

ЧОТИРИ РОКИ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ: ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ФАХІВЦІВ СФЕРИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Фролова Н. В.

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри педагогічної та вікової психології
Дніпровського національного університету імені О. Гончара
ORCID ID: 0000-0001-7466-9071

Емпіричне дослідження, результати якого представлено у статті, було проведено онлайн, в лютому-березні 2026 року, до четвертої річниці великої війни, за участю 320 українських психологів та психотерапевтів. Опитування мало на меті визначити особливості травматизації фахівців сфери психічного здоров'я на четвертому році повномасштабного вторгнення. Середні показники групи досліджуваних зафіксовано на слабкому (легкому) рівні тривожності (6,52), легкому рівні депресивних проявів (8,69) та рівні прояву посттравматичних стресових симптомів (26,67), який є помірним у цифровому показнику, проте у 32,19% респондентів він є вищим за поріг у 33 одиниці, що дає можливість зафіксувати наявність прояву симптомів ПТСР різного ступеня важкості майже в кожного третього учасника опитування. Для усіх трьох досліджуваних станів визначено як предиктори, так і особливості прояву. Зокрема, виявлено, що спільним предиктором, який впливає на виникнення станів тривожності, депресії та ПТСР, є «відсутність перспектив у майбутньому». Специфіка предикторів досліджуваних станів певним чином обумовлюється особистісним, індивідуальним та колективним досвідом травматизації та подіями в суспільстві. Зокрема, рівень тривожності підсилюється страхом за власне життя та примусовим обмеженням у споживанні таких ресурсів, як електрика, опалення та водопостачання. Депресивні прояви обумовлюються страхами окупації та втрати роботи на тлі спаду економічного росту суспільства. Аналізуючи предиктори виникнення ПТСР до уваги, крім ризику втрати власного життя та страху окупації, маємо взяти ризик примусової мобілізації та час споживання медіаконтенту. Актуалізовано питання щодо особливостей загального стану здоров'я респондентів та пошуку векторів його стабілізації шляхом індивідуальної терапевтичної підтримки та роботи у професійних спільнотах – як конструктивній формі опанування травматичного досвіду.

Ключові слова: травматичний досвід, фахівці сфери психічного здоров'я, тривожність, депресивні прояви, ПТСР, предиктори травматизації, психологічна допомога.

Frolova N. V. Four years of the full-scale war: the characteristics of mental health professionals' traumatization

The empirical study, the results of which are presented in this article, was conducted online in February-March 2026, ahead of the fourth anniversary of the Great War, with the participation of 320 Ukrainian psychologists and psychotherapists. The survey aimed to identify the specific patterns of trauma among mental health professionals in the fourth year of the full-scale invasion. The average scores for the study group were recorded at a low (mild) level of anxiety (6.52), a mild level of depressive symptoms (8.69), and a level of post-traumatic stress symptoms (26.67), which is moderate numerically; however, in 32.19% of respondents, it exceeds the threshold of 33 points, which allows for the identification of the presence of PTSD symptoms of varying severity in nearly one in three survey participants. For all three conditions studied, both predictors and specific manifestations were identified. In particular, it was found that a common predictor influencing the onset of anxiety, depression, and PTSD is "lack of prospects for the future". The specific nature of the predictors for the studied conditions is to some extent determined by personal, individual, and collective experiences of trauma and events in society. In particular, anxiety levels are exacerbated by fear for one's own life and forced restrictions on the use of resources such as electricity, heating, and water supply. Depressive symptoms are driven by fears of occupation and job loss against the backdrop of a decline in economic growth. When analyzing the predictors of PTSD, in addition to the risk of losing one's own life and the fear of occupation, the risk of forced mobilization and the amount of time spent consuming media content should be also taken into account. The study highlights issues regarding the general health status of respondents and the ways of stabilizing it through

individual therapeutic support and engagement in professional communities as a constructive way to process traumatic experiences.

