ISSN 2079-0325
DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325

Український вісник психоневрології

Ukraïns'kij vìsnik psihonevrologìï

• Том 34, випуск 2 (127), 2026
• Volume 34, issue 2 (127), 2026
DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V34-is2-2026

Український вісник психоневрології

Ukraïns'kij vìsnik psihonevrologìï

Засновник: ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ ІМЕНІ П. В. ВОЛОШИНА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Співзасновник: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
Founder: STATE INSTITUTION "P. V. VOLOSHYN INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY"
Co-founder: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу
The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України категорії Б, в яких публікуються результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора наук та доктора філософії за галуззю медичні науки (наказ МОН України від 11.06.2026 р. № 928).
Кластер наукового фахового видання та галузі знань: Біологія, біотехнології, медицина та реабілітація. Спеціальність: І2 Медицина

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine category B, in which the results of dissertations for the degrees of doctor of sciences and doctor of philosophy in the field of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 11 June 2026, No. 928).
Cluster of scientific professional publication and field of knowledge: Biology, biotechnology, medicine and rehabilitation. Specialty: I2 Medicine

Головний редактор
МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) — ***заступник головного редактора***
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Маркова Маріанна (Харків, Україна)
Мішиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Міщенко Владислав (Харків, Україна)
Міщенко Тамара (Харків, Україна)
Овчаренко Микола (Рівне, Україна)
Огоренко Вікторія (Дніпро, Україна)
Паєнок Анжеліка (Львів, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Ройніч Кузман Мартіна (Загреб, Хорватія)
Танцура Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) — ***відповідальний секретар***
Чконія Ека (Тбілісі, Грузія)
Шестопалова Людмила (Харків, Україна)
Шкробот Світлана (Тернопіль, Україна)

Chief Editor
MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:
Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) — ***deputy chief editor***
Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)
Markova Marianna (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rivne, Ukraine)
Ogorenko Viktoriia (Dnipro, Ukraine)
Paienok Anzhelika (Lviv, Ukraine)
Pashkovskyy Valeriy (Chernivtsi, Ukraine)
Rojnic Kuzman Martina (Zagreb, Croatia)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) — ***executive secretary***
Chkonia Eka (Tbilisi, Georgia)
Shestopalova Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Shkrobot Svitlana (Ternopil, Ukraine)

Журнал представлений у міжнародних базах даних: **Google Scholar, WorldCat, Crossref**

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as: **Google Scholar, WorldCat, Crossref**

Том 34, випуск 2 (127)
Харків, 2026



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:
вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:
46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068, SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Цей випуск рекомендовано до друку вченою радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України» (протокол № 6 від 16.06.2026 р.)

This issue approved for publication by the Academic Council of SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 6 dated 16 June, 2026)

УДК: 616.89-008.48-07:355.01:364.46 DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V34-is2-2026-10

К. О. Цебрюк, О. В. Самойлова

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВОЛОНТЕРІВ — МЕШКАНЦІВ ПРИФРОНТОВОГО МІСТА В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ВОЄННОГО СТРЕСУ

K. Tsebriuk, O. Samoilova

CLINICAL PHENOMENOLOGY OF STRESS-ASSOCIATED DISORDERS IN VOLUNTEERS RESIDING IN A FRONT-LINE CITY UNDER CONDITIONS OF PROLONGED WARTIME STRESS

Ключові слова: *волонтери, прифронтове місто, клінічна феноменологія, ПТСР, розлади адаптації, тривожно-депресивний розлад, травматична експозиція, вторинна травматизація, резилієнтність*

У процесі роботи з метою вивчення клінічної феноменології стрес-асоційованих розладів у волонтерів — мешканців прифронтового міста залежно від рівня травматичної експозиції в умовах тривалого воєнного стресу проведено комплексне обстеження 161 волонтера з верифікованими стрес-асоційованими розладами. I група — високий рівень травматичної експозиції (*n* = 84), II група — середній рівень (*n* = 50), III група — низький рівень травматичної експозиції (*n* = 27).

