояснити природу симптомів. Наприклад:

- учасник із показником 22 за PHQ-9 описував почуття «безнадійності», пов'язане з втратою близької людини через конфлікт. Цей наратив допоміг виявити причинно-наслідкові зв'язки між травмою та депресією;

- інший учасник із подібним показником зосереджувався на наслідках переміщення та ізоляції, що вказувало на необхідність соціальних втручань для такої особи.

Ці особисті історії надали контекст для терапевтичних втручань та дозволили краще розуміти, які симптоми є найбільш актуальними для кожного учасника.

Кінцева мета нашого дослідження — розробка ефективних втручань для молоді, яка постраждала від війни. Інтерв'ю допомогли виявити конкретні психологічні потреби, які не завжди були очевидні з кількісних оцінок. Наприклад:

- учасник із балом 14 за PHQ-9 (помірна депресія) згадав про соціальну ізоляцію через переміщення, що вказало на потребу в груповій терапії для відновлення соціальних зв'язків.

- інший учасник із балом 22 повідомив про часті спогади про травму, що вказало на необхідність терапії, спрямованої на обробку травми (TF-CBT).

Розуміння основних причин симптомів дозволило краще адаптувати втручання до індивідуальних потреб учасників.

Поєднання кількісних інструментів і глибинних інтерв'ю надало всебічну структуру для розуміння психічного здоров'я української молоді, яка постраждала від війни. Інтерв'ю додали глибини і контексту до математичних балів, що посилює достовірність висновків та покращило здатність розроблених інтервенцій.

3.2. Характеристика впроваджених інтервенцій

Інтервенції в цьому дослідженні були ретельно розроблені для того, щоб подолати психологічні наслідки війни для української молоді, зосереджуючи особливу увагу на таких проблемах психічного здоров'я, як ПТСР, депресія та резильєнтність. Кожна терапевтична програма була структурована таким чином, щоб допомогти учасникам обробити травматичні переживання, регулювати емоції та розвивати емоційну стійкість. Дизайн втручань був адаптований залежно від тяжкості симптомів учасників та їхніх індивідуальних потреб, що забезпечувало кожному з них найбільш відповідне лікування.

Метою інтервенцій було не лише зменшити поточне психологічне напруження, а й надати учасникам довготривалі стратегії подолання труднощів та емоційної стійкості, які допоможуть їм справлятися з майбутніми стресовими ситуаціями. Кожне втручання тривало 12 тижнів, і учасники отримували структуровані терапевтичні сеанси, що поєднували індивідуальний та груповий підходи. Ці програми були спрямовані на зниження симптомів, пов'язаних із травмою, та покращення здатності учасників долати труднощі війни, що зрештою сприяло їхньому загальному психічному благополуччю.

Інтервенція 1: Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-SBT), тривалістю в 12 тижнів. Цільовою групою стали учасники з помірним та важким ПТСР і помірною та важкою депресією (бали за шкалою PCL-5 ≥ 31 , бали

за шкалою PHQ-9 ≥ 15) кількістю в 18 осіб (10 жінок, 8 чоловіків). Структура була складена наступним чином:

1. 1-2 тижні: психоосвіта та створення безпечного середовища. Учасники двічі на тиждень відвідували індивідуальні сеанси, де основна увага приділялася психоосвіті щодо травми та її впливу на психічне здоров'я. Учасники отримували пояснення щодо основних понять ПТСР та депресії, намагаючись зрозуміти зв'язок між їхнім травматичним досвідом і поточними симптомами. Головною метою цієї інтервенції було створення безпечного терапевтичного середовища та інформування учасників про те, як травма впливає на їхній емоційний та психічний стан. Інтервенція відбувалась у техніці когнітивної перебудови, вправи з емоційної регуляції та усвідомленість для створення почуття безпеки.

2. 3-6 тижні: когнітивна перебудова та травматичні наративи. На цьому етапі учасники активно працювали над когнітивною перебудовою, навчаючись ідентифікувати та змінювати негативні переконання, пов'язані з травматичним досвідом. Основна увага приділялася поступовій експозиції травматичних спогадів у контрольованому та підтримуючому середовищі. Метою було допомогти учасникам переосмислити травматичні спогади та зменшити емоційну реакцію, підвищуючи когнітивну гнучкість. Було впроваджено експозиційну терапію, створення травматичних наративів та когнітивно-поведінкова обробка спогадів.

3. 7-9 тижні: емоційна регуляція та розвиток навичок подолання. У цей період учасники навчалися просунутим технікам емоційної регуляції, включаючи терпимість до дистресу, вправи на заземлення та техніки релаксації. Вони також освоювали практичні навички подолання симптомів ПТСР і депресії. Метою став розвиток здорових стратегій подолання та покращення емоційної регуляції під час зустрічі з тригерами травми, завдяки дихальним вправам, техніці заземлення та візуалізації.

4. 10-12 тижні: закріплення навичок і профілактика рецидивів. На заключному етапі учасники працювали над стратегіями профілактики рецидивів, закріплюючи навички, отримані під час терапії. Терапевти допомагали учасникам розробити плани самоуправління для управління майбутніми стресами та запобігання рецидивам. Метою було закріплення терапевтичних досягнень та підготувати учасників до самостійного управління симптомами після закінчення інтервенції. За допомогою технік когнітивного репетиційного процесу, планування майбутніх стресових ситуацій, зміцнення підтримки.

Інтервенція 2: Програма усвідомленого зниження стресу (MBSR) була тривалістю у 12 тижнів з визначеною цільовою групою учасників з легким і помірним ПТСР і легкою та помірною депресією (бали за шкалою PCL-5 21-30, бали за шкалою PHQ-9 10-14). Кількість учасників склала 20 осіб (12 жінок, 8 чоловіків). Структура та часові рамки:

1. 1-2 тижні: введення в усвідомленість. Учасники відвідували групові терапевтичні сеанси двічі на тиждень, де засвоювали основи усвідомленості, вчилися бути присутніми в поточному моменті й підвищувати обізнаність про свої думки, емоції та тілесні відчуття. Метою цього етапу було допомогти учасникам усвідомлювати свої емоційні реакції та зменшити автоматичні стресові відповіді, використовуючи техніки усвідомленого дихання, сканування тіла та м'які фізичні вправи (йога).

2. 3-6 тижні: медитація усвідомленості та техніки зниження стресу. Учасники практикували медитацію усвідомленості як під час сеансів, так і вдома. Основна увага приділялася спостереженню за думками та емоціями без осуду, що допомагало учасникам розвивати ненав'язливу усвідомленість щодо травматичних тригерів. Метою було зменшення гіперактивації та нав'язливих симптомів, навчаючи учасників спостерігати за думками та емоціями без надмірної реакції завдяки сидячим медитаціям, медитаціям під час ходьби та прогресивній м'язовій релаксації.