Keywords: *traumatic experience, mental health professionals, anxiety, depressive symptoms, PTSD, predictors of traumatization, psychological assistance.*

Вступ. Психологи та психотерапевти, які працюють із травмованими клієнтами в умовах війни, належать до групи підвищеного ризику розвитку професійного виснаження, вторинної травматизації, тривожних і депресивних симптомів. На відміну від загальної популяції населення, ці фахівці одночасно переживають вплив спільної травматичної ситуації та професійне навантаження, пов'язане з постійним контактом з переживаннями клієнтів.

Ще до початку повномасштабної війни закордонні дослідники довели, що серед психотерапевтів і консультантів поширеними є симптоми вторинного травматичного стресу та емоційного виснаження. Зокрема, Newell і MacNeil [12] зазначали, що регулярна робота з травматичним досвідом клієнтів підвищує ризик професійного вигорання та психологічного дистресу. Водночас Craig і Sprang [10] виявили, що фахівці, які працюють із травмою, частіше демонструють ознаки вторинного травматичного стресу, хоча наявність професійної підготовки та супервізії знижує цей ризик.

У контексті воєнних конфліктів проблема розуміння особливостей прояву ментального стану фахівців психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Дослідження фахівців, які працювали з біженцями та постраждалими від збройних конфліктів у Європі та на Близькому Сході, свідчать про високий рівень емоційного перевантаження, втому співпереживання та труднощі розмежування професійної та особистої травми [15]. Європейські огляди, присвячені психологічним наслідкам війни в Україні, підкреслюють необхідність підтримки не лише населення, але й спеціалістів системи психічного здоров'я, які надають допомогу в умовах хронічної кризи [16].

Після початку повномасштабного вторгнення росії в Україну суттєво зросло навантаження на ментальне здоров'я спеціалістів. П'ятий рік поспіль фахівці не тільки працюють з клієнтами, які пережили втрати, пере-

міщення, окупацію чи бойові дії, але й самі залишаються в умовах тривалого стресу, повітряних тривог, невизначеності та особистих втрат. Вторгнення 2022 року також обумовило зріст потреб населення у психологічній допомозі. За даними національних та міжнародних досліджень, серед українців значно поширилися симптоми тривоги, депресії, посттравматичного стресу та дистресу, що закономірно спричинило підвищення навантаження на фахівців сфери психічного здоров'я [12; 17]. Професійні спільноти та програма ментального здоров'я «Ти як?» також повідомляють про зростання запиту на кризове консультування, психотерапевтичну підтримку та онлайн-допомогу в умовах воєнної нестабільності [4]. Ці ж дослідження свідчать про те, що тривала робота з воєнною травмою клієнтів супроводжується ризиком розвитку симптомів вторинного травматичного стресу, виснаження співпереживанням (compassion fatigue) та зниження психологічного благополуччя самих терапевтів. Водночас захисними чинниками виступають професійна спільнота, супервізія, підтримка колег, особистісна стійкість, фізична активність та відчуття сенсу професійної діяльності [3; 4].

Таким чином, наявні дослідження свідчать про те, що психологи та психотерапевти в умовах війни є вразливою професійною групою щодо розвитку тривоги, депресії, емоційного виснаження та вторинної травматизації. Водночас питання психологічного стану українських фахівців на четвертому році повномасштабної війни залишається недостатньо вивченим, що зумовлює актуальність дослідження.