Виявлено, що клінічна структура стрес-асоційованих розладів відрізняється нозологічним поліморфізмом з закономірною залежністю від рівня травматичної експозиції: у волонтерів I групи переважав ПТСР (48,8 %) з максимальною сенсорною насиченістю інтрузивної симптоматики; у II групі домінував тривожно-депресивний розлад (42,0 %) на тлі вторинної травматизації та «втоми від співчуття»; у III групі — розлади адаптації (55,6 %) з переважанням астенічного синдрому та дифузної екзистенційної тривоги. В усіх групах ідентифіковано специфічні воєнно-контекстуальні феномени: «синдром очікування сирени», дрон-індукований стресовий синдром та синдром повітряної тривоги, а також виснаження резилієнтності та суттєве зниження якості життя.

Keywords: *volunteers, front-line city, clinical phenomenology, PTSD, adjustment disorders, mixed anxiety-depressive disorder, traumatic exposure, secondary traumatization, resilience*

A comprehensive examination of 161 volunteers with verified stress-associated disorders was conducted to study the clinical phenomenology of stress-associated disorders in volunteers residing in a front-line city depending on the level of traumatic exposure under conditions of prolonged wartime stress. Group I — high level of traumatic exposure (*n* = 84), Group II — moderate level (*n* = 50), Group III — low level of traumatic exposure (*n* = 27).

It was found that the clinical structure of stress-associated disorders is characterized by nosological polymorphism with a consistent dependence on the level of traumatic exposure: PTSD predominated in Group I volunteers (48.8 %) with maximum sensory intensity of intrusive symptoms; mixed anxiety-depressive disorder dominated in Group II (42.0 %) against the background of secondary traumatization and compassion fatigue; adjustment disorders prevailed in Group III (55.6 %) with a predominance of asthenic syndrome and diffuse existential anxiety. War-specific contextual phenomena were identified across all groups: "air raid alert syndrome", drone-induced stress syndrome and air raid anxiety syndrome, as well as resilience depletion and significant deterioration in quality of life.

Повномасштабне російське вторгнення спричинило безпрецедентне за масштабами розгортання волонтерського руху в Україні: за різними оцінками, від кількох сотень тисяч до кількох мільйонів громадян долучилися до волонтерської діяльності в тій чи тій формі. Для мешканців прифронтових міст волонтерство стало не лише формою громадянської солідарності, але й щоденною практикою виживання в умовах постійної загрози, що поєднує елементи цивільного життя з реаліями, властивими учасникам бойових дій [1—3].

Волонтери, які здійснюють діяльність у зоні активних бойових дій або в безпосередній близькості до неї, регулярно зазнають впливу стресорів, інтенсивність яких порівнянна з навантаженням бойових медиків чи рятувальників — обстріли під час доставляння гуманітарних вантажів, контакт із загиблими та тяжко пораненими, робота на щойно звільнених і замінованих територіях. Водночас, на відміну від військових, ці особи здебільшого не мають ні попередньої психологічної підготовки, ні засобів захисту, ні організованої системи психологічного супроводу [4; 5].

Окрім гострих травматичних подій, формування стрес-асоційованих розладів у осіб цієї категорії значною мірою визначається кумулятивним впливом хронічних стресових чинників: безперервного режиму роботи без чіткої межі між волонтерською роботою й особистим життям, вторинної травматизації, накопиченого нерозділеного горя, фізичного виснаження та інформаційного перенавантаження [6; 7].

Поєднання гострої та хронічної стрес-експозиції зумовлює клінічну гетерогенність психопатологічних проявів у волонтерів — мешканців прифронтового міста, що потребує ретельного вивчення з метою розробляння адекватних діагностичних і реабілітаційних підходів.

© Цебрюк К. О., Самойлова О. В., 2026

Мета дослідження — вивчення клінічної феноменології стрес-асоційованих розладів у волонтерів — мешканців прифронтового міста залежно від рівня травматичної експозиції в умовах тривалого воєнного стресу.

У процесі роботи проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 161 волонтера з верифікованими стрес-асоційованими розладами, серед яких 72 чоловіки (44,7 %) та 89 жінок (55,3 %). Середній вік обстежених становив 32,6 ± 8,1 років.