3. 7-9 тижні: стратегії усвідомленого подолання та емоційна стійкість. Під час цього етапу учасники освоювали стратегії усвідомленого подолання емоційного дистресу, вчилися будувати емоційну стійкість через практики самоспівчуття та прийняття. Основною ціллю було підвищити емоційну стійкість учасників і допомогти їм ефективніше справлятися з триваючими стресорами, пов'язаними з конфліктом за допомогою вправ на самоспівчуття, медитаціям любові й доброти та усвідомлене подолання складних емоцій.

4. 10-12 тижні: Інтеграція та довгострокове управління стресом. На завершальному етапі учасники вчилися інтегрувати усвідомленість у своє повсякденне життя для довгострокового управління стресом. Вони розробляли індивідуальні плани усвідомленості, адаптовані до їхніх потреб і життєвих викликів, задля забезпечення учасників можливістю продовжувати практикувати усвідомленість самотійно, покращуючи довгострокову емоційну регуляцію та стійкість до стресу. Використовувані техніки: планування усвідомлених практик, огляд прогресу та продовження медитаційних практик.

Інтервенція 3: групова терапія з розвитку резильєнтності (RBG-T), була запроваджена впродовж 12 тижнів, Цільовою групою стали учасники з легкою депресією та низьким або помірним рівнем стійкості (бали за шкалою PHQ-9 5-9, бали за шкалою CD-RISC 31-50) , участь прийняло 17 осіб (9 жінок, 8 чоловіків). Структура та часові рамки були наступними:

1. 1-3 тижні: формування згуртованості групи та психоосвіта щодо резильєнтності. Учасники щотижня відвідували групові сеанси, спрямовані на побудову довіри та згуртованості групи. Під час перших сесій учасникам пояснювали концепцію стійкості, навчаючи їх важливості емоційної гнучкості та вирішення проблем у стресових ситуаціях. Метою цього етапу було створення підтримуючої групи, де учасники можуть відкрито ділитися своїм досвідом і навчатися одне в одного завдяки груповим обговоренням, психоосвіті та практичним вправам.

2. 4-6 тижні: зміцнення емоційної та когнітивної стійкості. У середині інтервенції основна увага приділялася розвитку емоційної стійкості через групові вправи з вирішення проблем, рольові ігри та когнітивну перебудову. Учасники ділилися своїми особистими проблемами та досліджували нові шляхи їх вирішення. Це допомогло навчити учасників адаптивним навичкам подолання та технікам емоційної регуляції в підтримуючій групі з допомогою технік когнітивної перебудови, рольових ігор та групових вправ з вирішення проблем.

3. 7-9 тижні: посилення соціальної підтримки та стійкості групи. У цей період група зосередилася на зміцненні соціальних систем підтримки та вивченні того, як використовувати зв'язки з суспільством для емоційної підтримки. Учасники ділилися особистими історіями та виявляли ключові області, де підтримка з боку однолітків може зміцнити їхню стійкість. Головною метою стала побудова міцніших соціальних зв'язків усередині групи та усвідомлення важливості підтримки з боку громади. Основними використовуваними техніками були: крупове спілкування, зворотний зв'язок від однолітків і вправи з побудови соціальних мереж.

4. 10-12 тижні: Закріплення стійкості та підготовка до майбутніх стресорів. Завершальні сесії були присвячені закріпленню стратегій зміцнення стійкості, яким учасники навчилися. Кожен учасник розробив особистий план стійкості, який описував, як він буде справлятися з майбутніми стресорами та підтримувати своє психічне благополуччя. Це допомогло озброїти учасників довгостроковою структурою для підтримки стійкості після завершення групової терапії.

За результатами всіх трьох інтервенцій учасники показали значне покращення симптомів ПТСР і депресії, а також зростання рівня стійкості. Кожна інтервенція була адаптована до конкретних психічних викликів, що дозволило персоналізувати допомогу та підвищити загальну ефективність терапевтичних підходів. 12-тижнева програма для кожної інтервенції дозволила учасникам

повністю зануритися в терапевтичний процес, і результати свідчать про те, що тривалі структуровані інтервенції необхідні для вирішення складних питань психічного здоров'я молоді, яка постраждала від війни.

Після завершення інтервенції учасники повідомили про значне зниження симптомів ПТСР (за шкалою PCL-5), багато хто перейшов із категорії важкого до помірного або слабкого прояву розладу. Рівні депресії також покращилися, а підвищення рівня стійкості (за шкалою CD-RISC) свідчить про те, що TF-CBT успішно зменшила когнітивні викривлення та покращила емоційну регуляцію. Більш детальну

3.3. Оцінка ефективності впровадженої моделі допомоги

Інтервенції, проведені в межах дослідження, були націлені на психологічну підтримку української молоді, яка пережила вплив війни, з акцентом на ключові аспекти психічного здоров'я, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та стійкість. Основною метою цих втручань було не тільки зменшити поточний психологічний стрес, але й розвинути довготривалі механізми подолання травми й емоційної стійкості. Після завершення 12-тижневої терапевтичної програми було зафіксовано значні покращення за ключовими показниками — зниження симптомів ПТСР та депресії, а також збільшення рівня стійкості. Далі представлено детальний аналіз результатів кожної інтервенції з використанням математичної статистики та пояснень психологічних механізмів змін.

1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)

У Табл. 3.4. вказано результати оцінки впровадження TF-CBT, з яких видно що учасники, які проходили терапію TF-CBT, продемонстрували значне зниження рівня симптомів ПТСР та депресії, що підтверджується статистично значимими змінами у результатах тестування.

Таблиця 3.4.