Методи та методики дослідження. Дослідження, результати якого наводяться та аналізуються у статті, було проведено онлайн в лютому-березні 2026 року і мало на меті вивчити та дослідити особливості травматизації фахівців сфери психічного здоров'я на четвертому році повномасштабного вторгнення. Процедура проведення опи-

тування була цілком анонімною, оскільки розсилка лінку на проходження опитування відбувалась через третіх осіб, а саме кризову психологічну службу міста Дніпра та області (ГО КПД) та психологічний простір «ПРО-ЖИТИ» міста Дніпра, які виконували інформаційний супровід дослідження. Опитування проводилось на американській платформі Qualtrics, а статистична обробка результатів відбувалась за допомогою IBM SPSS Statistics (Version 30.0.0.0). Загалом у дослідженні взяли участь 375 психологів та психотерапевтів з різних регіонів країни, проте після першого етапу обробки результатів ми залишили в роботі 320 анкет, які було заповнено більш ніж на 65%.

Текст опитувальника складався з трьох блоків:

– загальна інформація (стать, вік, освіта, сімейний стан, місце проживання тощо);

– три методики скринінгу психічного стану: опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7, опитувальник з депресії PHQ-9 (Анкета здоров'я пацієнта) та опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5); всі методики було використано в українській адаптації [1; 2; 9]; надійність шкал була високою: для ПТСР $\alpha = 0.92$, депресії $\alpha = 0.86$, тривожності $\alpha = 0.90$, що свідчить про внутрішню узгодженість інструментів;

– питання додаткової інформації, які включали особливості індивідуального травматичного досвіду, час та канали споживання медіаресурсів, інформацію щодо досвіду перебування в окупації, залученості до волонтерської діяльності, ризиків та страхів життя, особливостей психоемоційного стану, ресурсів опанування стресових ситуацій.

Результати. Первинна обробка результатів базувалась на розумінні рівня прояву психічних розладів у досліджуваних. Розподіл показників за шкалами ПТСР, депресії та тривожності характеризувався помірною позитивною асиметрією (від 0,71 до 0,91), що свідчить про переважання низьких і середніх значень у вибірці. Показники ексцесу (від 0,05 до 0,40) вказують на близькість розподілів до нормального. Загалом отримані дані не демонструють суттєвих відхилень від нормальності.

Таблиця 1

Соціодемографічна характеристика вибірки досліджуваних

Характеристика	Кількість досліджуваних	Відсоток вибірки (%)
Стать		
Жіноча	303	94,7
Чоловіча	0	0
Інша	17	5,3
Вік		
21–30	65	20,3
31–60	242	75,6
61+	13	4,1
Сімейний стан		
Неодружений/неодружена	211	25,9
Одружений/одружена	450	55,2
Розлучений/розлучена	107	13,2
Вдівець/вдова	30	3,7
Інше	16	2,0
Наявність дітей		
Так	242	75,9
Ні	77	24,1
Освіта		
Психологічна	164	51,7
Психотерапевтична	8	2,5
Обидві освіти	86	26,9
Дві та більше освіт та науковий ступінь	19	5,9
Психологічна освіта та 2+ освіти з психотерапії	40	12,5
Регіон проживання в Україні		
Північ	24	7,5
Південь	25	7,8
Схід	75	23,4
Захід	64	20,0
Центр	130	40,6
Всього	320*	100

Примітка: * – кількість досліджуваних варіювалась від 317 до 320 через пропуски в заповненні опитувальника

Згідно з отриманими результатами, ми зафіксували слабкий (легкий) рівень тривожності (6,52), легкий рівень депресивних проявів (8,69) та рівень прояву посттравматичних стресових симптомів (26,67), який є помірним у цифровому показнику, проте в 103 респондентів (32,19%) він є вищим за поріг у 33 одиниці. Таки чином, можна стверджувати наявність прояву симптомів ПТСР різного ступеня важкості майже в кожного третього учасника опитування.

Найвищі показники скарг на емоційну виснаженість (66,9%), порушення сну або безсоння (47,2%) та пригніченість (45,3%) дають можливість пояснювати низькі показники тривожності та депресивних проявів у вибірки загалом. Саме емоційне виснаження та низький рівень відреагування свідчать про порушення меж «вікна толерантності», що дає можливість усвідомлювати та реагувати одночасно.

