

### *Authors:*

Glovyn N.M. (1), Nahirnyi D.B. (1), Chernyshov V. (2), Nesen A. (2), Semenovych P. (2), Galchinskaya V. (2), Savicheva K. (2), Pogrebnyak O. (2), Kirienko A. (2), Shkapo V. (2), Ivanko O. (3), Makhniuk V. (3), Panchenko L. (3), Tymchyk O.V. (4), Savchenko V.M. (4), Nevedomsjka J.O. (4), Kovalenko O.O. (4), Chernyshov V. (5), Riabukha V. (5), Antipov A.A. (6), Mazannyi O.V. (6), Liulin P.V. (6), Goncharenko V.P. (6), Avramenko N.V. (6), Bilyk S.A. (6), Dzhmil V.I. (6), Yerokhina O.M. (6), Pertseva T.O. (7), Vasilyeva L.I. (7), Kalashnykova O.S. (7), Yurko K.V. (8), Solomennyyk H.O. (8), Gavrilov A.V. (8), Nevedomsjka J.O. (9), Perepechay A.V. (9)

### *Reviewers:*

*Kharchenko Halyna Dmytrivna*, Doctor of Philosophy Associate Professor of the Department of Physical Therapy and Occupational Therapy, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University (4)

*Savchenko Valentyn Mykhailovych*, Doctor of science in medicine, Head of the Department of Physical Therapy and Occupational Therapy (9)

**Innovation in der modernen Wissenschaft:** Chemie und Pharmazie; Medizin und Gesundheitswesen. Monografische Reihe «Europäische Wissenschaft». Buch 50. Teil 3. 2026.

**Innovation in modern science:** Chemistry and Pharmaceutics; Medicine and Healthcare. Monographic series «European Science». Book 50. Part 3. 2026.

**ISBN 978-3-98924-160-2**

**DOI: 10.30890/2709-2313.2026-50-03**

### **Published by:**

*ScientificWorld-NetAkhatAV*

*Lußstr. 13*

*76227 Karlsruhe, Germany*

e-mail: [editor@promonograph.org](mailto:editor@promonograph.org)

site: <https://desymp.promonograph.org>

Copyright © Authors, 2026

Copyright © Drawing up & Design. ScientificWorld-NetAkhatAV, 2026



## ÜBER DIE AUTOREN / ABOUT THE AUTHORS

1. *Glovyn Nadiya Mironivna*, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Separated Subdivision of National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine «Berezhany Agritechnical Institute», ORCID 0000-0002-7465-8732 - *Chapter 1 (co-authored)*
2. *Nahirnyi Dmytro Bohdanovych*, Separated Subdivision of National University of Life and Environmental Sciences of Ukraine «Berezhany Agritechnical Institute», *Chapter 1 (co-authored)*
3. *Chernyshov Vladimir*, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0001-6189-4595 - *Chapter 2 (co-authored)*
4. *Nesen Andrij*, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0002-0834-0216 - *Chapter 2 (co-authored)*
5. *Semenovych Polina*, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0003-0475-8524 - *Chapter 2 (co-authored)*
6. *Galchinskaya Valentina*, Candidate of Biological Sciences, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0002-0024-131X - *Chapter 2 (co-authored)*
7. *Savicheva Katerina*, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0003-1015-8832 - *Chapter 2 (co-authored)*
8. *Pogrebnyak Oleksiy*, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0009-0009-0445-5604 - *Chapter 2 (co-authored)*
9. *Kirienko Alexandr*, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, NIT NAMSU, ORCID 0000-0002-6470-4862 - *Chapter 2 (co-authored)*
10. *Shkapo Vladimir*, NIT NAMSU, ORCID 0000-0001-8317-5954 - *Chapter 2 (co-authored)*
11. *Ivanko Olesya*, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukrainian Military Medical Academy, ORCID 0000-0002-5929-255X - *Chapter 3*
12. *Makhniuk Valentyna*, Doctor of Medical Sciences, Professor, Ukrainian Military Medical Academy, ORCID 0000-0001-6196-4370 - *Chapter 3*
13. *Panchenko Liudmyla*, Command of the Medical Forces of the Armed Forces of Ukraine - *Chapter 3*
14. *Tymchyk Olesia Volodumyryvna*, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, ORCID 0000-0003-1878-7465 - *Chapter 4 (co-authored)*
15. *Savchenko Valentyn Muhajlovych*, Doctor of Biological Sciences, Professor, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, ORCID 0000-0002-8483-9748 - *Chapter 4 (co-authored)*



16. *Nevedomsjka Jevgenija Oleksijvna*, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, ORCID 0000-0002-7450-3562 - *Chapter 4 (co-authored)*
17. *Kovalenko Olha Olexandrivna*, Candidate of Sciences in Public Administration, Associate Professor, Private Higher Educational Institution «Kyiv Medical University», ORCID 0000-0002-8415-9654 - *Chapter 4 (co-authored)*
18. *Chernyshov Vladimir*, Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher, L.T.Mala NIT NAMSU, ORCID 0000-0001-6189-4595 - *Chapter 5 (co-authored)*
19. *Riabukha Vladyslav*, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, L.T.Mala NIT NAMSU, ORCID 0000-0002-1850-1845 - *Chapter 5 (co-authored)*
20. *Antipov Anatolij Anatolijovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, Bila Tserkva National Agrarian University, ORCID 0000-0003-3955-3377 - *Chapter 6 (co-authored)*
21. *Mazannyi Oleksii Volodymyrovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, State Biotechnological University, ORCID 0000-0002-4442-4011 - *Chapter 6 (co-authored)*
22. *Liulin Petro Volodymyrovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, State Biotechnological University, ORCID 0000-0001-6718-958X - *Chapter 6 (co-authored)*
23. *Goncharenko Volodymyr Petrovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, Bila Tserkva National Agrarian University, ORCID 0000-0002-7279-6146 - *Chapter 6 (co-authored)*
24. *Avramenko Natalia Volodymyrivna*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, Bila Tserkva National Agrarian University, ORCID 0000-0003-2200-1322 - *Chapter 6 (co-authored)*
25. *Bilyk Sergey Anatolijovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, Bila Tserkva National Agrarian University, ORCID 0000-0003-4590-0881 - *Chapter 6 (co-authored)*
26. *Dzhmil Volodymyr Ivanovych*, Candidate of Veterinary Sciences, Associate Professor, Bila Tserkva National Agrarian University, ORCID 0000-0003-3590-0167 - *Chapter 6 (co-authored)*
27. *Yerokhina Olena Mykhailivna*, SSU „Professional College of Technology and Economics of Bila Tserkva National Agrarian University”, *Chapter 6 (co-authored)*
28. *Pertseva Tetyana Oleksiivna*, Doctor of Medical Sciences, Professor, Dnipro State Medical University, ORCID 0000-0003-3473-2288 - *Chapter 7 (co-authored)*
29. *Vasilyeva Larysa Ivanivna*, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Dnipro State Medical University, ORCID 0000-0003-0889-7898 - *Chapter 7 (co-authored)*



## KAPITEL 4 / CHAPTER 4<sup>4</sup>

### MENTAL HEALTH STATE OF UKRAINIAN STUDENTS IN CONDITIONS OF PROLONGED MARTIAL STATE

DOI: 10.30890/2709-2313.2026-50-03-027

#### Вступ

Повномасштабне військове вторгнення рф на територію України актуалізувало безпрецедентну кризу у сфері охорони ментального здоров'я, що зумовлює довготривалий руйнівний вплив на цивільне населення, серед якого найбільш уразливою групою виявилася молодь віком від 17 до 24 років [6]. Цей період онтогенезу традиційно пов'язаний із кризами самовизначення, сепарації та побудови життєвих стратегій, які в умовах активних бойових дій зазнають суттєвих деформацій.

Українські дослідники зазначають, що війна рф проти України спричинила колективну травму, яка впливає на різні верстви населення і потребує системного підходу. Найбільш уразливими є військовослужбовці, члени родин загиблих та внутрішньо переміщені особи. У військових спостерігаються симптоми посттравматичного стресового розладу та тривожно-депресивні прояви, що ускладнюють адаптацію після бойових дій. Родини загиблих переживають інтенсивні реакції горювання з депресивними епізодами та відчуттям незворотної втрати. Внутрішньо переміщені особи відчувають тривогу, втрату безпеки та труднощі інтеграції у нове середовище [5].

Дистрес, викликаний екстремальними умовами, такими як війна, активує гіпоталамо-гіпофізарно-адреналову вісь, що призводить до підвищеного виділення гормону стресу – кортизолу. Постійне підвищення рівня кортизолу викликає виснаження нервової системи, порушення регуляції емоцій і когнітивних функцій, що є основою тривожно-депресивних розладів. Зовнішні фактори, такі як військові дії, втрата житла, соціальна нестабільність, стають постійними джерелами стресу. Вони підсилюють відчуття безпорадності і

---

<sup>4</sup>**Authors:** Tymchyk Olesia Volodymyrivna, Savchenko Valentyn Muhajlovych, Nevedomsjka Jevgenija Oleksijvna, Kovalenko Olha Olexandrivna

**Author's sheets:** 1,55



безнадійності, які є центральними у розвитку депресивних станів. Невизначеність майбутнього та загроза життю стимулюють хронічний стрес, що у свою чергу підвищує рівень тривоги [2; 4].

Сучасний етап наукового осмислення ментального здоров'я українців під час тривалого воєнного стану фіксує чітку зміну векторів: від фіксації гострих реакцій на стрес дослідники перейшли до вивчення процесів довготривалої хронізації та кумулятивного (накопичувального) ефекту пережитого досвіду [7]. Вчені констатують накопичення травматичних чинників, що веде до системного погіршення показників ментального добробуту порівняно з довоєнними зрізами.