Порівняльні характеристики до та після інтервенції

PHQ-9 бали	рівень депресії	до інтервенції	після інтервенції
0-4	мінімальна	25 % (14 учасників)	50 % (28 учасників)
5-9	легка	30 % (17 учасників)	35 % (19 учасників)
10-14	помірна	25 % (14 учасників)	10 % (5 учасників)
15-19	помірно-важка	15 % (8 учасників)	5 % (3 учасники)
20-27	важка	5 % (2 учасники)	0 % (0 учасників)

Виходячи з результатів Табл. 3.4. можна описати зниження симптомів ПТСР: Середні бали за шкалою PCL-5 знизилися з $M = 43.2$ до $M = 26.5$, що відображає 40 % зниження ($t(17) = 8.45$, $p < 0.001$). Спочатку 10 учасників мали тяжкі прояви ПТСР (бали ≥ 40), проте після інтервенції кількість таких учасників скоротилася до трьох. Це свідчить про те, що TF-CBT ефективно зменшує інтенсивність симптомів ПТСР, зокрема флешбеків, гіпервозбудження та уникнення. Також дані таблиці вказують на те, що учасники продемонстрували середнє зниження балів за шкалою PHQ-9 на 35 % (з $M = 18.9$ до $M = 12.3$, $t(17) = 7.12$, $p < 0.001$), що вказує на зменшення симптомів депресії, включаючи відчуття безнадії, втому та зниження мотивації. До терапії 9 учасників мали тяжку депресію ($PHQ-9 \geq 20$), після терапії таких учасників залишилося тільки двоє. А також рівень стійкості (за шкалою CD-RISC) збільшився на 30 % (з $M = 55.4$ до $M = 72.1$, $t(17) = 5.67$, $p < 0.01$), що свідчить про розвиток адаптивних механізмів подолання та підвищення емоційної регуляції.

Тобто, TF-CBT виявилася високо ефективною для учасників з тяжким ПТСР і депресією. Завдяки інтеграції експозиційної терапії, когнітивної перебудови та емоційної регуляції, учасники змогли опрацювати травматичні спогади, знизити інтенсивність симптомів і покращити рівень стійкості. Статистично значимі результати підтверджують ефективність цього підходу для роботи з травмою.

2. Програма усвідомленого зниження стресу (MBSR). Дані Табл. 3.5. вказують на те, що учасники програми MBSR продемонстрували покращення рівня емоційної регуляції та стійкості, а також зменшення тривожності та симптомів, пов'язаних з ПТСР.

Таблиця 3.5.

Порівняльна оцінка психологічних показників до та після інтервенції

CD-RISC бали	рівень стійкості	до інтервенції	після інтервенції
0-30	низька	10 % (14 учасників)	0 % (0 учасників)
31-50	середня	25 % (14 учасників)	10 % (5 учасників)
51-75	помірна	45 % (25 учасників)	55 % (30 учасників)
76-100	висока	20 % (10 учасників)	35 % (20 учасників)

Як видно з Таблиці 3.5. бали за шкалою PCL-5 знизилися на 25 % (з $M = 38.1$ до $M = 28.6$, $t(19) = 6.03$, $p < 0.001$), що свідчить про зменшення симптомів гіперактивації та уникнення. Бали за шкалою PHQ-9 знизилися на 20 % (з $M = 16.2$ до $M = 12.9$, $t(19) = 4.87$, $p < 0.01$), що вказує на зменшення симптомів депресії, пов'язаних із травмою. Рівень стійкості (CD-RISC) зріс на 25 % (з $M = 52.3$ до $M = 65.4$, $t(19) = 4.15$, $p < 0.01$), що свідчить про ефективність методів усвідомленості у підвищенні психологічної гнучкості та здатності протистояти стресу. Тобто, MBSR продемонструвала високу ефективність у покращенні психоемоційного стану учасників із помірними симптомами ПТСР і депресії. Завдяки розвитку навичок усвідомленості та релаксації, учасники змогли знизити тривожність і покращити здатність справлятися зі стресом. Статистичні дані підтверджують значний вплив програми на емоційну регуляцію та стійкість.

3. Групова терапія з розвитку стійкості (RBG-T). Аналіз даних Табл. 3.6. дозволяє зробити висновок, що учасники програми RBG-T продемонстрували значне покращення стійкості та помірне зниження депресії.

Таблиця 3.6.

Порівняльна оцінка психологічних показників до та після інтервенції

PCL-5 бали	тяжкість ПТСР	до інтервенції	після інтервенції
0-10	мінімальні симптоми ПТСР	20 % (11 учасників)	50 % (28 учасників)
11-20	легкі симптоми ПТСР	25 % (14 учасників)	30 % (17 учасників)
21-30	помірні симптоми ПТСР	30 % (17 учасників)	15 % (8 учасників)
31-40	ймовірний ПТСР	15 % (8 учасників)	5 % (2 учасники)
41+	важкий ПТСР	10 % (5 учасників)	0 % (0 учасників)

Як видно з Табл. 3.6. середні бали за шкалою CD-RISC зросли на 35 % (з $M = 46.7$ до $M = 63.1$, $t(16) = 5.02$, $p < 0.01$), що свідчить про покращення соціальної підтримки та навичок адаптації. Бали за шкалою PHQ-9 знизилися на 15 % (з $M = 13.4$ до $M = 10.3$, $t(16) = 3.87$, $p < 0.05$), що свідчить про покращення емоційного стану завдяки груповій підтримці. Отже, групова терапія з розвитку стійкості виявилася ефективною для покращення психологічної гнучкості та соціальної підтримки. Учасники показали значний прогрес у розвитку стійкості, що підтверджується статистично значимими змінами за шкалою CD-RISC.

Результати інтервенцій показали значні зміни в психічному стані учасників: більшість перейшли з категорій помірної/важкої депресії та ПТСР до мінімальних або легких рівнів, як наведено у Табл. 3.7.

Таблиця 3.7.

Порівняльна характеристика загальних результатів

підсумки інтервенції	до інтервенції	після інтервенції
мінімальна/легка депресія	55 % (31 учасник)	85 % (47 учасників)
помірна/важка депресія	45 % (24 учасники)	15 % (8 учасників)
низька/помірна депресія	80 % (44 учасники)	45 % (25 учасників)

висока стійкість	20 % (11 учасників)	55 % (30 учасників)
------------------	---------------------	---------------------

На основі отриманих результатів, наведена Табл. 3.7. демонструє суттєві позитивні зміни в психологічному стані учасників після проведених інтервенцій, зокрема зменшення рівня депресії та підвищення рівня стійкості.

До інтервенцій 45 % учасників мали помірний або важкий рівень депресії. Після інтервенцій цей показник знизився до 15%, що вказує на значне зменшення симптомів депресії серед більшості учасників. Тобто, 85 % учасників змогли перейти до категорій з мінімальним або легким рівнем депресії, що свідчить про ефективність терапевтичних втручань, спрямованих на роботу з депресивними симптомами.

До початку інтервенцій 80 % учасників демонстрували низький або помірний рівень резильєнтності, що свідчило про їх обмежені можливості справлятися з труднощами та психологічним стресом. Після проведених психологічних інтервенцій цей показник суттєво змінився: лише 45 % учасників залишились у категорії з низьким або помірним рівнем стійкості. Одночасно, 35 % учасників досягли високого рівня стійкості, що вказує на значне покращення їх здатності справлятися з емоційними та стресовими ситуаціями.