Регресивна модель визначення значущих предикторів станів тривожності, депресії

та ПТСР будувалась з урахуванням впливу таких компонентів: вік, наявність дітей, стаж роботи, досвід роботи з вразливими категоріями населення, індивідуальний досвід травмування, рівень енергозабезпечення протягом року, час споживання медіаконтенту, досвід проживання під бомбардуванням та власні страхи та ризики.

На етапі обробки отриманих даних було зафіксовано слабкий (легкий) рівень тривожності (6,52), легкий рівень депресивних проявів (8,69) та рівень прояву посттравматичних стресових симптомів (26,67), який є помірним у цифровому показнику. Аналізуючи відповіді фахівців за опитувальником PCL-5, бачимо, що майже кожний третій з респондентів (32,19%) має рівень, який є вищим за 33 бали, що є пороговим для фіксування наявності визначених симптомів ПТСР.

Водночас слабкість вираження рівнів тривоги та депресії може пояснюватись емоційною виснаженістю та пригніченістю, що іноді обумовлюються як специфікою роботи фахів-

Таблиця 2

Середні бали скринінгу психічного стану досліджуваних

Стан	Мінімальне значення	Максимальне значення	Середній показник	Стандартне відхилення
Тривожність	,00	21,00	6,52	4,71
Депресія	,00	27,00	8,69	5,29
ПТСР	,00	80,00	26,67	14,02

Примітка: $N = 320$; коли середня сума балів перевищує 33, можна говорити про прояви розладу, а якщо вона нижча, – про поняття ПТСР (наявність посттравматичних стресових симптомів) [13]

Таблиця 3

Скарги на психоемоційний стан протягом 2025 року

Скарги	Досліджувані, які висловлюють скаргу ($N = 320$), %
Порушення сну або безсоння	47,2
Панічні атаки	3,4
Тривожні напади	21,6
Апатія	33,8
Дратівливість та агресія до оточуючих	31,1
Пригніченість	45,3
Емоційна виснаженість	66,9
Досвід вживання алкоголю частіше або в більшій кількості, ніж до лютого 2022 року	6,9
Досвід вживання протитривожних препаратів або антидепресантів	21,6
Інше	3,4
Нічого із зазначеного вище	9,7

Таблиця 4

Предиктори прояву станів тривожності, депресії та ПТСР

Прояв стану	Предиктори	Стандартний коефіцієнт регресії β	t-критерій Стьюдента	P-значення
Тривожність	Відсутність перспектив у майбутньому	,310	5,808	<,001
	Ризик втрати власного життя	,202	3,778	<,001
	Рівень енергозабезпечення	,114	2,136	,033
Депресія	Відсутність перспектив у майбутньому	,318	5,828	<,001
	Страх окупації	,195	3,661	<,001
	Страх втрати роботи	,136	2,332	,020
ПТСР	Відсутність перспектив у майбутньому	,327	6,290	<,001
	Ризик втрати власного життя	,144	2,727	,007
	Страх окупації	,151	2,872	,004
	Ризик примусової мобілізації	,148	2,855	,005
	Час споживання медіаконтенту	,139	2,724	,007

ців, так і загальним рівнем травматизації респондентів впродовж війни. Фактично йдеться про відсутність сил реагувати відповідно до викликів або акумуляцію цих сил в якесь інше русло.