Студентська молодь змушена інтегрувати складні завдання професійного становлення в деструктивний контекст воєнного часу [1; 3]. Моніторинг психологічного статусу здобувачів вищої освіти фіксує виражену деструктивну динаміку: зростання рівнів ситуативної та особистісної тривожності супроводжується масивними когнітивними порушеннями. До таких порушень належать суттєве погіршення оперативної та довготривалої пам'яті, зниження концентрації й переключення уваги, загальне уповільнення мисленнєвих процесів, що безпосередньо корелює з дезадаптаційними розладами та депресивними тенденціями. У контексті освітнього процесу доведено наявність стійкого негативного зв'язку між погіршенням показників психічного здоров'я та якістю засвоєння знань [3]. Клінічні прояви тривоги й депресії блокують пізнавальну активність, знижують академічну мотивацію, провокують хронічну втоми та професійне вигорання студентів, що суттєво знижує їхню загальну успішність у закладах вищої освіти. Окрім того, погіршення ментального стану веде до порушень у системі саморегуляції, через що здобувачі освіти часто втрачають здатність до ефективного планування навчальної діяльності та самостійної роботи.

Огляд наукової літератури протягом останніх п'яти років (2022–2026 рр.) свідчить про глибоку травматизацію українського студентства. Разом з тим, значна частина наявних публікацій має узагальнений характер або фокусується на біженцях за кордоном чи окремих регіональних вибірках. Досі недостатньо



висвітленою залишається специфіка ментального здоров'я цивільної молоді, яка безпосередньо перебуває в столичному мегаполісі, що зазнає регулярних повітряних атак, але де продовжують функціонувати провідні освітні центри країни. На подолання цього наукового дефіциту спрямоване емпіричне дослідження, **метою** якого стало встановлення комплексних особливостей ментального здоров'я українських студентів в умовах тривалого воєнного стану.

### **Об'єкт, матеріал і методи дослідження**

*Учасники дослідження.* Критерії включення в дослідження: 1) чоловіки та жінки віком від 17 до 24 років; 2) цивільні особи. Критерії виключення із дослідження: 1) відсутність згоди на дослідження; 2) недієздатність особи; 3) зловживання алкоголем або наркотичними речовинами протягом останніх шести місяців.

Включені в дослідження молоді люди навчалися у закладах вищої освіти м. Києва (Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Навчально-науковий центр «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»). Серед досліджених були особи, які в період повномасштабного вторгнення перебували як в Києві та Київській області, так і в різних областях України чи виїздили тимчасово за межі України. Станом на момент дослідження всі особи-респонденти знаходилися в м. Київ чи Київській області.

Медіана віку обстежених склала 18,00 (нижня квартиль 18,0; верхня квартиль 20,0) років. Усі обстежені надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Протокол дослідження був розглянутий та схвалений на засіданні комісії з питань етики Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського столичного університету імені Бориса Грінченка. Дослідження повністю відповідало принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

**Організація та методи дослідження.** Проведено проспективне вибіркоче





обсерваційне дослідження. Дослідження виконано у два етапи: 1 етап – з січня 2024 по вересень 2025 року, тобто протягом 1,8 років; 2 етап – з жовтня 2025 по квітень 2026 року, тобто протягом 0,7 років. Загальний обсяг дослідницької вибірки у 2025 році становив  $n=316$  осіб ( $n=88$  чоловіків,  $n=228$  жінок), у 2026 році –  $n=308$  осіб ( $n=68$  чоловіків,  $n=240$  жінок). Обстеження відібраних осіб проводили за їх згоди шляхом опитування. Опитування проводилося однократно у формі надання відповідей на питання спеціальних анкет у присутності дослідника. Інформація про респондентів була анонімною, використовувалася лише в науково-дослідних цілях.

Під час опитування збирали інформацію про індивідуальні біологічні характеристики респондентів (стать, вік), рівень рухової активності та статус перебування в Україні або за її межами з лютого 2022 року в зв'язку з воєнним станом. Встановлення рівня рухової активності передбачало визначення респондентами чи є достатньою їхня фізична активність – виконання помірного фізичного навантаження 150 хвилин або інтенсивного фізичного навантаження 75 хвилин протягом минулого тижня. Якщо такі вимоги не виконувалися, то рухова активність вважалася недостатньою. Статус перебування в Україні або за її межами в зв'язку з воєнним станом оцінювали як такий, що не змінився з лютого 2022 року, змінився в межах України (особи, переселені з територій, де йдуть воєнні дії або які є поруч з такими) або був тимчасовий виїзд за межі України з наступним поверненням в м. Київ або Київську область.

Для оцінки стану психічного здоров'я молоді використали стандартизовані скринінгові тести:

1) шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI) [8]: опитування проводили за 21 пунктом; за загальною сумою балів формували такі висновки про депресію: 0-10 балів – немає, 11-16 балів – легка депресія, 17-20 балів – прикордонна клінічна депресія, 21-30 балів – помірна депресія, 31-40 балів – тяжка депресія, понад 40 балів – екстремальна депресія;

2) шкалу генералізованого тривожного розладу (General Anxiety Disorder – GAD-7) [13;14]: опитування проводили за 7 пунктами; за загальною сумою балів



формували такі висновки про тривожність: 0-4 балів – немає або мінімальна тривожність, 5-9 балів – незначна тривожність, 10-14 балів – помірна тривожність, 15-21 балів – значна тривожність;

3) опитувальник розладів настрою (Mood Disorder Questionnaire – MDQ) [11]: опитування проводили за 15 пунктами; за спеціальною методикою аналізу відповідей приймали рішення про наявність розладів настрою – немає чи є;

4) опитувальник післятравматичного стресового розладу (методика PCL-5) [9]: опитування проводили за 15 пунктами; за загальною сумою балів приймали рішення про наявність посттравматичного стресового розладу – немає (до 33 балів) чи є (33 і більше балів);

5) шкалу оцінки позитивних та негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [12]: опитування проводили за 30 пунктами; за загальною сумою балів формували такі висновки про рівень вираженості психопатологічних синдромів: 0-57 балів – симптоми відсутні, 58-74 балів – дуже слабо виражені, 75-94 балів – незначно виражені, 95-115 балів – помірно виражені, 116 та вище – значно виражені.

*Статистичний аналіз.* Розмір вибірки попередньо не розраховували. Статистична характеристика вибірки надана шляхом знаходження медіани (Me) та її верхньої (ВК) та нижньої (НК) квартилі. Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини – обчисленням критерію відповідності хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона з поправкою Йетса. Зв'язок між досліджуваними показниками встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кросстабуляції), за аналізом яких робився висновок про асоціацію досліджуваних ознак. Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості з вказівкою ймовірності помилково відхилити нульову гіпотезу ( $p$ ), за пороговий рівень прийнято значення 0,05. Обробка даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту SPSS Statistics Base (фірма IBM, США).





## Результати дослідження

У таблиці 1 відображено результати порівняльного аналізу розподілу рівнів депресивних станів серед респондентів, диференційованих за гендерною ознакою (чоловіки та жінки) протягом дворічного моніторингового періоду (2025–2026 рр.) в умовах тривалого воєнного стану.

**Таблиця 1 - Розподіл частот висновків про депресію у респондентів за шкалою депресії Бека залежно від статі в умовах воєнного стану**

| Висновок про депресію | Стать    |       |        |       |         |       |         |       |
|-----------------------|----------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|
|                       | Чоловіки |       |        |       | Жінки   |       |         |       |
|                       | 2025     |       | 2026   |       | 2025    |       | 2026    |       |
|                       | (n=88)   |       | (n=68) |       | (n=228) |       | (n=240) |       |
|                       | n        | %     | n      | %     | n       | %     | n       | %     |
| Немає                 | 62       | 70,45 | 47     | 69,12 | 138     | 60,53 | 136     | 56,67 |
| Прикордонна           | 3        | 3,41  | 2      | 2,94  | 22      | 9,65  | 22      | 9,17  |
| Легка                 | 16       | 18,18 | 11     | 16,18 | 39      | 17,11 | 47      | 19,58 |
| Помірна               | 4        | 4,55  | 6      | 8,82  | 20      | 8,77  | 19      | 7,92  |
| Тяжка                 | 2        | 2,27  | 1      | 1,47  | 8       | 3,51  | 11      | 4,58  |
| Екстремальна          | 1        | 1,14  | 1      | 1,47  | 1       | 0,44  | 5       | 2,08  |

*Авторська розробка*

Загальний обсяг вибірки (n) у 2025 році становив 316 осіб (n = 88 чоловіків, n = 228 жінок), а у 2026 році зменшився до 308 осіб (n = 68 чоловіків, n = 240 жінок). Оцінювання психоемоційного стану здійснювалося за допомогою стандартизованої методики – шкали депресії Бека, з фіксацією абсолютних частот (n) та відсоткових часток (%) за шістьма нозологічними рівнями: відсутність депресії, прикордонний стан, легка, помірна, тяжка та екстремальна депресія. Аналіз емпіричних даних чоловічої вибірки свідчить про відносну стабільність психологічних показників із незначною тенденцією до загострення депресивної симптоматики:

**1. Нормотимічний стан:** протягом досліджуваного періоду переважна більшість чоловіків не виявляла ознак депресії, хоча спостерігається



деструктивна динаміка зниження цього показника з 70,45% у 2025 р. до 69,12% у 2026 р.

2. **Помірні та субклінічні стани:** рівень «легкої» депресії дещо знизився (з 18,18% до 16,18%), натомість зафіксовано майже двократне зростання частоти «помірної» депресії – з 4,55% (n = 4) у 2025 р. до 8,82% (n = 6) у 2026 р.
3. **Клінічні форми:** показники «тяжкої» депресії зменшилися з 2,27% до 1,47%, тоді як частота «екстремальної» депресії зазнала незначного відсоткового зростання (з 1,14% до 1,47%) за незмінної абсолютної кількості (n = 1).

У жіночій субпопуляції виявлено більш чітко виражені негативні зсуви у ментальному здоров'ї, що вказує на вищу вразливість або пролонговану кумуляцію стресу:

1. **Нормотимічний стан:** зафіксовано помітне та послідовне скорочення частки респонденток без ознак депресії – з 60,53% у 2025 р. до 56,67% у 2026 р. (падіння на 3,86%).
2. **Низькі та середні рівні:** рівень «прикордонних станів» залишився відносно стабільним (9,65% проти 9,17%). Водночас спостерігається зростання питомої ваги «легкої» депресії – з 17,11% до 19,58%, на тлі незначного коливання показників «помірної» депресії (8,77% та 7,92% відповідно).
3. **Виражені клінічні форми:** особливу тривогу викликає негативна динаміка важких психопатологічних проявів. Частка «тяжкої» депресії зросла з 3,51% до 4,58%, а показник «екстремальної» депресії збільшився майже в 5 разів у відсотковому еквіваленті – з 0,44% (n = 1) до 2,08% (n = 5).