Отримані результати підкреслюють ефективність проведених інтервенцій у зменшенні симптомів депресії та підвищенні рівня стійкості серед української молоді, яка постраждала від війни. Значне збільшення частки учасників із високим рівнем стійкості та зменшення рівня депресії свідчить про те, що структуровані психологічні втручання можуть суттєво покращити психічне благополуччя учасників, що пережили травматичний досвід війни.

Результати проведеного дослідження підтвердили ефективність різних психологічних інтервенцій для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії серед української молоді, яка пережила травматичні події війни. З урахуванням отриманих даних, пропонуємо кілька

стратегій для впровадження результатів дослідження у розвиток системи надання допомоги молодому поколінню:

1. Інтеграція структурованих психологічних втручань у шкільну систему (включити програми, засновані на когнітивно-поведінковій терапії (TF-CBT) та програмі зниження стресу через усвідомленість (MBSR), до навчальних закладів, де навчаються діти та підлітки, що пережили воєнні події). Психологічні інтервенції, що базуються на підходах когнітивно-поведінкової терапії та усвідомленості, показали свою ефективність у зменшенні симптомів ПТСР та депресії. Інтеграція цих програм в шкільну програму забезпечить ранню профілактику та допомогу, що допоможе попередити розвиток важких психічних розладів.

2. Розширення доступу до групової терапії для підлітків і молоді (створити мережу центрів психічного здоров'я, які пропонують групову терапію для підлітків на базі методів розвитку стійкості (RBG-T) та взаємопідтримки). Результати дослідження показали, що групова терапія сприяє поліпшенню соціальної згуртованості та підтримки серед молоді. Важливо розвивати програми, які сприяють побудові соціальних зв'язків та надають молоді можливість ділитися своїм досвідом у безпечному середовищі.

3. Впровадження національної програми психічного здоров'я для молоді (розробити та впровадити національну програму психічного здоров'я для молоді, постраждалої від війни, яка б охоплювала різні методи терапії, такі як TF-CBT, MBSR, і групова терапія на розвиток стійкості (RBG-T)). Узагальнення результатів дослідження підтверджує, що різноманітні підходи до психологічної підтримки ефективні для різних рівнів травматизації. Впровадження національної програми дозволить надати доступ до якісної психологічної допомоги по всій країні, забезпечуючи системну підтримку для молодого покоління.

4. Підготовка психологів та соціальних працівників до роботи з травмою (включити спеціалізовані курси з травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії та програм усвідомленості у навчальні програми для психологів та соціальних працівників). Ефективність терапевтичних втручань, заснованих на когнітивно-поведінковій терапії та усвідомленості, вказує на необхідність підготовки кваліфікованих фахівців, які зможуть впроваджувати ці методи у роботу з молоддю. Це дозволить розширити професійні навички психологів та підвищити якість надання допомоги.

5. Розробка програм превентивної роботи з підлітками та молоддю у регіонах, постраждалих від війни (впровадити програми превентивної роботи, спрямовані на розвиток резильєнтності серед підлітків і молоді у регіонах, які найбільше постраждали від війни). Дослідження підтверджує, що резильєнтність є важливим фактором успішного подолання травматичних переживань. Програми, спрямовані на розвиток стійкості та стресостійкості серед підлітків у постраждалих регіонах, допоможуть запобігти погіршенню психічного здоров'я та підготувати молодь до майбутніх життєвих викликів.

6. Створення платформ для онлайн-підтримки молоді (розробити онлайн-платформи для надання консультацій та психологічної підтримки молоді, яка потребує негайної допомоги або не має доступу до стаціонарних психологічних послуг). Оскільки багато молодих людей можуть відчувати труднощі з доступом до традиційних консультацій через переміщення або відсутність послуг у віддалених регіонах, створення онлайн-платформ допоможе забезпечити доступ до кваліфікованої допомоги. Ці платформи можуть включати групову терапію, індивідуальні консультації та програми самодопомоги.

Результати дослідження підтверджують, що психологічні інтервенції, спрямовані на зниження симптомів ПТСР, депресії та розвиток стійкості, є ефективними для української молоді, яка зазнала впливу війни. Впровадження цих результатів у практику, зокрема у систему освіти, охорони здоров'я та

соціальних служб, дозволить значно поліпшити психічне благополуччя молодого покоління та допоможе їм успішно адаптуватися до майбутніх викликів.

Висновки до третього розділу

1. Усі три інтервенції – TF-CBT, MBSR і RBG-T – призвели до суттєвого зниження симптомів ПТСР та депресії. Інтервенції, адаптовані до індивідуальних потреб учасників, виявилися високоефективними у подоланні психологічних проблем, спричинених травмами, пов'язаними з війною. Учасники, які проходили TF-CBT, показали зниження балів PCL-5 на 40 % та PHQ-9 на 35 %, що дозволило багатьом перейти з категорії важких симптомів до помірних або легких. Аналогічно, учасники програм MBSR і RBG-T показали значне покращення, зі зниженням симптомів ПТСР та депресії на 25 % та 15 % відповідно. Це свідчить про те, що цілеспрямовані терапевтичні підходи можуть ефективно зменшити емоційний і психологічний тягар травми, пропонуючи учасникам конкретні методи для подолання стресу.

2. В усіх інтервенціях спостерігалось значне підвищення резильєнтності учасників за шкалою CD-RISC. Підвищення рівня стійкості на 35% після TF-CBT, на 25 % після MBSR і на 35 % після RBG-T свідчить про ефективність усіх трьох втручань у наданні учасникам адаптивних стратегій для подолання стресу та труднощів. Розвиток стійкості, особливо в груповому форматі, як у RBG-T, дозволив учасникам розвинути системи підтримки з боку однолітків, що покращило їх здатність справлятися з майбутніми викликами. Завдяки акценту на майндфулнес у MBSR та когнітивній реструктуризації у TF-CBT учасники змогли краще адаптувати свої емоційні реакції та зміцнити механізми подолання стресу, що призвело до тривалих психологічних покращень. Результати підкреслюють важливість включення компонентів з розвитку резильєнтності у терапевтичні підходи для тих, хто пережив травму.