Залежно від характеру та інтенсивності травматичної експозиції всіх учасників поділено на три групи. До I групи (високий рівень травматичної експозиції) увійшли 84 особи (52,2 %) — волонтери пошуково-рятувальних та евакуаційних підрозділів, які регулярно або постійно перебували в умовах обстрілів, мали безпосередній контакт із пораненими та загиблими. II групу (середній рівень травматичної експозиції) становили 50 осіб (31,1 %) — волонтери медико-психологічного супроводу, ремонтно-відновлювальних бригад, волонтери підтримки фронтових підрозділів ЗСУ, служб доставки гуманітарної допомоги та зооволонтери, які часто стикались із наслідками руйнувань та опосередкованою травматизацією через розповіді постраждалих. До III групи (низький рівень травматичної експозиції) включено 27 осіб (16,8 %) — волонтери тилових гуманітарних організацій та тилових підрозділів ЗСУ з нечастим прямим контактом із травматичними подіями.

У дослідженні застосовано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи.

Клінічна структура стрес-асоційованих розладів у обстежених волонтерів відрізнялась значним нозологічним поліморфізмом і була представлена трьома основними нозологічними формами.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностовано у 48,8 % обстежених I групи, 34,0 % — II групи та 11,2 % III групи. Психопатологічна картина характеризувалась чотирма діагностичними кластерами симптомів. Кластер вторгнення був представлений нав'язливими та повторюваними спогадами екстремальних подій з яскравими сенсорними компонентами (67,8 % обстежених I групи, 64,0 % II групи та 48,1 % III групи), повторюваними кошмарними сновидіннями з пробудженням у стані жаху (54,8 %, 50,0 % та 48,1 % відповідно) та флешбек-ефектами з мимовільною реактуалізацією травматичного досвіду (33,3 % обстежених I групи, 26,0 % II групи та 18,5 % III групи). Кластер уникнення включав когнітивне уникнення у вигляді блокування спогадів, відмови обговорювати пережиті події та ментальних стратегій відволікання (66,7 %, 61,0 % та 55,5 % відповідно); поведінкове уникнення місць, активностей та ситуацій, асоційованих із травмою, соціальну ізоляцію та зміну звичних маршрутів (44,1 % I групи, 44,0 % II групи та 40,7 % III групи); інформаційне уникнення з відмовою від перегляду новин, блокуванням соціальних мереж та уникненням розмов про війну (34,5 %, 35,0 % та 29,6 % відповідно). У 8,3 % обстежених I групи, 6,0 % II групи та 7,4 % III групи відзначалась дисоціативна амнезія окремих травматичних епізодів з частковою втратою пам'яті та «проталинами» у спогадах. Кластер негативних когніцій та настрою характеризувався стійкими негативними переконаннями про себе, навколишній світ та майбутнє (25,0 % обстежених I групи, 20,0 % II групи та 11,1 % III групи); дисоціативними симптомами у вигляді деперсоналізації та дереалізації (22,6 %, 20,0 % та 22,2 % відповідно), емоційної анестезії (21,5 % I групи, 18,0 % II групи та 18,5 % III групи); дисфоричними проявами: спалахами гніву та надмірною дратівливістю без видимих причин із подальшим жалем та відчуттям сорому за власні реакції (35,7 %, 36,0 % та 33,3 % відповідно). Кластер гіперактивації проявлявся гіперпильністю з постійним скануванням середовища та відчуттям «радара небезпеки» (66,7 % обстежених I групи, 66,0 % II групи та 65,7 % III групи), посиленою стартл-реакцією зі зниженим порогом реагування та відсутністю звикання (67,8 %, 66,0 % та 51,8 % відповідно) і порушеннями сну (73,8 % I групи, 70,0 % II групи та 70,1 % III групи).

Розлади адаптації діагностовано у 21,4 % обстежених I групи, 24,0 % — II групи та 55,6 % III групи. Психопатологічна картина характеризувалась дезадаптивною реакцією на хронічний стресор і відзначалась поєднанням тривожно-депресивної та астенічної симптоматики різного ступеня вираженості.