Порівняльний аналіз між статевими групами дозволяє зробити кілька важливих інтерпретаційних висновків:

1. **Базовий рівень резистентності:** чоловіки в умовах воєнного стану демонструють вищий рівень умовної психологічної резистентності (частка осіб без депресії в обидва роки утримується на рівні 69-70% порівняно з жінками 56-60%).
2. **Показники депресивного фону:** у жіночій вибірці хронічно вищими є



показники «прикордонних станів» (9% проти 3% у чоловіків) та клінічних проявів «тяжкої» депресії у 2026 році (4,58% проти 1,47% у чоловіків).

**3. Вектор часових змін:** загальний вектор динаміки для обох статей є негативним, що маніфестується у зменшенні групи «здорових» респондентів. Проте, у чоловіків акумуляція стресу сильніше трансформується у депресію помірного рівня, тоді як у жіночій групі деструктивні зміни відбуваються за рахунок зростання як легких, так і критично тяжких (екстремальних) форм депресивних розладів.

Отримані емпіричні дані засвідчують прогресуюче виснаження адаптаційних ресурсів психіки респондентів обох статей під впливом пролонгованого воєнного стану, із більш вираженою схильністю жіночої вибірки до поглиблення депресивних станів клінічного та субекстремального рівнів.

У таблиці 2 систематизовано результати емпіричного дослідження динаміки рівнів тривожності серед респондентів, диференційованих за статтю (чоловіки та жінки), у період з 2025 по 2026 рік в умовах пролонгованого воєнного стану.

**Таблиця 2 - Розподіл частот висновків про тривожність у респондентів за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) залежно від статі в умовах воєнного стану**

| Висновок про тривожність | Стать    |       |        |       |         |       |         |        |
|--------------------------|----------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|--------|
|                          | Чоловіки |       |        |       | Жінки   |       |         |        |
|                          | 2025     |       | 2026   |       | 2025    |       | 2026    |        |
|                          | (n=88)   |       | (n=68) |       | (n=228) |       | (n=240) |        |
|                          | n        | %     | n      | %     | n       | %     | n       | %      |
| Немає або мінімальна     | 52       | 59,09 | 34     | 50,00 | 85      | 37,28 | 71      | 29,58  |
| Незначна                 | 26       | 29,55 | 25     | 36,76 | 87      | 38,16 | 120     | 50,00* |
| Помірна                  | 8        | 9,09  | 7      | 10,29 | 41      | 17,98 | 39      | 16,25  |
| Значна                   | 2        | 2,27  | 2      | 2,94  | 15      | 6,58  | 10      | 4,17   |

Примітка. Тут і надалі в таблицях статистично значущі відмінності між вибірками «2025» і «2026» у разі ймовірності помилкової оцінки: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$ .

*Авторська розробка*

Діагностика здійснювалася за допомогою стандартизованого інструментарію – шкали GAD-7. Обсяг вибірки у 2025 році становив  $n=316$  осіб



( $n=88$  чоловіків,  $n=228$  жінок), у 2026 році –  $n=308$  осіб ( $n=68$  чоловіків,  $n=240$  жінок). Фіксація результатів відображає розподіл абсолютних частот ( $n$ ) та відсоткових часток (%) за чотирма рівнями вираженості тривожності: «немає або мінімальна», «незначна», «помірна» та «значна». Математико-статистична значущість відмінностей між часовими зрізами оцінювалася за допомогою критерію ймовірності помилкової оцінки ( $p$ ).

Результати моніторингу чоловічої вибірки вказують на помітне зміщення показників у бік посилення тривожної симптоматики:

- 1. Оптимальний рівень (немає або мінімальна тривожність):** у 2025 році більше половини чоловіків (59,09%) фіксували відсутність або мінімальні прояви тривожності, проте до 2026 року цей показник критично знизився до 50,00% (відбулося падіння на 9,09%).
- 2. Тенденція до зростання субклінічних станів:** зниження частки осіб без тривожності компенсувалося переважно за рахунок зростання «незначної» тривожності – з 29,55% у 2025 р. до 36,76% у 2026 р.
- 3. Клінічні рівні (помірна та значна):** група осіб із «помірною» тривожністю зазнала незначного зростання з 9,09% до 10,29%. Рівень «значної» тривожності залишився відносно стабільним із мінімальним коливанням (2,27% та 2,94% відповідно за незмінної абсолютної кількості  $n=2$ ).

У жіночій вибірці виявлено більш інтенсивну деструктивну динаміку, яка має статистично підтверджений характер:

- 1. Оптимальний рівень:** частка жінок із відсутністю або мінімальною тривожністю, яка й так була суттєво нижчою порівняно з чоловіками, у 2026 році скоротилася з 37,28% до 29,58%. Статистично значущі зміни: найбільш виражений зсув зафіксовано за показником «незначної» тривожності. Протягом року відбувся стрімкий стрибок із 38,16% до 50,00% ( $n=120$ ). Дана відмінність маркована символом (\*), що вказує на її статистичну значущість на рівні ймовірності  $p<0,05$ . Це свідчить про масову соматизацію та хронізацію тривожного фону в половини всієї жіночої вибірки.
- 2. Виражені клінічні форми:** показники «помірної» тривожності дещо



знизилися (з 17,98% до 16,25%), як і рівень «значної» тривожності (з 6,58% до 4,17%). Проте, загальний рівень клінічно вираженої тривожності (сума помірного та значного рівнів) у жінок залишається високим і становить 20,42% у 2026 році.

Порівняння отриманих даних дозволяє експлікувати такі інтерпретаційні закономірності:

- 1. Гендерний дисбаланс резистентності:** чоловіча вибірка демонструє вищий поріг стійкості до маніфестації тривожних розладів – рівно половина чоловіків (50,00%) у 2026 році утримує мінімальний рівень тривожності, тоді як серед жінок цей показник становить лише 29,58%.
- 2. Феномен «незначної тривожності» як адаптаційного плато:** у 2026 році для обох гендерних груп характерне акумулювання респондентів у зоні «незначної» тривожності (36,76% у чоловіків та 50,00% у жінок). Це вказує на формування специфічного адаптаційного синдрому тривалого стресу, коли психіка функціонує в режимі постійної субклінічної напруги.

Наявність статистично значущої відмінності ( $p < 0,05$ ) у жіночій групі підтверджує, що процеси зростання тривожності серед жінок обумовлені не випадковими коливаннями вибірки, а мають закономірний характер, спричинений кумулятивним впливом умов воєнного стану.

Представлені емпіричні дані детермінують загальну тенденцію до погіршення ментального здоров'я респондентів у часовому вимірі 2025–2026 рр. Зниження адаптивного потенціалу маніфестується у скороченні групи осіб із мінімальною тривожністю та статистично значущому зростанні фонові (незначної) тривожності, що більш виражено у жіночій субпопуляції.

У таблиці 3 систематизовано результати компаративного аналізу поширеності ознак розладів настрою (афективних спектрів) серед респондентів, диференційованих за статтю, у період 2025–2026 рр.



**Таблиця 3 - Розподіл частот висновків про розлади настрою у респондентів за опитувальником розладів настрою (MDQ) залежно від статі в умовах воєнного стану**

| Наявність розладів настрою | Стать    |       |        |       |         |       |         |         |
|----------------------------|----------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|---------|
|                            | Чоловіки |       |        |       | Жінки   |       |         |         |
|                            | 2025     |       | 2026   |       | 2025    |       | 2026    |         |
|                            | (n=88)   |       | (n=68) |       | (n=228) |       | (n=240) |         |
|                            | n        | %     | n      | %     | n       | %     | n       | %       |
| Немає                      | 64       | 72,73 | 58     | 85,29 | 172     | 75,45 | 204     | 85,00*  |
| Є                          | 24       | 27,27 | 10     | 14,71 | 56      | 24,56 | 36      | 15,00** |

*Авторська розробка*

Оцінювання здійснювалося в специфічних макросоціальних умовах тривалого воєнного стану за допомогою скринінгового інструментарію – опитувальника розладів настрою (MDQ). Статистична структура таблиці є бінарною та фіксує дві альтернативні діагностичні констатації: «Немає» (відсутність критеріїв розладу настрою) та «Є» (наявність позитивного скринінгу на розлади настрою) з вираженням в абсолютних частотах (n) та відсоткових частках (%).

Емпіричні дані чоловічої вибірки демонструють позитивну динаміку зниження ознак афективної патології протягом моніторингового періоду:

- 1. Група норми («Немає»):** зафіксовано суттєве збільшення частки чоловіків, які не виявляють ознак розладів настрою, – з 72,73% (n=64) у 2025 році до 85,29% (n=58) у 2026 році (позитивний зсув становить +12,56%).
- 2. Група ризику («Є»):** відповідно, питома вага осіб із верифікованими ознаками розладів настрою зменшилася майже вдвічі у відсотковому еквіваленті – з 27,27% до 14,71%. Попри зменшення обсягу підвибірки чоловіків у 2026 році, тенденція вказує на ймовірне включення механізмів психологічної адаптації або стабілізації афективної сфери у частини респондентів.

У жіночій субпопуляції виявлено аналогічний за вектором, проте, значно більш виражений та математично підтверджений тренд до зниження рівнів маніфестації розладів настрою:

- 1. Група норми («Немає»):** частка жінок без ознак розладів настрою зросла з





75,45% у 2025 році до 85,00% у 2026 році. Дана відмінність є статистично значущою на рівні ймовірності  $p < 0,05$  (марковано знаком \*).

**2. Група ризику («Є»):** кількість респонденток із позитивним результатом скринінгу на розлади настрою помітно скоротилася – з 24,56% ( $n=56$ ) до 15,00% ( $n=36$ ). Цей спад має високу статистичну значущість на рівні ймовірності  $p < 0,01$  (марковано знаками \*\*). Це свідчить про закономірний характер деескалації гострих афективних станів у жіночій групі протягом року.