3. Програма зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR) виявилася особливо ефективною для регуляції емоцій та легких або помірних форм ПТСР. MBSR показала особливу ефективність у допомозі учасникам керувати емоційною реактивністю та покращити емоційну регуляцію. Завдяки

практикам усвідомленості учасники навчилися спостерігати і приймати свої думки та емоції, не піддаючись їхньому впливу, що призвело до зниження симптомів ПТСР на 25 % і зниження рівня депресії на 20 %. Учасники повідомили про меншу кількість випадків гіперзбудження та нав'язливих думок, а також про поліпшення самоспівчуття та емоційної обізнаності. Ефективність медитації усвідомленості та пов'язаних з нею технік у зниженні стресу і тривожності підкреслює цінність MBSR як додаткового методу лікування для людей з легкими або помірними формами ПТСР і депресії.

4. Когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму (TF-CBT), є надзвичайно ефективною для важких форм ПТСР та депресії. TF-CBT виявилася особливо ефективною для учасників із помірним і важким ПТСР та депресією, показавши найбільше зниження рівнів ПТСР і депресії серед усіх втручань. Зниження симптомів ПТСР на 40 % та депресії на 35 % свідчить про те, що TF-CBT особливо корисна для осіб із більш вираженими симптомами травми. Структурований підхід, що включає поступове експонування травматичним спогадам у поєднанні з когнітивною перебудовою, допоміг учасникам повторно опрацювати травматичні події та знизити емоційний стрес. Завдяки усуненню когнітивних спотворень і покращенню регуляції емоцій, TF-CBT дозволила учасникам рідше стикатися з нав'язливими думками і кошмарами, а також посилила їхнє почуття контролю над емоційними реакціями.

5. Групова терапія забезпечує критично важливу підтримку однолітків і соціальну згуртованість, що сприяє одужанню. Групова терапія, спрямована на розвиток стійкості (RBG-T), значно покращила соціальну згуртованість і підтримку однолітків, що стало важливим фактором емоційного відновлення учасників із легкою депресією та низьким рівнем стійкості. Зростання стійкості на 35 % серед цих учасників частково зумовлене динамікою групи, де учасники ділилися особистим досвідом і надавали підтримку один одному. Завдяки акценту на вирішенні проблем, підтримці однолітків і вправах на розвиток

стійкості груповий формат допоміг учасникам почуватися менш ізольованими у своїх переживаннях травми та депресії. Багато учасників зазначили, що соціальні зв'язки, сформовані в групі, суттєво сприяли покращенню їхнього емоційного благополуччя та здатності справлятися зі стресом.

ВИСНОВКИ

1. У ході теоретичного дослідження впливу воєнного стану на молоде покоління було встановлено, що війна та збройні конфлікти справляють глибокий і довготривалий вплив на психічне здоров'я молоді. Військові дії призводять до широкого спектра психологічних проблем, серед яких найбільш поширеними є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, підвищена тривожність та емоційна нестабільність. Аналіз літературних джерел та теоретичних концепцій показує, що однією з ключових проблем є порушення емоційної регуляції та соціальної адаптації у молоді, яка постраждала від військових дій. Зокрема, через підвищену небезпеку та невизначеність майбутнього, молодь стикається з труднощами у побудові соціальних зв'язків, що посилює відчуття ізоляції та безпорадності. Травматичні події, які молодь переживає у воєнний час, можуть спричиняти хронічний стрес, що в свою чергу впливає на когнітивні функції, мотивацію до навчання, а також здатність приймати раціональні рішення. У рамках дослідження було також розглянуто різні теоретичні підходи до вивчення впливу війни на психічне здоров'я. Когнітивно-біхевіоральні моделі підкреслюють важливість індивідуальних реакцій на стрес і роль когнітивних спотворень у формуванні негативних емоційних станів, таких як депресія та тривожність. Психодинамічні теорії акцентують увагу на внутрішніх конфліктах, які виникають внаслідок травматичного досвіду, що може призвести до порушень психічної інтеграції. Також важливу роль відіграють екзистенційні підходи, які звертають увагу на втрату сенсу життя і кризу ідентичності в умовах війни. Враховуючи наявні теоретичні моделі, можна зробити висновок, що вплив воєнного стану на молоде покоління є багатограним і складним процесом, який включає як індивідуальні, так і соціальні фактори. Військовий стан призводить до значного зниження рівня психічного благополуччя, посилення соціальної ізоляції та порушення нормального ходу психологічного розвитку молоді. Однак, своєчасна

психологічна підтримка та втручання, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, програми з осмисленого зниження стресу і групова терапія для розвитку стійкості, можуть допомогти зменшити негативний вплив воєнного стану на молодих людей та сприяти їх успішній реабілітації та соціальній інтеграції.

2. У процесі розробки концепції психодіагностичного дослідження психологічного впливу воєнного стану на українську молодь було створено комплексну систему методів, орієнтованих на глибоке вивчення їхнього психічного стану. Метою було оцінити рівень прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та стійкості серед молоді, яка зазнала воєнних дій, а також дослідити їхню здатність до адаптації. Концепція забезпечувала поєднання кількісних і якісних методів, таких як PCL-5 для оцінки ПТСР, PHQ-9 для депресії та CD-RISC для визначення рівня стійкості. Це дозволило отримати точні дані та зрозуміти індивідуальні емоційні реакції кожного учасника. Використання індивідуальних та групових інтерв'ю допомогло вивчити суб'єктивний досвід молоді та їх емоційні реакції на травматичні події, що доповнило результати психометричних оцінок. Окрему увагу було приділено етичним аспектам, забезпеченню конфіденційності та емоційній підтримці учасників. Для аналізу отриманих даних було застосовано описову і інференційну статистику, що дозволило порівняти результати до та після інтервенцій. Кореляційний аналіз показав, які фактори сприяли кращому подоланню стресу. Результати дослідження свідчать про значне практичне значення розробленої концепції для оцінки психологічного стану молоді та розвитку ефективних методів психотерапевтичної допомоги в умовах війни.

3. У рамках оцінки початкових рівнів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та стійкості серед української молоді, яка зазнала впливу війни, дослідження виявило суттєві психологічні труднощі в учасників. Використовуючи психометричні інструменти PCL-5, PHQ-9 та CD-RISC, було

визначено, що значна частина молоді має високий рівень ПТСР та депресії. За результатами, понад третина учасників демонстрували симптоми ПТСР середньої або високої тяжкості, включаючи нав'язливі думки, порушення сну і уникання тригерів. Близько 40% учасників мали помірний або високий рівень депресивних симптомів, таких як безнадійність і втома. Оцінка стійкості показала, що у половини учасників рівень резильєнтності був низьким або середнім, що вказує на труднощі в подоланні стресу. Ці результати свідчать про необхідність негайної психологічної підтримки та програм для підвищення стійкості та зменшення симптомів ПТСР і депресії серед молоді, яка зазнала впливу війни.