Серед предикторів, що обумовлюють стани тривоги, депресії та ПТСР, перш за все слід відзначити «відсутність перспектив у майбутньому» як найвпливовіший в усіх трьох станах. При цьому саме відсутність перспектив сприймається українцями у опитуваннях 2024–2026 років як відчуття невизначеності щодо майбутнього, труднощів довгострокового планування, очікування затяжної війни та економічної нестабільності [8]. Ризик втрати власного життя та виживання в скрутних умовах взимку (з браком енергопостачання та опалення) також вплинули на стан тривожності, адже 46,7% респондентів зафіксували вимкнення електрики на регулярній основі та бомбардування міста проживання час від часу (46,3%) й постійно (42,6%). Зазначений стан економічної нестабільності та затяжної війни обумовлює актуальність таких предикторів депресивного стану фахівців, як страх окупації та страх втрати роботи, адже платоспроможність клієнтів, що звертаються по психологічну допомогу, формується на тлі стагнації економічного розвитку держави в умовах війни. Окремо слід відзначити предиктори, що викликають ПТСР на четвертому році війни. До відсутності перспектив, яка є фоною і формується не перший рік [5; 6], страху оку-

пації та хронічного ризику для власного життя додаються страхи щодо примусової мобілізації (рідних та близьких) та обсяг споживання медіаконтенту. Останній, як можна припустити, має накопичувальний характер протягом чотирьох років повномасштабного вторгнення, адже станом на зараз 36,1% фахівців дозують та споживають контент менше години на добу, а 37,9% обмежують цей час періодом від 1 до 3 годин. Проте вплив змісту медіаконтенту перших років війни не можна ігнорувати, адже саме ця складова частина є впливовою як в індивідуальному, так і в колективному травматичному досвіді [7; 14].

Обмеження проведення дослідження. Слід визнати наявність низки обмежень. Зокрема, це була вибірка, яка не мала репрезентативного характеру. До того ж більшість учасників вибірки становили жінки, тож треба визнати, що результати могли б бути іншими, якби в дослідженні взяли участь фахівці-чоловіки. Висновки стосуються виключно жінок. Крім того, деякі контекстуальні змінні оцінювалися за допомогою однопунктних, дихотомічних шкал, які раніше не були валідованими та були включеними з дослідницькою метою, а відсутність базових даних до війни частково обмежує нашу здатність чітко розрізняти наявні раніше психотравматизацію та зміни, пов'язані з війною. Водночас у контексті проведення аналізу до уваги береться стан хронічного та політравматичного стресу протягом 4 років великої війни.

Висновки. Травматичний досвід фахівців сфери психічного здоров'я можна характеризувати як хронічний, що наявний протягом 4 років повномасштабної війни, політравматичний, який функціонує на індивідуальному та колективному рівнях, та професійний – в контексті взаємодії в системі «травмований фахівець – травмований клієнт». Ця комплексна система травматизації обумовлює специфіку ментального здоров'я фахівців, яка пояснюється низкою предикторів, до складу яких належать складові частини як індивідуального досвіду травматизації, так і колективного. Незважаючи на низькі показники загальної тривожності фахівців та рівня їх депресивних проявів, майже половина респондентів фіксує

в себе розлади сну, пригніченість та емоційну виснаженість, що актуалізує питання емоційного відновлення, оновлення системи ресурсів та контролю відреагування професійного досвіду шляхом відвідування супервізійних та інтервізійних груп, а також особистісної терапії.

Перспективи подальшого дослідження полягають у розробленні пропозицій щодо оновлення та вдосконалення системи професійної психологічної допомоги фахівцям сфери ментального здоров'я, які працюють в умовах хронічного стресу.

Використання штучного інтелекту. Під час підготовки статті інструменти штучного інтелекту не використовувалися.