Зіставлення результатів між двома гендерними групами дозволяє зробити такі висновки:

**1. Конвергенція (зближення) показників:** якщо у 2025 році спостерігалася певна розбіжність між чоловіками та жінками (зокрема, у чоловіків рівень виявлених розладів був дещо вищим – 27,27% проти 24,56% у жінок), то у 2026 році показники обох груп фактично вирівнялися. Частка осіб із відсутністю афективної симптоматики зафіксувалася на рівні  $\approx 85\%$  як для чоловіків (85,29%), так і для жінок (85,00%).

**2. Феномен стабілізації та відтермінованої адаптації:** спостережувана позитивна динаміка (зменшення ознак розладів настрою за MDQ на тлі зафіксованого раніше зростання тривожності за GAD-7 та депресії за Беком) може інтерпретуватися як перехід психіки від первинних гострих афективних, біполярних або циклічних коливань настрою до більш монотонних, хронічних форм адаптаційного синдрому (наприклад, дистимічного або генералізованого тривожного профілю).

На відміну від чоловічої вибірки, зміни у жіночій групі досягли рівнів статистичної значущості ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$ ). Це вказує на те, що жіноча субпопуляція реагує на хронічний стрес воєнного стану більш однорідно, виявляючи чітко окреслену динаміку переструктурування афективних проявів у часі.

Отримані результати засвідчують статистично значущу тенденцію до зниження гострих проявів розладів настрою (за шкалою MDQ) у респондентів



обох статей у 2026 році порівняно з 2025 роком. Резистентність до розладів афективного спектра в умовах воєнного стану наприкінці моніторингового періоду вирівнялася за гендерною ознакою та охоплює переважну більшість (85%).

У поданій таблиці 4 узагальнено результати порівняльного дослідження динаміки поширеності ознак післятравматичного стресового розладу (ПТСР) серед респондентів, розподілених за гендерною ознакою, у період з 2025 по 2026 рік. Емпіричний зріз здійснювався в умовах тривалого макросоціального та психотравмуючого чинника – воєнного стану.

**Таблиця 4 - Розподіл частот висновків про наявність стресу у респондентів за шкалою післятравматичного стресового розладу (PCL-5) залежно від статі в умовах воєнного стану**

| Наявність ПТСР | Стать    |       |        |       |         |       |         |        |
|----------------|----------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|--------|
|                | Чоловіки |       |        |       | Жінки   |       |         |        |
|                | 2025     |       | 2026   |       | 2025    |       | 2026    |        |
|                | (n=88)   |       | (n=68) |       | (n=228) |       | (n=240) |        |
|                | n        | %     | n      | %     | n       | %     | n       | %      |
| Немає          | 74       | 84,09 | 61     | 89,71 | 160     | 70,18 | 190     | 79,17* |
| Є              | 14       | 15,91 | 7      | 10,29 | 68      | 29,82 | 50      | 20,83* |

*Авторська розробка*

Для первинного скринінгу та верифікації симптомів було використано стандартизований міжнародний інструментарій – контрольний список симптомів ПТСР (PCL-5). Структура вибірки аналогічна попереднім етапам моніторингу: у 2025 р. n = 316 осіб (n = 88 чоловіків, n = 228 жінок), у 2026 р. n = 308 осіб (n = 68 чоловіків, n = 240 жінок). Результати представлені у формі бінарного розподілу частот («Немає» / «Є» ознаки ПТСР) в абсолютних (n) та відсоткових (%) значеннях.

Аналіз даних чоловічої когорти свідчить про наявність позитивної тенденції до зниження вираженості симптомів післятравматичного стресу протягом року:

**1. Група умовної норми («Немає»):** частка чоловіків, у яких за результатами скринінгу не виявлено клінічно значущих ознак ПТСР, зросла з 84,09% (n = 74) у 2025 р. до 89,71% (n = 61) у 2026 р. (позитивний зсув на +5,62%).



**2. Група клінічних проявів («Є»):** відповідно, рівень маніфестації ознак розладу знизився з 15,91% до 10,29%. Незважаючи на загальну стресогенність середовища, чоловіча частина вибірки продемонструвала високі показники адаптації та умовного зниження гостроти травматичних реакцій наприкінці моніторингового періоду.

У жіночій субпопуляції динаміка змін має більш виражений, системний та статистично підтверджений характер:

**1. Група умовної норми («Немає»):** фіксується значне зростання кількості респонденток, які не виявляють симптомів ПТСР, – з 70,18% у 2025 р. до 79,17% у 2026 р. Даний приріст (на 8,99%) є статистично значущим на рівні ймовірності  $p < 0,05$  (марковано символом \*).

**2. Група клінічних проявів («Є»):** частка жінок із позитивним скринінгом на наявність ПТСР суттєво скоротилася – з 29,82% ( $n = 68$ ) до 20,83% ( $n = 50$ ). Зменшення питомої ваги цієї групи майже на третину від початкового рівня також є статистично підтвердженим ( $p < 0,05^*$ ), що вказує на закономірне зниження гострих форм посттравматичної реакції в жіночій групі з плином часу.

Зіставлення отриманих емпіричних трендів дозволяє сформулювати кілька важливих теоретико-практичних висновків:

**1. Гендерна асиметрія вразливості:** незважаючи на позитивну динаміку в обох групах, жінки в умовах воєнного стану залишаються вдвічі більш схильними до розвитку ПТСР, ніж чоловіки. Станом на 2026 рік ознаки розладу фіксуються у 20,83% жінок порівняно з 10,29% у чоловіків.

**2. Ефект відтермінованої адаптації та стабілізації:** загальний вектор змін в обох гендерних групах спрямований на редукцію (зменшення) частоти виявлення ПТСР. Це узгоджується з психологічною концепцією хронізації стресу, за якої первинна гостра реакція на травму (яка могла домінувати у 2025 році) з часом трансформується у стійкі форми особистісної адаптації або переходить в інші реєстри емоційних порушень (наприклад, тривожно-депресивні стани, що фіксувалися в попередніх таблицях).



Наявність статистично значущих відмінностей ( $p < 0,05$ ) саме в жіночій вибірці свідчить про те, що процеси психологічної переробки травматичного досвіду в жінок відбуваються більш динамічно та мають системний характер у масштабах популяції.

Отже, отримані результати відображають статистично значущу (для жінок) та загальну (для чоловіків) тенденцію до зниження частоти позитивних висновків про наявність ПТСР за шкалою PCL-5 у 2026 році порівняно з 2025 роком. Спостерігається загальний тренд до адаптації психіки респондентів до хронічних умов воєнного стану, проте жіноча субвбірка продовжує демонструвати вищий рівень посттравматичної інвалідизації афективної сфери.

У таблиці 5 відображено результати комплексного моніторингу загальної оцінки вираженості психопатологічних синдромів у респондентів протягом 2025–2026 рр. Оцінювання здійснювалося в умовах тривалого макросоціального стресу (воєнного стану) за допомогою клінічного інструментарію – шкали PANSS (шкала оцінки позитивних та негативних синдромів).

**Таблиця 5 - Розподіл частот висновків про вираженість психопатологічних синдромів у респондентів за шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS) залежно від статі в умовах воєнного стану**

| Загальна оцінка психопатологічних синдромів | Стать    |       |        |         |         |       |         |         |
|---------------------------------------------|----------|-------|--------|---------|---------|-------|---------|---------|
|                                             | Чоловіки |       |        |         | Жінки   |       |         |         |
|                                             | 2025     |       | 2026   |         | 2025    |       | 2026    |         |
|                                             | (n=88)   |       | (n=68) |         | (n=228) |       | (n=240) |         |
|                                             | n        | %     | n      | %       | n       | %     | n       | %       |
| Відсутні                                    | 57       | 64,77 | 58     | 85,29** | 127     | 55,70 | 182     | 75,83** |
| Незначно виражені                           | 17       | 19,32 | 7      | 10,29   | 62      | 27,2  | 28      | 11,67** |
| Помірно виражені                            | 8        | 9,09  | 1      | 1,47*   | 26      | 11,40 | 26      | 10,83   |
| Значно виражені                             | 6        | 6,82  | 2      | 2,94    | 13      | 5,70  | 4       | 1,67*   |

*Авторська розробка*

Обсяг та гендерна структура вибірки залишаються константними відносно попередніх етапів дослідження: у 2025 році  $n=316$  осіб ( $n=88$  чоловіків,  $n=228$  жінок), у 2026 році –  $n=308$  осіб ( $n=68$  чоловіків,  $n=240$  жінок). Диференціація даних проводилася за чотирма рівнями вираженості психопатологічної



симптоматики: «відсутні», «незначно виражені», «помірно виражені» та «значно виражені». Математико-статистична значущість міжрічних зсувів маркована символом астерікса (\*).

Емпіричні дані чоловічої вибірки демонструють суттєве та статистично підтверджене зниження психопатологічних проявів:

- 1. Група норми («Відсутні»):** зафіксовано різке та високозначуще зростання частки респондентів, у яких психопатологічні синдроми не виявлені, – з 64,77% у 2025 р. до 85,29% у 2026 р. Даний позитивний тренд має високу статистичну валідність на рівні ймовірності  $p < 0,01$  (марковано \*\*).
- 2. Субклінічні та помірні стани:** група осіб із «незначно вираженими» проявами скоротилася з 19,32% до 10,29%. Рівень «помірно виражених» синдромів знизився майже у 6 разів – з 9,09% ( $n=8$ ) до 1,47% ( $n=1$ ), що є статистично значущим зсувом на рівні  $p < 0,05$  (\*).
- 3. Клінічний рівень («Значно виражені»):** кількість чоловіків із вираженою психопатологією зменшилася з 6,82% ( $n=6$ ) до 2,94% ( $n=2$ ), що свідчить про загальне затихання гострих станів у чоловічій субвибірці.