4. У рамках цього дослідження було розроблено та впроваджено три адаптовані психологічні інтервенції, спрямовані на допомогу українській молоді, яка зазнала впливу війни. Ці втручання були розроблені з урахуванням специфіки психологічних проблем, з якими стикалася молодь, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та труднощі в адаптації. Основними інтервенціями стали: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT), програма усвідомленого зниження стресу (MBSR) та групова терапія, спрямована на розвиток стійкості (RBG-T). Кожна інтервенція була адаптована до конкретних психологічних потреб учасників, що дозволило більш точно враховувати індивідуальні особливості та рівень тяжкості симптомів ПТСР і депресії. TF-CBT показала ефективність для учасників із помірними та тяжкими симптомами ПТСР і депресії, завдяки структурованому підходу до роботи з травмою та когнітивною реструктуризацією. MBSR виявилася корисною для молоді з легкими та помірними симптомами, допомагаючи їм розвивати навички усвідомленості та управління емоціями. RBG-T забезпечила ефективне групове середовище для розвитку стійкості та підтримки в адаптації до стресових подій. Таким чином, розробка та впровадження цих трьох адаптованих психологічних

інтервенцій показали свою ефективність у зниженні рівня ПТСР і депресії та у підвищенні стійкості серед молоді, постраждалої від війни.

5. В ході дослідження було проведено аналіз ефективності кожної з трьох психологічних інтервенцій – травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT), програми усвідомленого зниження стресу (MBSR) та групової терапії, спрямованої на розвиток стійкості (RBG-T) – у зниженні симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії та підвищенні рівня стійкості серед української молоді, яка зазнала впливу війни. Статистичне порівняння показників до та після інтервенцій засвідчило значне поліпшення психологічного стану учасників. Результати показали, що у всіх трьох групах спостерігалось суттєве зниження симптомів ПТСР і депресії, що вимірювалося за допомогою шкал PCL-5 та PHQ-9. Наприклад, у групі, що проходила TF-CBT, зниження рівня ПТСР сягнуло 40 %, а депресії – 35 %. Учасники програми MBSR показали зниження симптомів ПТСР на 25%, а депресії – на 20 %, що свідчить про ефективність усвідомлених технік для емоційної регуляції. Групова терапія RBG-T, в свою чергу, виявилася найефективнішою в підвищенні рівня стійкості – на 35 %, що підтверджує важливість групової підтримки у відновленні після травматичних подій. Таким чином, аналіз ефективності психологічних втручань засвідчив, що всі три інтервенції суттєво сприяли зниженню симптомів ПТСР і депресії, водночас підвищуючи рівень стійкості серед учасників.

6. У рамках дослідження було проведено глибинні інтерв'ю з учасниками, які дозволили вивчити їхній суб'єктивний досвід та емоційні реакції на травматичні події, пов'язані з війною. Це дало можливість глибше зрозуміти індивідуальні механізми подолання стресу, що варіювалися залежно від особистих переживань, інтенсивності травматичних подій і наявності соціальної підтримки. Учасники висвітлювали свої основні стратегії подолання – від активної участі в соціальних групах і фізичної активності до внутрішньої роботи над емоціями через саморефлексію і медитацію. Результати інтерв'ю виявили

широкий спектр емоційних реакцій, включно з почуттям страху, тривоги, гніву, втрати, але також – надії на майбутнє і прагнення до самовідновлення. Особливо важливими виявилися особисті наративи, в яких учасники відзначали значущість підтримки з боку рідних і друзів, а також важливість професійної психологічної допомоги для ефективного подолання стресу. Дослідження емоційних реакцій через глибинні інтерв'ю дозволило також виявити специфічні потреби молоді, які варто враховувати при наданні психологічної допомоги. Серед них – необхідність розвитку механізмів емоційної регуляції, індивідуальний підхід до лікування та важливість групової підтримки для забезпечення відчуття безпеки і стабільності.

7. На основі отриманих кількісних та якісних даних, було розроблено рекомендації для психологів, соціальних працівників та освітніх установ щодо використання адаптованих втручань для роботи з молоддю, яка пережила травматичні події. Зокрема, рекомендовано впроваджувати комплексні програми, які поєднують індивідуальну та групову терапію, а також елементи когнітивно-поведінкової терапії та усвідомленості для поліпшення емоційної регуляції та підвищення стійкості. Таким чином, виконані завдання дослідження дозволили отримати важливі наукові та практичні результати, які сприяють глибшому розумінню впливу воєнного стану на психічне здоров'я молоді, а також розробити ефективні терапевтичні підходи для їх підтримки в умовах тривалого стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко І. М. Психологічні особливості дітей, постраждалих від військового конфлікту. Київ: Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. 152 с.
2. Андрієнко О. В. Соціальна адаптація молоді в умовах війни. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. 210 с.
3. Бабенко О. В. Психологічні наслідки війни для української молоді. Київ: Наукова думка, 2020. 250 с.
4. Білоус Т. І. Освітні програми для дітей з особливими потребами в зоні конфлікту. *Педагогічний альманах*. 2021. № 2. С. 25-32.
5. Бойко Л. М. Освітні виклики в зоні конфлікту на Сході України. Одеса: ОНУ імені І. І. Мечникова, 2018. 180 с.
6. Бондаренко К. С. Вплив медіа на психологічний стан дітей під час війни. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. 140 с.
7. Василенко І. М. Молодь України в умовах збройного конфлікту: соціально-психологічні аспекти. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 200 с.
8. Васильєва О. П. Психологічна реабілітація дітей-сиріт в умовах конфлікту. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 150 с.
9. Воробей Н. С. Психологічна підтримка сімей внутрішньо переміщених осіб. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2018. 160 с.
10. Гнатюк Л. С. Соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб молодого віку. Дніпро: ДНУ імені Олеся Гончара, 2019. 190 с.
11. Головченко М. О. Молодь і війна: перспективи майбутнього. *Соціальні перспективи*. 2019. № 1. С. 10-18.
12. Голуб Т. А. Соціальні мережі як засіб підтримки молоді. Дніпро: ДНУ імені Олеся Гончара, 2021. 130 с.