Список використаних джерел

1. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2024. № 11. С. 77–103. DOI: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>.
2. Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9): український переклад УКІПТ. Pfizer Inc., 2012. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ОПИТУВАЛЬНИК-ДЕПРЕСІЇ-phq-9.pdf> (дата звернення: 20.07.2026).
3. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»: про програму. 2023. URL: <https://howareu.com/pro-prohamu> (дата звернення: 20.07.2026).
4. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. Продукти, створені у межах «Ти як?». 2024. URL: <https://howareu.com/produkty> (дата звернення: 20.07.2026).
5. Фролова Н. Психологічні особливості прояву страхів українців на третьому році повномасштабного вторгнення в країну. Журнал соціальної та практичної психології. 2025. № 5. С. 73–77. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-2025-5-10>.
6. Фролова Н. Психологічні особливості травматичного досвіду цивільного населення України внаслідок повномасштабного вторгнення. Вчені записки ТНУ імені В. Вернадського. Серія: Психологія. 2025. Т. 36 (75). № 3. С. 43–48. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.3/07>.
7. Фролова Н., Скавронська О. Психологічні особливості зв'язку ментального здоров'я українців та специфіки споживання медіаконтенту. Ментальне здоров'я. 2025. № 2. С. 101–105. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.16>.
8. Що очікують українці від 2026 року? Опитування Rating Group у рамках міжнародного дослідження “End of Year” від Gallup International. Вип. 1. Rating Group. 31.12.2025. URL: <https://www.ratinggroup.ua/news/eoy-2025-expectations> (дата звернення: 20.07.2026).
9. Bezsheiko V. Adaptation of the Clinician-Administered PTSD Scale and PTSD Checklist for Ukrainian population. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2016. Vol. 1, no. 1. Article e010108. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> (accessed: 20.07.2026).
10. Craig C.D., Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*. 2010. Vol. 23, no. 3. P. 319–339. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>.
11. Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M., Bondjers K., Fox R., Karatzias T., Martsenkovska I., Martsenkovsky I., Pfeiffer E., Sachser C., Vallières F., Hyland P. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67, no. 1. Article e27. P. 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>.
12. Newell J.M., MacNeil G.A. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*. 2010. Vol. 6, no. 2. P. 57–68. DOI: <https://doi.org/10.70256/607490pbruec>.
13. Silver R.C., Holman E.A., Garfin D.R. Coping with cascading collective traumas in the United States. *Nature Human Behaviour*. 2021. Vol. 5, no. 1. P. 4–6. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00981-x>.

14. Sparks S.W. Posttraumatic stress syndrome: What is it? *Journal of Trauma Nursing*. 2018. Vol. 25, no. 1. P. 60–65. DOI: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000343>.
15. Tosone C., Nuttman-Shwartz O., Stephens T. Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*. 2012. Vol. 40, no. 2. P. 231–239. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0395-0>.
16. Vintilă M., Kalaitzaki A., Turliuc M. N., Goian C., Tudorel O. I. Editorial: The war in Ukraine: impact on mental health on a global level. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Article 1226184. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226184>.
17. World Health Organization. Strengthening national capacity for mental health and psychosocial support during the war: WHO support to Ukraine in 2022. 2023. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-mhpss-support-to-ukraine_feb_2023.pdf (accessed: 20.07.2026).