У жіночій частині вибірки також спостерігається виражена позитивна динаміка редукції психопатологічних синдромів, що підтверджується кількома рівнями статистичної значущості:

- 1. Група норми («Відсутні»):** кількість жінок без ознак психопатології за шкалою PANSS зросла з 55,70% до 75,83%. Цей приріст (+20,13%) є високозначущим на рівні ймовірності  $p < 0,01$  (\*\*).
- 2. Субклінічні стани:** частка «незначно виражених» синдромів зменшилася більш ніж удвічі – з 27,20% до 11,67%, що підтверджено високим рівнем статистичної значущості  $p < 0,01$  (\*\*).
- 3. Клінічні та деструктивні рівні:** група «помірно виражених» проявів залишилася стабільною з мінімальним коливанням (11,40% у 2025 р. проти 10,83% у 2026 р.). Водночас частка «значно виражених» психопатологічних синдромів суттєво скоротилася – з 5,70% ( $n=13$ ) до 1,67% ( $n=4$ ), що є статистично значущим показником адаптації на рівні  $p < 0,05$  (\*).



Синтез емпіричних трендів, отриманих за шкалою PANSS, дозволяє експлікувати такі наукові висновки:

- 1. Гендерні особливості редукції психопатології:** обидві гендерні групи виявили потужний і статистично закономірний тренд до нормалізації стану та зменшення вираженості психопатологічних синдромів. Проте чоловіки демонструють вищу підсумкову резистентність – станом на 2026 рік 85,29% чоловіків не мають ознак розладів за цією шкалою, порівняно з 75,83% у жінок.
- 2. Феномен переструктурування клінічної картини:** спостережувана за шкалою PANSS масова редукція психопатологічних синдромів (як позитивних, так і негативних) у 2026 році вказує на те, що первинна дезорганізація психічної діяльності, характерна для попереднього етапу, зазнала психологічної переробки. Психіка респондентів адаптувалася до умов тривалого воєнного стану, стабілізувавши базові когнітивні та поведінкові структури.

Висока щільність статистично значущих відмінностей ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$ ) в обох групах доводить, що виявлене покращення загальноклінічного фону не є випадковим коливанням вибірки, а відображає стійкий загальнопопуляційний тренд психоемоційної стабілізації (стабілізаційне плато) на другому році моніторингу. Отримані результати доводять наявність статистично значущої позитивної динаміки зменшення загальної вираженості психопатологічних синдромів у респондентів обох статей за шкалою PANSS у 2026 році порівняно з 2025 роком. Спостерігається виражений ефект довгострокової адаптації психіки до умов воєнного стану, що маніфестується у суттєвому розширенні меж нормотимічного («відсутнього») рівня симптоматології.

Результати таблиць 1–5 чітко продемонстрували, що жінки мають нижчий поріг резистентності до тривожних розладів та ПТСР в умовах війни, але виявляють високу динаміку психологічної переробки травми. Цей феномен детально описано у працях, пов'язаних з вивченням гендерних відмінностей у психологічному реагуванні на війну.





У таблиці 6 представлено результати дворічного моніторингу (2025–2026 рр.) депресивних проявів, де диференціюючим фактором виступає характер просторового переміщення респондентів. Вибірка розподілена на три сукупності:

- 1) група «не було» (осіле населення):  $n=200$  (2025 р.) та  $n=183$  (2026 р.);
- 2) група «в межах України» (внутрішньо переміщені особи – ВПО):  $n=78$  (2025 р.) та  $n=86$  (2026 р.);
- 3) група «виїзд за кордон» (зовнішня міграція / біженці):  $n=38$  (2025 р.) та  $n=39$  (2026 р.).

**Таблиця 6 - Розподіл частот висновків про депресію у респондентів за шкалою депресії Бека залежно від зміни місця перебування в умовах воєнного стану**

| Висновок про депресію | Зміна місця перебування |       |         |       |                 |       |        |       |                 |       |        |        |
|-----------------------|-------------------------|-------|---------|-------|-----------------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|--------|
|                       | Не було                 |       |         |       | В межах України |       |        |       | Виїзд за кордон |       |        |        |
|                       | 2025                    |       | 2026    |       | 2025            |       | 2026   |       | 2025            |       | 2026   |        |
|                       | (n=200)                 |       | (n=183) |       | (n=78)          |       | (n=86) |       | (n=38)          |       | (n=39) |        |
|                       | n                       | %     | n       | %     | n               | %     | n      | %     | n               | %     | n      | %      |
| Немає                 | 127                     | 63,50 | 114     | 62,30 | 50              | 64,10 | 50     | 58,14 | 23              | 60,53 | 19     | 48,72  |
| Прикордонна           | 13                      | 6,50  | 12      | 6,56  | 7               | 8,97  | 10     | 11,63 | 5               | 13,16 | 2      | 5,13   |
| Легка                 | 43                      | 21,50 | 35      | 19,13 | 9               | 11,54 | 13     | 15,12 | 3               | 7,89  | 10     | 25,64* |
| Помірна               | 11                      | 5,50  | 12      | 6,56  | 9               | 11,54 | 6      | 6,98  | 4               | 10,53 | 7      | 17,95  |
| Тяжка                 | 4                       | 2,00  | 6       | 3,28  | 3               | 3,85  | 5      | 5,81  | 3               | 7,89  | 1      | 2,56   |
| Екстремальна          | 2                       | 1,00  | 4       | 2,19  | 0               | 0     | 2      | 2,33  | 0               | 0     | 0      | 0      |

*Авторська розробка*

У результаті емпіричного дослідження, представлено такі діагностичні висновки структуровані за аналогічними до Таблиці 1 нозологічними рівнями шкали Бека. Дані респондентів (підгрупи «Не було зміни місця перебування»), які не змінювали постійного місця проживання, демонструють найвищу відносну психоемоційну стабільність, яка корелює з показниками чоловічої вибірки з таблиці 1:

1. **Нормотимічний сектор:** рівень відсутності депресії зазнав мінімальних коливань і залишився стабільно високим – 63,50% у 2025 р. та 62,30% у 2026 р.



**2. Субклінічні та легкі стани:** спостерігається незначне зменшення «легкої» депресії (з 21,50% до 19,13%) за відносної константності «прикордонних» та «помірних» показників.

**3. Клінічно виражений сектор:** фіксується тенденція до обтяження важких форм – рівень «тяжкої» депресії зріс з 2,00% до 3,28%, а «екстремальної» – з 1,00% до 2,19%. Це свідчить про поступове накопичення втоми від хронічної небезпеки (ефект «перебування в епіцентрі подій»).

Внутрішня міграція (підгрупи «Переміщення в межах України» (ВПО)) виявляє чітко окреслений вектор психотравматизації, зумовлений втратою майна, соціальних зв'язків та адаптацією до нових громад:

**1. Деструкція нормотимічного профілю:** частка осіб без ознак депресії суттєво зменшилася – з 64,10% до 58,14% (падіння на 5,96%).

**2. Зростання субклінічного фону:** зафіксовано збільшення проявів «прикордонних станів» (з 8,97% до 11,63%) та «легкої» депресії (з 11,54% до 15,12%).

**3. Ескалація критичних станів:** якщо у 2025 році у групі ВПО фіксувався нульовий рівень (0%) «екстремальної» депресії, то у 2026 році він зріс до 2,33% (n=2). Показник «тяжкої» депресії також збільшився до 5,81%, що є найвищим значенням важкої симптоматики серед усіх трьох груп за 2026 рік.

Динаміка групи зовнішніх мігрантів (підгрупи «Виїзд за кордон»)) виявляє найбільш радикальні, полярні зміни, що підтверджується математико-статистичним апаратом:

**1. Критичне падіння рівня норми:** показник «Немає депресії» зазнав максимального спаду серед усіх груп дослідження – з 60,53% у 2025 р. до 48,72% у 2026 р. Менше половини закордонних респондентів залишаються у психологічній нормі.

**2. Статистично значуща маніфестація «легкої» депресії:** зафіксовано стрімке трикратне зростання частки осіб із легкою депресією – з 7,89% до 25,64%. Цей зсув марковано символом (\*), що підтверджує його статистичну значущість ( $p < 0,05$ ). Такий стрибок вказує на масовий характер реакцій



дезадаптації (феномен «туги за домом», мовний бар'єр, соціальна ізоляція).

3. **Помірна депресія:** також фіксується тенденція до поглиблення розладів у бік помірного рівня – зростання з 10,53% до 17,95%.
4. **Редукція гострих форм:** водночас рівні тяжкої депресії знизилися з 7,89% до 2,56%, а екстремальні форми відсутні зовсім (0% в обидва роки). Це вказує на те, що перебування в безпекових умовах за кордоном нівелює ризики розвитку надважких, вітально загрозливих депресивних станів, проте провокує хронічні афективні розлади легкого та середнього ступенів.

Аналіз отриманих результатів таблиці 6 дозволяє зробити важливі узагальнення:

1. **Кореляція «Жінки – Мігранти»:** показники жіночої вибірки (див. табл. 1) за своєю структурою та вектором змін (зниження норми до 56,67%, зростання легкої та екстремальної депресії) виявляють глибоку інтерференцію з показниками груп ВПО та зовнішніх мігрантів (див. табл. 6). Це логічно обумовлюється демографічним фактором: основний масив внутрішньо переміщених осіб та біженців за кордоном складають саме жінки з дітьми.
2. **Кореляція «Чоловіки – Осіле населення»:** стабільність чоловічої когорти (утримання норми на рівні ~69%) корелює зі стабільністю групи «Не було зміни місця перебування» (~62%). Це відображає патерн адаптації осіб, чий життєвий простір (побут, географічне розташування) не зазнав територіального розриву, попри перманентний воєнний стрес.
3. **Парадокс безпеки за кордоном:** фізична безпека (виїзд за кордон) не є абсолютним протективним фактором для ментального здоров'я респондентів. Вона суттєво мінімізує прояви тяжкої депресії (до 2,56%), але через синдром відірваності від коріння призводить до статистично значущої ( $p < 0,05$ ) хронізації легких (25,64%) та помірних (17,95%) депресивних станів, що сумарно охоплює понад 43% цієї групи.

У таблиці 7 представлено результати моніторингового вивчення (2025–2026 рр.) рівнів генералізованої тривожності у респондентів, диференційованих за фактором просторового переміщення (міграційного статусу) в умовах



продовженого воєнного стану.