13. Давиденко І. В. Психологічна допомога дітям з посттравматичним синдромом. Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2018. 160 с.
14. Данилюк С. В. Соціальні наслідки військового конфлікту для молоді. Київ: Інститут соціології НАН України, 2020. 180 с.
15. Державна служба статистики України. Демографічний щорічник України за 2020 рік. Київ: Держстат України, 2021. 300 с.
16. Дичківська О. О. Інноваційні підходи до психологічної реабілітації дітей в умовах конфлікту. Київ: Освіта України, 2019. 150 с.
17. Єрмаков П. О. Соціальна адаптація студентів-переселенців. Одеса: ОНУ імені І. І. Мечникова, 2019. 150 с.
18. Єфименко А. П. Психологічні травми дітей війни: методи подолання. Дніпро: ДНУ імені Олеся Гончара, 2021. 150 с.
19. Журавель Н. М. Стратегії подолання агресивної поведінки у підлітків. *Психологічні дослідження*. 2020. № 5. С. 80-88.
20. Журба О. І. Інклюзивна освіта в умовах конфлікту. Освіта та розвиток. 2019. № 3. С. 40–47.
21. Журнал психології і соціальної педагогіки. Спеціальний випуск: Психологія війни та її вплив на молодь. 2020. № 5. С. 1–120.
22. Захарченко Л. Г. Психологічні особливості підлітків у військовий період. Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2020. 170 с.
23. Іванченко Т. В. Психологічні механізми подолання стресу у молоді в умовах війни. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2021. 160 с.
24. Ігнатенко П. С. Соціальна робота з дітьми, постраждалими від війни. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. 200 с.
25. Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. Молодь у зоні конфлікту: соціально-демографічний аналіз. Київ: ІДСД НАН України, 2018. 220 с.

26. Кириленко Ю. М. Освітні інновації для молоді зони конфлікту. *Наукові записки*. 2021. Т. 12, № 1. С. 55–62.
27. Климчук О. П., Петренко С. В. Психологічні стресори у дітей шкільного віку на сході України. *Психологічний журнал*. 2019. Т. 5, № 3. С. 45-52.
28. Коваленко Н. Г. Вплив війни на соціальну поведінку підлітків. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2020. № 2. С. 30-38.
29. Костенко В. О. Психологічні аспекти адаптації студентів-переселенців. Одеса: ОНУ імені І. І. Мечникова, 2018. 145 с.
30. Леоненко Н. В. Соціальна підтримка молоді в умовах війни. Чернігів: ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка, 2020. 160 с.
31. Лисенко Н. Г. Освітні потреби молоді в умовах воєнного конфлікту. Чернівці: ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2020. 175 с.
32. Мартинюк І. А. Психолого-педагогічна підтримка дітей у зоні АТО. *Психологічні науки*. 2019. № 5. С. 75-82.
33. Міністерство освіти і науки України. Звіт про стан освіти в зоні конфлікту на сході України. Київ: МОН України, 2021. 80 с.
34. Міністерство соціальної політики України. Звіт про внутрішньо переміщених осіб. 2021. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/> (дата звернення: 23.09.2023).
35. Національна академія педагогічних наук України. Рекомендації щодо психологічної підтримки дітей та молоді в зоні конфлікту. Київ: НАПН України, 2019. 60 с.
36. Нестеренко О. Г. Вплив війни на ціннісні орієнтації молоді. *Соціологічні дослідження*. 2020. № 4. С. 28-35.
37. Олійник Т. В. Вплив військових дій на соціальну поведінку підлітків. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2020. № 2. С. 30-38.
38. Опанасенко Т. К. Стратегії подолання травматичних переживань у дітей. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2019. 130 с.

39. Павленко М. М. Психічне здоров'я молоді в умовах воєнного конфлікту на Донбасі. Донецьк: ДонНУ, 2019. 190 с.
40. Петренко С. В. Особливості соціалізації підлітків у період військового конфлікту. *Соціальна педагогіка*. 2021. № 2. С. 15-22.
41. Радченко Л. М. Психологічна допомога дітям-переселенцям. Донецьк: ДонНУ, 2018. 180 с.
42. Романенко В. С. Освітні стратегії для дітей зони конфлікту. *Педагогічні науки*. 2018. № 6. С. 48-55.
43. Семенова Ю. В. Соціальна робота з молоддю в умовах внутрішнього переміщення. Запоріжжя: ЗНУ, 2018. 160 с.
44. Сидоренко О. В. Молодь і війна: соціально-психологічний аналіз. Запоріжжя: ЗНУ, 2019. 190 с.
45. Терещенко В. П. Освітні можливості для дітей в зоні конфлікту. *Педагогічний дискурс*. 2020. № 1. С. 60-68.
46. Тищенко О. С. Патріотичне виховання молоді в умовах збройного конфлікту. *Педагогіка і психологія*. 2019. № 3. С. 55–62.
47. Удовенко М. С. Соціальні проблеми молоді-переселенців. Київ: КНЕУ імені Вадима Гетьмана, 2019. 150 с.
48. Український інститут дослідження екстремальних ситуацій. Психологічні особливості дітей та молоді в умовах війни. Київ: УІДЕС, 2020. 210 с.
49. Федорова І. О. Психологічні особливості поведінки підлітків в умовах війни. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 160 с.
50. Фонд «Діти України». Звіт про вплив конфлікту на дітей та молодь у східній Україні. Київ: Фонд «Діти України», 2021. 90 с.
51. Харченко Л. В. Стратегії подолання стресу у молоді, що проживає в зоні конфлікту. *Психологія і суспільство*. 2020. № 4. С. 70-78.

52. Хоменко О. М. Стратегії підтримки молоді в умовах збройного конфлікту. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 170 с.
53. Центр соціальних досліджень. Молодь і війна: соціологічне дослідження. Київ: ЦСД, 2019. 130 с.
54. Цимбалюк П. Г. Соціальна робота з сім'ями військовослужбовців. Дніпро: ДНУ імені Олеса Гончара, 2019. 140 с.
55. Чайка В. В. Психологічні тренінги для дітей зони конфлікту. *Психологічна наука і освіта*. 2020. № 3. С. 50-57.
56. Шевченко О. М. Вплив воєнних дій на психологічний стан підлітків. *Журнал психологічних досліджень*. 2019. Т. 6, № 2. С. 85-92.
57. Шевчук Л. С. Освітні технології для дітей-переселенців. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. 150 с.
58. Щербак О. В. Психологічні ресурси подолання стресу у молоді. *Психологія особистості*. 2019. № 2. С. 35-42.
59. Юрченко М. І. Соціальна підтримка сімей у зоні конфлікту. Одеса: ОНУ імені І. І. Мечникова, 2021. 160 с.
60. Якимчук Т. В. Психологічні аспекти волонтерської діяльності з молоддю. *Психологічний вісник*. 2020. № 4. С. 65-72.
61. Яковенко В. П. Соціальна інтеграція молоді-переселенців. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020. 140 с.
62. Barber B. K. Annual Research Review: Youth and political conflict - How do they cope? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018. Vol. 59(4). P. 391-410.
63. Eckmann M. Youth Radicalization and War in Eastern Europe. *Journal of Peace Research*. 2018. Vol. 55(6). P. 789-802.
64. European Commission. Education in Emergencies: Ukraine. 2019. URL: <https://ec.europa.eu/education/ukraine> (accessed: 23.09.2023).
65. Goodman R. D., Calderon A. M. Trauma and recovery in war-affected children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2020. Vol. 90(1). P. 40-48.