Тривожно-депресивний компонент був провідним у клінічній картині та проявлявся надмірною фіксацією на травматичній події та її наслідках (73,8 % I групи, 70,0 % II групи та 66,7 % III групи), персистуючим занепокоєнням із повторюваними думками про стресор та постійним обмірковуванням його значення (46,4 %, 40,0 % та 37,1 % відповідно), пригніченістю настрою (73,8 % I групи, 70,0 % II групи та 66,7 % III групи), відчуттям безвиході (39,2 %, 36,0 % та 40,7 % відповідно) та тривожним очікуванням негативних подій (77,3 % I група, 78,0 % II група та 70,4 % III група). Характерним було поєднання знижено-тривожного фону настрою з внутрішньою напруженістю, нездатністю переключитись від психотравматичних переживань та відчуттям втрати контролю над власним психоемоційним станом.

Астенічний компонент виявлявся підвищеною психічною та фізичною виснажуваністю (51,2 % обстежених I групи, 44,0 % II групи та 59,2 % III групи), зниженням толерантності до звичних навантажень (55,9 %, 54,0 % та 51,8 % відповідно), порушеннями концентрації уваги та погіршанням пам'яті (59,5 % I групи, 56,0 % II групи та 55,6 % III групи). Характерними були виражена дратівливість із зниженим порогом афективного реагування (36,9 %, 32,0 %

та 33,3 % відповідно), емоційна лабільність (33,2 % I група, 30,0 % II група та 29,6 % III група) та гіперестезія — підвищена чутливість до зовнішніх подразників, зокрема звукових стимулів воєнного контексту (447,6 %, 44,0 % та 44,4 % відповідно). Відновлення психічних функцій після навіть незначного навантаження суттєво сповільнювалось, що формувало стійкий дефіцит адаптаційного ресурсу.

Наслідком поєднання тривожно-депресивної та астенічної симптоматики були виражені порушення функціонування в усіх сферах життєдіяльності — особистісній, сімейній, соціальній та професійній (86,9 % I групи, 84,0 % II групи та 77,7 % III групи).

Принциповою клінічною особливістю перебігу розладів адаптації у волонтерів прифронтового міста була схильність до хронізації в умовах продовження бойових дій.

Тривожно-депресивний розлад діагностовано у 29,8 % обстежених I групи, 42,0 % — II групи та 33,3 % III групи. Депресивний складник мав переважно реактивний характер як безпосередня відповідь на травматичні події воєнного часу та характеризувався афективними порушеннями у вигляді відчуття безнадії (60,7 % обстежених I групи, 62,0 % II групи та 59,2 % III групи), туги (53,5 %, 50,0 % та 48,1 % відповідно) та емоційного заціпеніння (23,8 %, 20,0 % та 18,5 % відповідно); когнітивними порушеннями: труднощами концентрації уваги (44,0 % I групи, 44,0 % II групи та 40,7 % III групи), порушеннями пам'яті (25,0 %, 22,0 % та 18,5 % відповідно) та нав'язливими думками про війну (42,8 % I групи, 44,0 % II групи та 40,7 % III групи); поведінковими змінами у вигляді соціальної ізоляції (29,7 %, 26,0 % та 18,5 % відповідно); а також хронічною втомою (55,9 % I групи, 48,0 % II груп та 59,2 % III групи) та апатією (38,1 %, 36,0 % та 51,8 % відповідно). Тривожний складник набував специфічних рис «воєнної гіперпильності» з надмірною стурбованістю питаннями безпеки (66,7 % I групи, 60,0 % II групи та 55,5 % III групи), феноменом «радарного сканування» у постійному пошуку потенційних загроз (44,0 %, 40,0 % та 40,7 % відповідно), тривогою очікування атаки (32,1 %, 30,0 % та 25,9 % відповідно), «синдромом очікування сирени» з акустичною сенситизацією та фрагментацією сну (40,4 % I групи, 40,0 % II групи та 44,4 % III групи), нав'язливим моніторингом застосунків оповіщення та скролінгом новин (55,9 %, 50,0 % та 62,9 % відповідно) і акустичною гіперчутливістю (57,1 % I групи, 54,0 % II групи та 55,5 % III групи).