**Таблиця 7 - Розподіл частот висновків про тривожність у респондентів за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) залежно від зміни місця перебування в умовах воєнного стану**

| Висновок про тривожність | Зміна місця перебування |       |         |        |                 |       |        |       |                 |       |        |       |
|--------------------------|-------------------------|-------|---------|--------|-----------------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|                          | Не було                 |       |         |        | В межах України |       |        |       | Виїзд за кордон |       |        |       |
|                          | 2025                    |       | 2026    |        | 2025            |       | 2026   |       | 2025            |       | 2026   |       |
|                          | (n=200)                 |       | (n=183) |        | (n=78)          |       | (n=86) |       | (n=38)          |       | (n=39) |       |
|                          | n                       | %     | n       | %      | n               | %     | n      | %     | n               | %     | n      | %     |
| Немає або мінімальна     | 98                      | 49,00 | 67      | 36,61* | 29              | 37,18 | 26     | 30,23 | 10              | 26,32 | 12     | 30,77 |
| Незначна                 | 65                      | 32,50 | 85      | 46,45* | 31              | 39,74 | 42     | 48,84 | 17              | 44,74 | 18     | 46,15 |
| Помірна                  | 28                      | 14,00 | 26      | 14,21  | 12              | 15,38 | 12     | 13,95 | 9               | 23,68 | 8      | 20,51 |
| Значна                   | 9                       | 4,50  | 5       | 2,73   | 6               | 7,69  | 6      | 6,98  | 2               | 5,26  | 1      | 2,56  |

*Авторська розробка*

Скринінг здійснювався за допомогою валідизованої шкали GAD-7. Вибірка ( $N(2025) = 316$ ,  $N(2026) = 308$ ) розподілена за критерієм зміни місця перебування на три субпопуляційні групи:

1. Осіле населення («Не було» зміни місця):  $n = 200$  (2025 р.),  $n = 183$  (2026 р.).
2. Внутрішньо переміщені особи – ВПО («В межах України»):  $n = 78$  (2025 р.),  $n = 86$  (2026 р.).
3. Зовнішні мігранти / біженці («Виїзд за кордон»):  $n = 38$  (2025 р.),  $n = 39$  (2026 р.).

Оцінка результатів проводилася за чотирирівневою шкалою («немає або мінімальна», «незначна», «помірна», «значна») із фіксацією абсолютних частот ( $n$ ), відсоткових часток (%) та статистичної значущості розбіжностей (\*).

Аналіз даних групи респондентів («Не було зміни місця перебування»), які залишилися у місцях свого постійного проживання, свідчить про статистично значуще погіршення психоемоційного стану:

1. **Оптимальний рівень:** зафіксовано стрімке та статистично достовірне скорочення частки осіб із «відсутньою або мінімальною» тривожністю – з 49,00% у 2025 р. до 36,61% у 2026 р. ( $p < 0,05^*$ ). Це вказує на виснаження



первинних психологічних захистів під впливом хронічної загрози.

**2. Хронізація тривожного фону:** зниження нормотимічних показників компенсувалося за рахунок суттєвого, статистично значущого зростання «незначної» тривожності – з 32,50% до 46,45% ( $p < 0,05^*$ ). Фактично, майже половина осілого населення перейшла в режим перманентного субклінічного напруження.

**3. Клінічні рівні:** показники помірної тривожності залишилися стабільними (14,00% проти 14,21%), а значної – продемонстрували тенденцію до редукції (з 4,50% до 2,73%).

Субвибірка внутрішньо переміщених осіб (у групі «В межах України» (ВПО)) демонструє стабільно високий рівень психотравматизації без різких міжрічних коливань, що вказує на фіксацію стресового синдрому:

**1. Показники норми:** частка осіб із мінімальною тривожністю знизилася з 37,18% до 30,23% (різниця становить -6,95%).

**2. Субклінічний спектр:** спостерігається зростання «незначної» тривожності з 39,74% до 48,84%, що свідчить про формування масового «адаптаційного плато» субклінічного рівня у майже половини опитаних ВПО.

**3. Клінічний спектр:** сумарний рівень клінічно вираженої тривожності (помірна + значна) утримується на високих позиціях: 23,07% у 2025 р. та 20,93% у 2026 р.

Група респондентів (у групі «Виїзд за кордон»), які виїхали за межі України, характеризується специфічним профілем тривожності, де поєднуються чинники фізичної безпеки та соціокультурної дезадаптації:

**1. Позитивний тренд у нормотимічному секторі:** на відміну від внутрішніх груп, серед зовнішніх мігрантів зафіксовано збільшення частки осіб із «відсутньою або мінімальною» тривожністю – з 26,32% у 2025 р. до 30,77% у 2026 р. Це безпосередньо відображає протективний вплив безпечного середовища перебування.

**2. Стабілізація фонові тривожності:** рівень «незначної» тривожності залишився майже незмінним і зафіксувався на високій позначці (44,74%



проти 46,15%), що обумовлено стресом асиміляції та невизначеністю майбутнього.

- 3. Редукція важких клінічних форм:** спостерігається виражений спад показників «значної» тривожності більше ніж удвічі – з 5,26% ( $n = 2$ ) до 2,56% ( $n = 1$ ). Помірна тривожність також знизилася з 23,68% до 20,51%.

Системні закономірності та компаративні висновки:

- 1. Специфіка міграційних чинників проти гендерних:** зіставлення з Таблицею 2 показує, що тренд до масового накопичення респондентів у зоні «незначної» тривожності (досягнення 46-50% у 2026 році) є універсальним як для жіночої вибірки, так і для всіх міграційних груп (осілих, ВПО, біженців). Це підтверджує гіпотезу про формування загальноінтенсифікованого адаптаційного синдрому в популяції.
- 2. Парадокс осілого населення:** найбільш динамічні негативні зміни (зафіксовані статистично на рівні  $p < 0,05$ ) відбулися в групі осіб, які не змінювали місця проживання. Попри збереження звичного соціального мікросередовища, тривалий кумулятивний ефект перебування в зоні воєнних ризиків призвів до деструкції психологічної резистентності.
- 3. Ефект безпекового чинника зовнішньої міграції:** зовнішня міграція виступає потужним стабілізатором відносно важких клінічних форм тривожності (зниження значної та помірної тривожності). Проте соматизація та хронізація фонового стресу за кордоном залишаються високими (сумарно незначна + помірна тривожність охоплює 66,66% респондентів у 2026 р.), що корелює з аналогічними депресивними тенденціями з таблиці 6.

Отримані результати (див. табл. 7) емпірично доводять, що фактор міграційного статусу суттєво модулює прояви генералізованого тривожного розладу. Для внутрішнього континууму (осілі та ВПО) характерне закономірне погіршення стану за рахунок виснаження нормотимічного резерву, тоді як для зовнішніх мігрантів безпекове середовище забезпечує часткове зниження гостроти клінічної тривожності на тлі високого рівня хронічного фонового стресу.





У таблиці 8 систематизовано результати лонгітюдного компаративного аналізу (2025–2026 рр.) поширеності ознак розладів настрою (афективної патології) серед респондентів, диференційованих за соціально-демографічним чинником просторового переміщення (міграційного статусу).

**Таблиця 8 - Розподіл частот висновків про розлади настрою у респондентів за опитувальником розладів настрою (MDQ) залежно від зміни місця перебування в умовах воєнного стану**

| Наявність розладів настрою | Зміна місця перебування |       |         |         |                 |       |        |       |                 |       |        |       |
|----------------------------|-------------------------|-------|---------|---------|-----------------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|                            | Не було                 |       |         |         | В межах України |       |        |       | Виїзд за кордон |       |        |       |
|                            | 2025                    |       | 2026    |         | 2025            |       | 2026   |       | 2025            |       | 2026   |       |
|                            | (n=200)                 |       | (n=183) |         | (n=78)          |       | (n=86) |       | (n=38)          |       | (n=39) |       |
|                            | n                       | %     | n       | %       | n               | %     | n      | %     | n               | %     | n      | %     |
| Немає                      | 145                     | 72,50 | 156     | 85,25** | 62              | 79,49 | 76     | 88,37 | 29              | 76,32 | 30     | 76,92 |
| Є                          | 55                      | 27,50 | 27      | 14,75** | 16              | 20,51 | 10     | 11,63 | 9               | 23,68 | 9      | 23,08 |

*Авторська розробка*

Дослідження проводилося в специфічних екстремальних умовах пролонгованого воєнного стану за допомогою стандартизованого скринінгового інструментарію – опитувальника розладів настрою (MDQ). Загальний обсяг вибірки у 2025 р. становив n=316 осіб, у 2026 р. – n=308 осіб. Структура масиву розподілена за критерієм зміни місця перебування на три дослідницькі групи:

- 1. Осіле населення («Не було» переміщення):** n=200 (2025 р.), n=183 (2026 р.).
- 2. Внутрішньо переміщені особи («В межах України»):** n=78 (2025 р.), n=86 (2026 р.).
- 3. Зовнішні мігранти / біженці («Виїзд за кордон»):** n=38 (2025 р.), n=39 (2026 р.).

Матриця таблиці є бінарною та відображає абсолютні частоти (n) і відсоткові частки (%) за двома альтернативними висновками: відсутність симптомів розладу («Немає») та їх наявність («Є»). Математико-статистична значущість динамічних коливань маркована символом астерікса (\*).

Аналіз даних групи респондентів («Не було зміни місця перебування»), які не змінювали постійного географічного простору, виявляє найбільш виражену та



статистично підтверджену позитивну динаміку редукції афективних проявів:

1. **Нормотимічний сектор («Немає»):** частка осіб без ознак розладів настрою суттєво і високозначуще зросла – з 72,50% у 2025 р. до 85,25% у 2026 р. Даний приріст марковано як високозначущий на рівні ймовірності помилки  $p < 0,01$  (\*\*).
2. **Сектор афективного ризику («Є»):** відповідно, кількість верифікованих позитивних скринінгів на розлади настрою зменшилася майже вдвічі – з 27,50% ( $n=55$ ) до 14,75% ( $n=27$ ) ( $p < 0,01$  \*\*). Це вказує на закономірну стабілізацію емоційної сфери та згасання первинних гострих афективних флуктуацій у стабільному мікросоціальному середовищі.