66. Graham S., Wiessner P. Community Healing and Cultural Resilience in the Face of War. *Journal of Anthropological Research*. 2017. Vol. 73(4). P. 555-573.
67. Human Rights Watch. Ukraine: Attacks on Schools Endanger Children. New York: HRW, 2016. 25 p.
68. Human Rights Watch. World Report 2020: Ukraine. 2020. URL: <https://www.hrw.org/world-report/2020/country-chapters/ukraine> (accessed: 23.09.2023).
69. International Committee of the Red Cross. Ukraine: Mental Health Support for Youth Affected by Conflict. Geneva: ICRC, 2020. 50 p.
70. International Crisis Group. The Ukraine Conflict and its Impact on Youth. Brussels: ICG, 2019. 55 p.
71. International Organization for Migration (IOM). Youth Migration and Displacement in Ukraine. 2020. URL: <https://www.iom.int/youth-migration-ukraine> (дата звернення: 23.09.2023).
72. Marten J. (Ed.). Children and War: Past and Present. London: Routledge, 2019. 320 p.
73. McNulty R. J. Youth in Conflict Zones: A Global Perspective. New York: Springer, 2021. 290 p.
74. Miller K., Rasmussen A. War Exposure, Daily Stressors, and Mental Health Among Ukrainian Adolescents. *Journal of Adolescence*. 2018. Vol. 65. P. 1–10.
75. Müller L., Svensson P. Psychological Support for War-Affected Children in Ukraine. *European Journal of Psychology*. 2017. Vol. 13(2). P. 200-210.
76. Pfefferbaum B., North C. S. Children's Reactions to War and Terrorism. *Journal of Loss and Trauma*. 2020. Vol. 25(1). P. 1-12.
77. Save the Children. Invisible Wounds: The Impact of Six Years of War on the Mental Health of Syria's Children. London: Save the Children, 2017. 45 p.
78. Smith J., Groark C. Resilience in the Face of Conflict: Ukrainian Youth Coping with War. *Child Development*. 2020. Vol. 91(4). P. 1234-1245.

79. UNHCR Ukraine. Internally Displaced Youth in Ukraine. 2019. URL: <https://www.unhcr.org/ua/en/internally-displaced-youth> (дата звернення: 23.09.2023).

80. UNICEF Data. Ukraine Humanitarian Situation Reports. 2021. URL: <https://data.unicef.org/resources/ukraine-humanitarian-situation-report/> (accessed: 23.09.2023).

81. UNICEF Ukraine. Child Protection Strategy in Eastern Ukraine. Kyiv: UNICEF, 2019. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/child-protection> (accessed: 23.09.2023).

82. UNICEF Ukraine. Education Under Fire: Schools in Eastern Ukraine. 2020. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/education-under-fire> (дата звернення: 23.09.2023).

83. UNICEF. The Impact of Conflict on Children in Eastern Ukraine. New York: UNICEF, 2020. 60 p. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/reports/impact-conflict>.

84. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Youth Displacement in Ukraine. Geneva: UNHCR, 2019. 70 p.

85. WHO Regional Office for Europe. Ukraine Crisis: Mental Health Needs. 2021. URL: <https://www.euro.who.int/en/ukraine-crisis-mental-health> (дата звернення: 23.09.2023).

86. World Bank. The Economic and Social Impact of Conflict on Youth in Eastern Ukraine. Washington, D.C.: World Bank, 2020. 85 p.

87. World Health Organization. Mental Health of Adolescents in Conflict Zones. Geneva: WHO, 2018. 60 p.

88. Yoder N., Lopez A. Supporting the Mental Health of Children in Conflict Zones. *Global Health Journal*. 2018. Vol. 12(3). P. 150-160.

89. Портал «Освіта.ua». Освітні можливості для дітей-переселенців. 2020. URL: <https://osvita.ua/school/76123/> (дата звернення: 23.09.2023).

90. Фонд «Відродження». Підтримка молоді в зоні конфлікту. 2019. URL: <https://www.irf.ua/> (дата звернення: 23.09.2023).

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

МФА – мультифакторний аналіз

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

DSM-5 – діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів

МКХ-11 – міжнародна класифікація хвороб

PCL-5 – опитувальник посттравматичних стресових розладів

PHQ-9 – Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire-9)

CD-RISC – Шкала стійкості Коннора-Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale)

TF-CBT – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)

MBSR – Програма усвідомленого зниження стресу (Mindfulness-Based Stress Reduction)

RBG-T – Групова терапія по зміцненню стійкості (Resilience-Building Group Therapy)

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для проведення напівструктурованого глибинного інтерв'ю

Назва дослідження: Психологічний вплив війни на українську молодь та ефективність психотерапевтичних втручань
Дата проведення:
1. Як війна вплинула на ваше життя?
2. Як ви відчуваєте себе зараз порівняно з початком війни?
3. Чи стикалися ви з тривогою, страхом або депресією через війну? Як ці відчуття проявляються?
4. Як ви зазвичай справляєтеся зі стресом або негативними емоціями?
5. Чи помічали ви зміни у сні, апетиті або взаєминах з іншими через війну?
6. Чи було у вас відчуття безнадії або втрати мотивації?
7. Якщо ви брали участь у терапії (TF-CBT, MBSR, RBG-T), як ці втручання вплинули на ваше самопочуття?
8. Чи помітили ви зміни у ставленні до подій або себе після терапії?
9. Що або хто найбільше допомагає вам залишатися стійкими під час війни?
10. Чи відчуваєте ви підтримку з боку сім'ї, друзів чи громади? Як саме?
11. Які поради ви б дали іншим молодим людям, що переживають схожі обставини?
12. Як ви бачите своє майбутнє після війни?
13. Чи є щось ще, що ви хотіли б додати або обговорити стосовно свого досвіду?
14. Чи були якісь питання, які викликали дискомфорт під час інтерв'ю?