References

1. Aleksina, N., Herasymenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Ukrainska adaptatsiia shkaly dlia otsinky heneralizovanoho tryvozhnogo rozladu GAD-7: dosvid diahnozyky v umovakh voiennoho stanu [Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): diagnostic experience in the state of martial law]. *Insait: psykholohichni vymiry suspilstva – Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 11, 77–103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5> [in Ukrainian].
2. Bezsheiko, V. (2016). Adaptation of the Clinician-Administered PTSD Scale and PTSD Checklist for Ukrainian population. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1 (1), e010108. Retrieved July 20, 2026, from <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8> [in English].
3. Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818> [in English].
4. Frolova, N. (2025a). Psykholohichni osoblyvosti proiavu strakhiv ukrainsiv na tretomu rotsi povnomasshtabnoho vtorhnennia v krainu [Psychological features of Ukrainians' fears during the third year of the full-scale invasion of the country]. *Zhurnal sotsialnoi ta praktychnoi psykholohii – Journal of Social and Practical Psychology*, 5, 73–77. <https://doi.org/10.32782/psy-2025-5-10> [in Ukrainian].
5. Frolova, N. (2025b). Psykholohichni osoblyvosti travmatychnoho dosvidu tsyvilnoho naselennia Ukrainy vnaslidok povnomasshtabnoho vtorhnennia [Psychological characteristics of the Ukrainian civilian population's traumatic experience as the result of a full-scale invasion]. *Vcheni zapysky TNU imeni V. Vernadskoho. Seriya: Psykholohiia – Scientific Notes of V. I. Vernadsky Taurida National University. Series: Psychology*, 36 (75), 3, 43–48. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.3/07> [in Ukrainian].
6. Frolova, N., & Skavronska, O. (2025). Psykholohichni osoblyvosti zviazku mentalnoho zdorovia ukrainsiv ta spetsyfiky spozhyvannia media-kontentu [Psychological features of the Ukrainians' mental health and media content consumption]. *Mentalne zdorovia – Mental Health*, 2, 101–105. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.16> [in Ukrainian].
7. Koordynatsiinyi tsentr z psykhichnoho zdorovia Kabinetu Ministriv Ukrainy. (2023). Vseukrainska prohrama mentalnoho zdorovia “Ty yak?”: pro prohramu [National mental health program “How are you?”: About the program]. Retrieved July 20, 2026, from <https://howareu.com/pro-prohramu> [in Ukrainian].
8. Koordynatsiinyi tsentr z psykhichnoho zdorovia Kabinetu Ministriv Ukrainy. (2024). Produkty, stvoreni u mezhakh “Ty yak?” [Products created within the “How are you?” program]. Retrieved July 20, 2026, from <https://howareu.com/produkty> [in Ukrainian].
9. Martsenkovskyi, D., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Bondjers, K., Fox, R., Karatzias, T., Martsenkovska, I., Martsenkovsky, I., Pfeiffer, E., Sachser, C., Vallières, F., & Hyland, P. (2024). Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*, 67 (1), e27, 1–8. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12> [in English].
10. Newell, J.M., & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, 6 (2), 57–68. <https://doi.org/10.70256/607490pbruec> [in English].
11. Pfizer Inc. (2012). Anketa zdorovia patsiienta (PHQ-9): Ukrainskyi pereklad UIKPT [Patient Health Questionnaire (PHQ-9): Ukrainian translation by UICBT]. Retrieved July 20, 2026, from <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ОПИТУВАЛЬНИК-ДЕПРЕСІЇ-phq-9.pdf> [in Ukrainian].
12. Rating Group. (2025, December 31). Shcho ochikuiut ukrainsi vid 2026 roku? Opytuvannia Rating Group u ramkakh mizhnarodnoho doslidzhennia “End of Year” vid Gallup International. Vypusk 1 [What do Ukrainians expect from 2026? Rating Group survey within the Gallup International “End of Year” international study. Issue 1]. Retrieved July 20, 2026, from <https://www.ratinggroup.ua/news/eoy-2025-expectations> [in Ukrainian].

13. Silver, R.C., Holman, E.A., & Garfin, D.R. (2021). Coping with cascading collective traumas in the United States. *Nature Human Behavior*, 5 (1), 4–6. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00981-x> [in English].
14. Sparks, S.W. (2018). Posttraumatic stress syndrome: What is it? *Journal of Trauma Nursing*, 25 (1), 60–65. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000343> [in English].
15. Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O., & Stephens, T. (2012). Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*, 40 (2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0395-0> [in English].
16. Vintilă, M., Kalaitzaki, A., Turliuc, M. N., Goian, C., & Tudorel, O.I. (2023). Editorial: The war in Ukraine: impact on mental health on a global level. *Frontiers in Psychology*, 14, 1226184. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226184> [in English].
17. World Health Organization. (2023). *Strengthening national capacity for mental health and psychosocial support during the war: WHO support to Ukraine in 2022*. Retrieved July 20, 2026, from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-mhpss-support-to-ukraine_feb_2023.pdf [in English].

Дата першого надходження статті до видання: 28.07.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 18.08.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 14.10.2026