У когорті внутрішньо переміщених осіб (показники у групі «В межах України» (ВПО)) також фіксується виражений позитивний тренд, що свідчить про поступове проходження етапу гострої дезадаптації:

1. **Нормотимічний сектор («Немає»):** кількість респондентів у межах норми зросла на 8,88% – з 79,49% у 2025 р. до 88,37% у 2026 р.
2. **Сектор афективного ризику («Є»):** частка осіб із виявленими ознаками розладів настрою знизилася з 20,51% ( $n=16$ ) до 11,63% ( $n=10$ ). Попри додаткові стресогенні чинники, пов'язані з переміщенням та облаштуванням на новому місці, ця група продемонструвала найнижчий підсумковий рівень розладів настрою у 2026 році серед усіх досліджуваних груп.

Група респондентів («Виїзд за кордон»), які виїхали за межі країни, демонструє специфічну статичність психопатологічного профілю, що кардинально відрізняє її від внутрішньоукраїнських вибірок:

**Константність показників:** на відміну від перших двох груп, динаміка в секторі зовнішньої міграції практично відсутня. Показник «Немає» змінився номінально з 76,32% до 76,92%, а рівень виявлених розладів настрою зафіксувався на рівні 23,68% у 2025 р. та 23,08% у 2026 р.

Відсутність статистично значущих зсувів свідчить про консервацію афективної симптоматології, зумовлену пролонгованим перебуванням в ізольованому соціокультурному просторі.



Системний крос-аналіз та закономірності щодо емпіричних даних, поданих у таблиці 8 у зіставленні з попередніми результатами (зокрема, гендерним розподілом за MDQ у таблиці 3 та тривожністю за GAD-7 у таблиці 7) дозволяє сформулювати такі наукові висновки:

- 1. Загальнопопуляційний ефект вирівнювання афективного фону:** результати 2026 року фіксують чітку конвергенцію підсумкових показників афективного здоров'я для внутрішньоукраїнських груп (осілі – 85,25% норми, ВПО – 88,37% норми). Це бездоганно корелює з гендерними даними Таблиці 3, де рівень норми у чоловіків та жінок також вирівнявся на позначці  $\approx 85\%$ . Отже, внутрішній континуум популяції демонструє єдиний паттерн стабілізації настрою.
- 2. Міграційний парадокс зовнішньої адаптації:** зовнішні мігранти («Виїзд за кордон») у 2026 році виявилися найбільш вразливою категорією відносно розладів настрою (23,08% хворих проти 14,75% у осілих та 11,63% у ВПО). Поки внутрішньоукраїнські респонденти адаптуються до умов війни за рахунок мобілізації психічних ресурсів та соціальної консолідації, особи за кордоном переживають хронічний афективний стрес (екзистенційну кризу, депресивне та тривожне тло, зафіксоване у Таблицях 6 і 7), який блокує редукцію симптомів розладів настрою.
- 3. Статистична валідність внутрішньої адаптації:** наявність високої статистичної значущості ( $p < 0,01$ ) у групі осілого населення доводить, що зниження коливань настрою та нормалізація афективної сфери є закономірним наслідком довготривалої адаптації психіки до перманентних умов воєнного стану («звикання до небезпеки»).

Отримані результати табл. 8 емпірично підтверджують статистично значущу тенденцію до редукції розладів настрою серед внутрішнього населення (осілого та ВПО) у 2026 році порівняно з 2025 роком. Водночас фактор зовнішньої міграції виступає тригерним чинником для хронізації та ригідності афективної симптоматології, утримуючи чверть закордонної вибірки у стані позитивного психопатологічного скринінгу.



У таблиці 9 систематизовано результати дворічного порівняльного дослідження (2025–2026 рр.) поширеності симптомів післятравматичного стресового розладу (ПТСР) серед респондентів, диференційованих за соціально-демографічним чинником міграційного статусу.

**Таблиця 9 - Розподіл частот висновків про наявність стресу у респондентів за шкалою післятравматичного стресового розладу (PCL-5) залежно від зміни місця перебування в умовах воєнного стану**

| Наявність ПТСР | Зміна місця перебування |       |         |       |                 |       |        |       |                 |       |        |       |
|----------------|-------------------------|-------|---------|-------|-----------------|-------|--------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|                | Не було                 |       |         |       | В межах України |       |        |       | Виїзд за кордон |       |        |       |
|                | 2025                    |       | 2026    |       | 2025            |       | 2026   |       | 2025            |       | 2026   |       |
|                | (n=200)                 |       | (n=183) |       | (n=78)          |       | (n=86) |       | (n=38)          |       | (n=39) |       |
|                | n                       | %     | n       | %     | n               | %     | n      | %     | n               | %     | n      | %     |
| Немає          | 158                     | 79,00 | 154     | 84,15 | 52              | 66,67 | 67     | 77,91 | 24              | 63,16 | 30     | 76,92 |
| Є              | 42                      | 21,00 | 29      | 15,85 | 26              | 33,33 | 19     | 22,09 | 14              | 36,84 | 9      | 23,08 |

*Авторська розробка*

Скринінг здійснювався за допомогою стандартизованої методики PCL–5 в умовах тривалого психотравмуючого впливу воєнного стану. Загальний масив даних охоплює три категорії респондентів:

1. *Осіле населення («Не було» зміни місця):* n=200 (2025 р.), n=183 (2026 р.).
2. *Внутрішньо переміщені особи («В межах України»):* n=78 (2025 р.), n=86 (2026 р.).
3. *Зовнішні мігранти / біженці («Виїзд за кордон»):* n=38 (2025 р.), n=39 (2026 р.).

Матриця результатів базується на бінарному розподілі частот: «Немає» (відсутність клінічно значущих ознак ПТСР) та «Є» (наочна маніфестація симптомів розладу) в абсолютних (n) та відсоткових (%) величинах.

Для представників осілого населення (у групі «Не було зміни місця перебування») характерна помірна позитивна динаміка, що вказує на поступове затишення гострих стресових реакцій у звичному соціально-побутовому середовищі (див. табл. 9):

1. *Група норми («Немає ПТСР»):* Частка респондентів без ознак розладу зросла з 79,00% у 2025 р. до 84,15% у 2026 р. (+5,15%).



**2. Група ризику («Є ПТСР»):** Відповідно, рівень виявлених симптомів ПТСР знизився з 21,00% (n=42) до 15,85% (n=29).

Виявлена тенденція відображає процес психологічного звикання та формування специфічних механізмів адаптації до перманентних загроз воєнного стану без зміни локації.

Серед внутрішньо переміщених осіб (у групі «В межах України» (ВПО)) зафіксовано найбільш інтенсивний темп редукції посттравматичної симптоматики, що свідчить про подолання кризи первинної дезадаптації (див. табл. 9):

- 1. Група норми («Немає ПТСР»):** показник відсутності розладу продемонстрував суттєве зростання на 11,24% – з 66,67% у 2025 р. до 77,91% у 2026 р.
- 2. Група ризику («Є ПТСР»):** рівень маніфестації ознак ПТСР помітно скоротився – з 33,33% (n=26) до 22,09% (n=19). Попри комплексне стресове навантаження (інтеграція в нові громади, побутові труднощі), ВПО адаптуються у часі, демонструючи позитивний вектор психоемоційного відновлення.

Аналіз даних респондентів (у групі «Виїзд за кордон»), які перебувають за кордоном, виявляє аналогічний за спрямуванням, але дещо менший за амплітудою тренд до зниження посттравматичної напруги (див. табл. 9):

- 1. Група норми («Немає ПТСР»):** частка осіб без ознак розладу збільшилася з 63,16% у 2025 р. до 76,92% у 2026 р.
- 2. Група ризику («Є ПТСР»):** рівень верифікації ПТСР знизився з 36,84% (n=14) до 23,08% (n=9). Перебування в безпекових умовах іноземних країн виступає потужним протективним фактором, який дозволяє стабілізувати нервову систему та знизити гостроту пережитого травматичного досвіду.

Синтез емпіричного матеріалу таблиці 9 у поєднанні з раніше отриманими результатами дозволяє сформулювати такі наукові висновки:

- 1. Універсальність тренду редукції ПТСР:** на відміну від шкал тривожності (GAD-7) та депресії (Бек), де в деяких міграційних групах фіксувалося



погіршення стану, за шкалою PCL-5 спостерігається одночасне зниження симптомів посттравматичного стресу в усіх групах без винятку. Це свідчить про загальнопопуляційний перехід психіки від стадії гострого шоку (характерного для 2025 р.) до стадії хронічної адаптації та резистентності (у 2026 р.).

2. **Інтеграція міграційних та гендерних чинників:** зниження рівня ПТСР у групах ВПО (з 33,33% до 22,09%) та закордонних мігрантів (з 36,84% до 23,08%) бездоганно синхронізується з динамікою жіночої вибірки з Таблиці 4 (де рівень ПТСР знизився з 29,82% до 20,83%). Це ще раз емпірично підтверджує, що жінки складають демографічне ядро міграційних потоків, і саме їхня психологічна адаптація формує тренди цих груп.
3. **Територіальний парадокс стійкості:** осіле населення у 2026 році демонструє найнижчий рівень поширеності ПТСР (15,85%) порівняно з групами переміщених осіб (22,09% та 23,08%). Це дозволяє припустити, що сам факт вимушеного переміщення (як внутрішнього, так і зовнішнього) є потужним самостійним психотравмувальним чинником, який уповільнює редукцію симптомів ПТСР, навіть якщо переміщення відбувається в абсолютно безпечні умови за кордон.

Отримані результати констатують стійку та позитивну загальнопопуляційну тенденцію до зниження частоти симптомів ПТСР у 2026 році порівняно з 2025 роком в усіх міграційних категоріях. Психіка респондентів демонструє високі адаптивні можливості, проте особи, які зазнали територіального переміщення (ВПО та біженці), зберігають вищий рівень посттравматизації порівняно з осілим населенням.

У таблиці 10 систематизовано результати дворічного клініко-психологічного моніторингу (2025–2026 рр.) динаміки загальної вираженості психопатологічної симптоматології (як позитивного, так і негативного спектрів) за шкалою PANSS. Диференціюючим фактором у цьому зрізі виступає соціально-демографічний маркер просторового переміщення респондентів під час воєнного стану.