Особливістю психопатологічної симптоматики в усіх нозологічних групах була її чітка контекстуальна обумовленість специфікою воєнного середовища прифронтового міста. У частини обстежених ідентифіковано специфічні воєнно-контекстуальні синдроми: синдром дрон-індукованого стресу — у 35,7 % обстежених I групи, 30,0 % II групи та 33,3 % III групи, що характеризувався гіперпильністю з акустичною домінантою, умовно-рефлекторною реакцією на характерні звукові стимули та труднощами десенситизації внаслідок постійного відновлення тригерного впливу; синдром повітряної тривоги — у 31 % обстежених I групи, 34,0 % II групи та 25,9 % III групи, з акустичною сенситизацією, фрагментованим сном, перманентною тривогою очікування, соціальною дисфункцією та когнітивним виснаженням.

Слід наголосити, що у значній частині випадків спостерігались коморбідні стани з одночасним поєднанням депресивної, тривожної симптоматики та проявів ПТСР, що є типовим для умов тривалої бойової травматизації і суттєво ускладнює як діагностику, так і терапію стрес-асоційованих розладів у цій категорії осіб.

Окрім нозологічних відмінностей, рівень травматичної експозиції зумовлював якісну своєрідність феноменологічного профілю психопатологічних проявів у кожній із груп.

У обстежених I групи провідне місце посідала інтрузивна симптоматика: нав'язливі повторювані спогади екстремальних подій з яскравими сенсорними компонентами, флешбек-ефекти з мимовільною реактуалізацією сцени загибелі людей, поранень та руйнувань, кошмарні сновидіння з пробудженням у стані жаху. Характерною особливістю інтрузій у цій групі була їх висока сенсорна насиченість — переважання зорових (образів загиблих, поранених), слухових (звуки вибухів, стогони) та нюхових компонентів. Гіперпильність набувала характеру постійного бойового сканування середовища, стартл-реакцію провокували мінімальні акустичні стимули, порушення сну мали стійкий характер з навмисним відтягуванням засипання. Виражена дисоціативна симптоматика (деперсоналізація, дереалізація, емоційна анестезія) відображала захисну реакцію психіки на великі травматичні навантаження. Нозологічна структура характеризувалася найвищою питомою вагою ПТСР та коморбідних станів із поєднанням ПТСР і тривожно-депресивного розладу.

У обстежених II групи психопатологічна картина відзначалася домінуванням вторинної травматизації та хронічного стресу з переважанням тривожно-депресивної та астенічної симптоматики. На відміну від I групи, інтрузивна симптоматика мала менш виражений сенсорний характер і формувалася переважно на ґрунті опосередкованої травматизації через розповіді постраждалих, спостереження наслідків руйнувань та пошкоджень, прямого контакту з постраждалими та реакціями гострого горя. Провідними в клінічній картині були виявлені ознаки накопиченого нерозділеного горя, хронічного емоційного виснаження та феномен «втоми від співчуття». Тривожний компонент набував специфічних рис перманентної фонової тривоги з тривогою очікування, сильною стурбованістю безпекою підопічних та феноменом «синдрому очікування сирени». Астенічна симптоматика характеризувалася прогресуванням психічної та фізичної

усвідомлюваності діяльності, зниженням мотивації до волонтерської діяльності попри збережену ідеологічну прихильність, порушеннями концентрації уваги та емоційною лабільністю.

У обстежених III групи клінічна картина характеризувалася переважанням розладів адаптації з тривожно-депресивною симптоматикою помірного ступеня виразності та вираженим астенічним синдромом. Інтрузивна симптоматика — не виявлена або мінімально виражена. Провідними психопатологічними проявами були порушення психоемоційної перевтоми на тлі постійного інформаційного перенавантаження, тривога очікування («синдром очікування сирени», нав'язливий моніторинг новин та застосунків оповідання), фонова тривожність із порушенням сну та зниженням денної активності. Астенічний синдром відзначався стійкістю та включав підвищену виснажливість, зниження толерантності до звичайних навантажень, когнітивні порушення у вигляді труднощів концентрації уваги та зниження пам'яті, психічну лабільність та гіперестезію. Характерною особливістю осіб цієї групи була дифузна екзистенційна тривога — переживання загрози в майбутньому, відчуття безвиході та невизначеності, які сформувалися не так на основі деяких травматичних подій, як внаслідок тривалого перебування в умовах воєнної невизначеності та інформаційного стресу.