**Таблиця 10 - Розподіл частот висновків про вираженість психопатологічних синдромів у респондентів за шкалою оцінки позитивних та негативних синдромів (PANSS) залежно від зміни місця перебування в умовах воєнного стану**

| Загальна оцінка психопатологічних синдромів | Зміна місця перебування |       |         |          |                 |       |        |        |                 |       |        |        |
|---------------------------------------------|-------------------------|-------|---------|----------|-----------------|-------|--------|--------|-----------------|-------|--------|--------|
|                                             | Не було                 |       |         |          | В межах України |       |        |        | Виїзд за кордон |       |        |        |
|                                             | 2025                    |       | 2026    |          | 2025            |       | 2026   |        | 2025            |       | 2026   |        |
|                                             | (n=200)                 |       | (n=183) |          | (n=78)          |       | (n=86) |        | (n=38)          |       | (n=39) |        |
|                                             | n                       | %     | n       | %        | n               | %     | n      | %      | n               | %     | n      | %      |
| Відсутні                                    | 123                     | 61,50 | 147     | 80,33*** | 45              | 57,69 | 66     | 76,74* | 16              | 42,11 | 27     | 69,23* |
| Незначно виражені                           | 38                      | 19,00 | 17      | 9,29**   | 23              | 29,49 | 8      | 9,30** | 18              | 47,37 | 10     | 25,64  |
| Помірно виражені                            | 23                      | 11,50 | 15      | 8,20     | 7               | 8,97  | 10     | 11,63  | 4               | 10,53 | 2      | 5,13   |
| Значно виражені                             | 16                      | 8,00  | 4       | 2,19*    | 3               | 3,85  | 2      | 2,33   | 0               | 0     | 0      | 0      |

*Авторська розробка*

Структура дослідницького масиву включає три міграційні категорії (див. табл. 10):

1. *Осіле населення («Не було» зміни місця):* n=200 (2025 р.), n=183 (2026 р.).
2. *Внутрішньо переміщені особи («В межах України»):* n=78 (2025 р.), n=86 (2026 р.).
3. *Зовнішні мігранти / біженці («Виїзд за кордон»):* n=38 (2025 р.), n=39 (2026 р.).

Діагностична матриця розподілена за чотирма дискретними рівнями: «відсутні», «незначно виражені», «помірно виражені» та «значно виражені» із зазначенням абсолютних частот (n), відсоткових часток (%) та розрахованих рівнів статистичної значущості розбіжностей (\*, \*\*, \*\*\*) (див. табл. 10).

Представники осілого населення («Не було зміни місця перебування») демонструють найбільш виражену та статистично підтверджену динаміку редукції клінічних синдромів, що вказує на високий потенціал адаптації у звичному соціокультурному та побутовому просторі (див. табл. 10):

1. **Масштабне розширення норми:** частка осіб із повною відсутністю психопатологічних ознак за шкалою PANSS зросла з 61,50% до 80,33%. Цей приріст має найвищий рівень статистичної достовірності в усьому дослідженні ( $p < 0,001$ \*\*\*).



**2. Редукція субклінічних станів:** кількість «незначно виражених» синдромів зменшилася вдвічі – з 19,00% до 9,29% ( $p < 0,01$ ).

**3. Редукція клінічних проявів:** рівень «помірно виражених» проявів плавно знизився з 11,50% до 8,20%, а категорія «значно виражених» розладів зазнала значущого скорочення майже в 4 рази – з 8,00% ( $n=16$ ) до 2,19% ( $n=4$ ) за критерієм  $p < 0,05^*$ .

Серед респондентів внутрішньо переміщених осіб («В межах України» (ВПО)) також зафіксовано закономірне поліпшення загальноклінічного фону, що маркує успішне подолання первинного адаптаційного шоку (див. табл. 10):

**1. Зростання нормотимічного сектору:** показник «Відсутні» значно зріс – з 57,69% у 2025 р. до 76,74% у 2026 р., що підтверджується математичною валідністю на рівні  $p < 0,05^*$ .

**2. Скорочення легких порушень:** Група респондентів із «незначно вираженою» симптоматикою стрімко скоротилася втричі – з 29,49% до 9,30% ( $p < 0,01$ ).

**3. Особливості клінічного спектра:** показники помірної симптоматології виявили легку тенденцію до фіксації (11,63% проти 8,97%), тоді як значно виражені стани зменшилися з 3,85% ( $n=3$ ) до 2,33% ( $n=2$ ).

Група респондентів, які перебувають за кордоном, продемонструвала унікальний паттерн динаміки. Тут відбулося виражене вирівнювання за рахунок переходу осіб із зони легких порушень безпосередньо в зону повної клінічної норми (див. табл. 10):

**1. Потужний зсув у бік норми:** рівень повної відсутності психопатологічних ознак за рік зріс на 27,12% – з мінімальних 42,11% у 2025 р. до переконливих 69,23% у 2026 р. ( $p < 0,05^*$ ).

**2. Масове скорочення легкого спектра:** частка «незначно виражених» симптомів упала майже вдвічі – з 47,37% до 25,64%.

**3. Утримання та редукція важких форм:** рівень помірних синдромів знизився з 10,53% до 5,13%, а «значно виражені» форми психопатології в цій групі повністю відсутні (0% в обидва роки зрізу), що підтверджує надійний захисний ефект перебування у зоні абсолютної фізичної безпеки.



Дані таблиці 10 емпірично констатують статистично значуще та системне зниження вираженості загальної психопатологічної симптоматики в усіх досліджуваних групах міграційного статусу у 2026 році порівняно з 2025 роком. Спостерігається виражений ефект довгострокової адаптації та стабілізації психіки респондентів в умовах тривалого воєнного стану.

## Висновки

Аналіз результатів у контексті всього дослідження дозволяє зробити фінальні теоретичні узагальнення:

- 1. Синхронність із гендерними трендами:** масова редукція психопатологічних синдромів за шкалою PANSS у 2026 році (досягнення норми на рівні  $\approx 70\text{--}80\%$ ) повністю дублює аналогічний тренд таблиці 5, де норма у чоловіків та жінок досягла 85% та 75% відповідно. Це вказує на те, що покращення інтегральних показників ментального здоров'я на четвертому році війни є універсальним загальнопопуляційним процесом, незалежним від статі чи міграційного статусу.
- 2. Територіальний градієнт резистентності:** спостерігається чітка лінійна залежність рівня підсумкового ментального здоров'я від ступеня стабільності життєвого простору. У 2026 році найвищий рівень норми зафіксовано в осілого населення (80,33%), дещо нижчий – у ВПО (76,74%), і найнижчий – у зовнішніх мігрантів (69,23%). Вимушений територіальний розрив із домом залишається фактором тривалого психоемоційного навантаження.
- 3. Ефект «стабілізаційного плато»:** висока щільність статистичних маркерів значущості ( $p < 0,01$  та  $p < 0,001$ ) доводить, що виявлені процеси редукції гострих психопатологічних станів відображають фундаментальну перебудову психіки респондентів. Психічна діяльність людини адаптується до тривалої екстремальної реальності, переводячи первинні деструктивні реакції у русло стабільної, монотонної копінг-поведінки.



Defence of Ukraine of November 11, 2025 No. 768. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/768-2025-%D0%BF#Text> (accessed 29 May 2026).

#### Chapter 4.

1. Єременко Н.П., Ковальова Н.В., Ужвенко В.А. Психічне здоров'я студентської молоді України під час війни: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації»: зб. наук. пр. Переяслав, 2023. Вип. 92. С. 90-93.
2. Корженко В.О., Жук А. М., Асєєва Ю.О. Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. Ментальне здоров'я. № 2, 2024. С. 45-49. DOI <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-7>.
3. Неведомська Є.О. *Навчання студентів в умовах повномасштабної війни*. Moderní aspekty vědy: XXXIV. Díl mezinárodní kolektivní monografie. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., Česká republika. 2023. Str. 175-184. DOI 10.52958/34-2023.
4. Неведомська Є.О., Філоненко В.М. Оптимізація стану тривожності студентів в умовах повномасштабної війни. Psychology, medicine and biology: the development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph / Tashchuk V., Amelina T., Ivanchuk P., Al Salama M.V.O., Hinhuliak O. – etc. – International Science Group. – Boston : Primedia eLaunch, 2024. PP. 227-235. DOI – 10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.12.1.
5. Сновида Л. Т., Герман О. І. Психічне здоров'я в умовах війни: основні ментальні та психосоціальні виклики, принципи надання допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. 3(105). С. 66-70.
6. Тимчик О.В., Савченко В.М, Коваленко О., Стешенко А.О. Аналіз рівня психічного здоров'я української молоді віком 17–24 роки в умовах воєнного стану. *Україна. Здоров'я нації*, 2026. (1), 86–99. <https://doi.org/10.32782/2077->



6594/2026.1/10

7. Чабан О. С. Ментальне здоров'я в Україні під час війни та після: системний підхід до прогнозу непередбачуваних змін. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2024. 21(582). 33–35.
8. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun;4(6):561. DOI: 10.1001/arch psyc.1961.01710120031004.
9. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. J Traumatic Stress. 2015 Dec;28(6):489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
10. Demyttenaere K, Anthonis E, Acsai K, Correll CU. Depressive Symptoms and PANSS symptom dimensions in patients with predominant negative symptom schizophrenia: a network analysis. Front Psychiatry. 2022 May 25;13:795866. DOI: 10.3389/ fpsyt.2022.795866.
11. Hirschfeld RMA. The Mood Disorder Questionnaire. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4(1):9–11. DOI: 10.4088/pcc.v04n0104.
12. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
13. Martínez-Vázquez S, Martínez-Galiano JM, Peinado-Molina RA, Gutiérrez-Sánchez B, Hernández-Martínez A. Validation of General Anxiety Disorder (GAD-7) questionnaire in Spanish nursing students. PeerJ. 2022 Oct 24;10:e14296. DOI: 10.7717/ peerj.14296.
14. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

### ***Chapter 5.***

1. Arabidze GG, Mamedov MN, Polyakova OV, Akhundova KhR. Update of ESC/EAS 2025 recommendations on the management of patients with