Проведене патопсихологічне дослідження показало, що за даними шкали життєстійкості Коннора — Девідсона (CD-RISC-10), найнижчі показники резилієнтності зафіксовано у волонтерів I групи, що свідчить про виснаження адаптаційного ресурсу внаслідок інтенсивної та тривалої прямої травматичної експозиції. Натомість у волонтерів III групи, попри менш виражену психопатологічну симптоматику, показники резилієнтності також були знижені проти нормативних значень, що відображає поступове виснаження психологічних ресурсів в умовах хронічного інформаційного стресу.

Показники вторинного травматичного стресу були найвищими у волонтерів II групи, підтверджуючи провідну роль опосередкованої травматизації та феномена «втоми від співчуття» у формуванні психічних розладів у осіб, чия діяльність пов'язана з безпосереднім контактом із травматизованими людьми та наслідками руйнувань.

Оцінювання якості життя виявило її суттєве зниження в усіх трьох групах обстежених, що корелювало з вираженістю депресивної та тривожної симптоматики за шкалами Бека (BDI-II, BAI) та Гамільтона (HAM-D, HAM-A). Найбільш виражене погіршання якості життя зафіксовано у волонтерів I групи, передусім у сферах фізичного здоров'я, психологічного благополуччя та соціального функціонування. Показники соціальної фрустрованості відображали прогресивне порушення міжособистісного функціонування та труднощі у збереженні значущих соціальних зв'язків у всіх групах, які наростали пропорційно тривалості та інтенсивності волонтерської діяльності в умовах воєнних дій.

Отже, як показало проведене дослідження, волонтери — мешканці прифронтового міста являють собою особливу категорію осіб із високим ризиком розвитку стрес-асоційованих розладів, що зумовлено поєднанням гострої травматичної експозиції та хронічного воєнного стресу.

Рівень травматичної експозиції є визначальним чинником як нозологічної структури, так і феноменологічного профілю стрес-асоційованих розладів. У волонтерів з високим рівнем травматичної експозиції (I група) переважає інтрузивна симптоматика з максимальною сенсорною насиченістю та найвищою питомою вагою ПТСР (48,8 %); у волонтерів із середнім рівнем (II група) — тривожно-депресивний розлад (42,0 %) на тлі феномена вторинної травматизації та «втоми від співчуття»; у волонтерів з низьким рівнем (III група) — розлади адаптації (55,6 %) з переважанням астенічного синдрому та дифузної екзистенційної тривоги, зумовленої хронічним інформаційним стресом.

Психопатологічна симптоматика у волонтерів прифронтового міста набуває специфічних воєнно-контекстуальних рис: феномен «воєнної гіперпильності» з акустичною домінантою, «синдром очікування сирени», дрон-індукований стресовий синдром та синдром повітряної тривоги є характерними проявами адаптації психіки до умов тривалого перебування в прифронтовому місті незалежно від рівня безпосередньої травматичної залученості.

Отримані результати свідчать про нагальну потребу розроблення та впровадження диференційованих програм психологічного супроводу волонтерів прифронтових міст із урахуванням рівня травматичної експозиції, нозологічної форми розладу та специфіки воєнно-контекстуальних психопатологічних феноменів.

Список літератури

1. Mental health in Ukraine in 2023 / Martsenkovskyi D., Shevlin M., Ben-Ezra M., et al. // European Psychiatry. 2024. Vol. 67(Issue 1):e27. DOI: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12

2. Сумарюк Б. М. Динаміка проявів стрес-асоційованих розладів та їх клінічна корекція у осіб, що займаються волонтерською діяльністю під час війни // Експериментальна і клінічна медицина. 2025. Т. 94, № 4. DOI: https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.4.sbm

3. Савка С. Стан психічного здоров'я волонтерів в умовах війни: фокус на тривогу та депресію // Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2025. вип. 4 (22). С. 55—58. DOI: https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-4-9

4. Зеленська К. О. Комплексна система підтримки психічного здоров'я волонтерів, що працюють в зоні АТО/ООС // Експериментальна і клінічна медицина. 2021. Т. 90, № 4. С. 59—65. DOI: https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.4.zel

5. Volunteers' psychological condition during the war in Ukraine: a survey / Rodek P., Kucia K., Pastuszka A., [et al.] //

Psychiatr Pol. 2025. Vol. 59 (Issue 1). P. 123—137. DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/171413

6. Association between mental health, psychological characteristics, and motivational functions of volunteerism among Polish and Ukrainian volunteers during the Russo-Ukrainian War // Chudzicka-Czupała A., Chiang S. K., Tan C. M., [et al.] // Sci Rep. 2023. Vol. 13:20725. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-023-47840-z

7. The prevalence of burnout and secondary traumatic stress in professionals and volunteers working with forcibly displaced people: a systematic review and two meta-analyses / Roberts S. R., Renaud G., Hassan T, [et al.] // J Trauma Stress. 2021. Vol. 34(4). P. 773—785. DOI: https://doi.org/10.1002/jts.22659

References

1. Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*. 2024;67(1):e27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12

2. Sumariuk B. M. Dinamìka proâvìv stres-asocìjovanih rozladìv ta ïh klìnìčna korekcìâ u osìb, ŝo zajmaût'sâ volonters'koû dìâl'nìstû pìd čas vìjni [Dynamics of the manifestations of stress-associateddisorders and their clinical correction in individuals who engaged in volunteer activities during the war]. *Eksperimental'na ì klìnìčna medicina* [*Experimental and Clinical Medicine*]. 2025;94(4). https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.4.sbm. (In Ukrainian).

3. Savka S. Stan psihìčnogo zdorov'â volonterìv v umovah vìjni: fokus na trivogu ta depresìû [The state of mental health of volunteers in conditions of war: a focus on anxiety and depression]. *Sučasna medicina, farmacìâ ta psihologìčne zdorov'â* [*Modern medicine, pharmacy and psychological health*]. 2025;4(22):55-58. https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-4-9. (In Ukrainian).

4. Zelenska K. O. Kompleksna sistema pìdtrimki psihìčnogo zdorov'â volonterìv, ŝo pracûût' v zonì ATO/OOS [A comprehensive mental health support system for volun-teers working in the ato/jfo zon]. *Eksperimental'na ì klìnìčna medicina* [*Experimental and Clinical Medicine*]. 2021;90(4):59-65. https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.4.zel. (In Ukrainian).

5. Rodek P, Kucia K, Pastuszka A, Mędrala W, Kucia K. Volunteers' psychological condition during the war in Ukraine – a survey. *Psychiatr Pol.* 2025 Feb 28;59(1):123-137. English, Polish. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/171413

6. Chudzicka-Czupała, A., Chiang, SK., Tan, C.M. et al. Association between mental health, psychological characteristics, and motivational functions of volunteerism among Polish and Ukrainian volunteers during the Russo-Ukrainian War. *Sci Rep* 13, 20725 (2023). https://doi.org/10.1038/s41598-023-47840-z

7. Roberts F, Teague B, Lee J, Rushworth I. The Prevalence of Burnout and Secondary Traumatic Stress in Professionals and Volunteers Working With Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Two Meta-Analyses. *J Trauma Stress*. 2021 Aug;34(4):773-785. doi:10.1002/jts.22659

Надійшла до редакції 15.06.2026
Схвалено до друку 17.06.2026

Відомості про авторів:

ЦЕБРЮК Катерина Олегівна, аспірант кафедри*; https://orcid.org/0009-0002-1183-3625; e-mail: kotsebriuk.po23@knmu.edu.ua

САМОЙЛОВА Олена В'ячеславівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; https://orcid.org/0000-0003-2838-8185; e-mail: samojlovaolena2017@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

Information about the authors:

TSEBRIUK Kateryna, Postgraduate Student of the Department**; https://orcid.org/0009-0002-1183-3625; e-mail: kotsebriuk.po23@knmu.edu.ua

SAMOILOVA Olena, MD, PhD, Lecturer of Department**; https://orcid.org/0000-0003-2838-8185; e-mail: samojlovaolena2017@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine