

## ДЕТЕРМІНАНТИ, ПРОЯВИ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

**Цісецький Орест Євгенович**

кандидат економічних наук, доцент,  
старший науковий співробітник відділу демографічного  
моделювання та прогнозування  
Інституту демографії та досліджень якості життя  
імені Михайла Птухи НАН України  
ORCID ID: 0009-0001-0285-3424

*У статті досліджено психоемоційне виснаження населення як вагомий чинник зниження якості життя та демографічної стійкості в умовах тривалої війни. Актуальність теми зумовлена зростанням психологічного навантаження, поширенням тривожних і депресивних станів, а також їх впливом на тривалість життя, репродуктивні установки та людський капітал. Метою дослідження є систематизація теоретичних підходів і емпіричних даних щодо психоемоційного виснаження, а також розробка комплексних рекомендацій з його профілактики в контексті громадського здоров'я.*

*Методологічну основу становлять загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, а також порівняльний аналіз результатів міжнародних і національних соціологічних досліджень. Інформаційною базою є дані міжнародних організацій, результати соціологічних опитувань та наукові публікації з питань психічного здоров'я.*

*У роботі обґрунтовано багаторівневу модель профілактики психоемоційного виснаження, яка включає первинний, вторинний і третинний рівні з відповідними інструментами реалізації на індивідуальному, громадському, інституційному та державному рівнях. Визначено ключові механізми впливу психоемоційного виснаження на демографічні процеси, зокрема через підвищення ризиків передчасної смертності, зниження народжуваності та втрати людського капіталу.*

*Наукова новизна полягає у комплексному поєднанні демографічного та громадсько-оздоровчого підходів до аналізу психоемоційного виснаження, а також у розробці системи практичних рекомендацій для України в умовах війни. Практичне значення результатів полягає у можливості їх використання при формуванні державної політики у сфері психічного здоров'я, соціального захисту та відновлення людського потенціалу.*

**Ключові слова:** детермінанти, психоемоційне виснаження, профілактика, психічне здоров'я, якість життя, громадське здоров'я, резилієнтність.

### **Tsissetskyi O. DETERMINANTS, MANIFESTATIONS AND PREVENTION OF PSYCHO-EMOTIONAL EXHAUSTION OF THE POPULATION UNDER WAR CONDITIONS**

*The article examines psycho-emotional exhaustion of the population as a significant factor contributing to the deterioration of quality of life and demographic resilience under conditions of prolonged war. The relevance of the topic is driven by the growing psychological burden, the increasing prevalence of anxiety and depressive states, as well as their impact on life expectancy, reproductive intentions, and human capital.*

*The aim of the study is to systematize theoretical approaches and empirical evidence on psycho-emotional exhaustion, as well as to develop comprehensive recommendations for its prevention within the framework of public health.*

*The methodological framework is based on general scientific methods, including analysis, synthesis, generalization, and comparative analysis of findings from international and national sociological studies. The information base includes data from international organizations, sociological surveys, and academic publications on mental health.*

*The paper substantiates a multi-level model for the prevention of psycho-emotional exhaustion, which encompasses primary, secondary, and tertiary levels, with corresponding implementation tools at the individual, community, institutional, and state levels. Key mechanisms through which psycho-emotional exhaustion affects demographic processes are identified, particularly via increased risks of premature mortality, declining fertility, and losses of human capital.*

*The scientific novelty lies in the integrated combination of demographic and public health approaches to the analysis of psycho-emotional exhaustion, as well as in the development of a system of practical recommendations tailored to Ukraine under wartime conditions. The practical significance of the results consists in their potential application in shaping public policy in the fields of mental health, social protection, and human capital recovery.*

**Key words:** determinants, psycho-emotional exhaustion, prevention, mental health, quality of life, public health, resilience.

**Вступ.** Повномасштабна війна в Україні спричинила не лише значні людські втрати та руйнування інфраструктури, а й глибокі трансформації психоемоційного стану населення. Тривала дія екстремальних стресорів – загроза життю, вимушене переміщення, втрата близьких, економічна нестабільність – формує стійке підвищення рівня психологічного напруження, що поступово набуває хронічних ознак. У цих умовах психоемоційне виснаження є масовим феноменом, який виходить за межі індивідуальної проблематики та набуває ознак суспільно значущого ризику. Порушення психоемоційної рівноваги знижує адаптаційний потенціал особи, погіршує якість життя, підвищує ризик розвитку тривожних, депресивних і психосоматичних розладів. В умовах війни ці процеси мають кумулятивний характер і здатні трансформуватися у довгострокові демографічні втрати через зростання захворюваності, скорочення тривалості життя та зниження репродуктивної активності.

В українському контексті проблема набуває особливої ваги з огляду на масштаб внутрішнього переміщення населення, втрати трудового потенціалу та зміну соціально-демографічної структури. Таким чином, психоемоційне виснаження слід розглядати не лише як психологічну реакцію на стрес, а й як фактор зниження резиліентності населення та якості життя в цілому.

Метою статті є теоретико-методологічне обґрунтування психоемоційного виснаження населення в умовах війни, визначення його детермінант і проявів, оцінка демографічних ризиків та розроблення системи профілактичних заходів через формування багаторівневої моделі профілактики психоемоційного виснаження.

**Матеріали та методи.** При підготовці статті були використані такі методи та методологічні підходи: вторинний аналіз статистичних даних, порівняльний аналіз результатів різних соціологічних опитувань, аналіз захворюваності та демографічних ризиків, системно-структурне моделювання профілактичної політики та інші. У нашому дослідженні використані офіційні адміністративні дані системи громадського здоров'я України: Центру громадського здоров'я МОЗ України, Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики України. Для аналізу поширеності симптомів тривоги, депресії та психоемоційного виснаження використані дані національних соціологічних опитувань: Київського міжнародного інституту соціології (КМІС), Соціологічної групи «Рейтинг», Gradus Research, Центру Разумкова та інших. Вивчення міжнародного досвіду у царині профілактики психоемоційного виснаження здійснено на матеріалах міжнародних академічних джерел, міжнародних звітів та порівняльних даних.

У міжнародній науковій літературі психоемоційне виснаження традиційно досліджується в межах концепцій хронічного стресу, професійного вигорання та травматичного досвіду. Значна увага приділяється його зв'язку з тривалими кризовими ситуаціями, збройними конфліктами та гуманітарними катастрофами.

У вітчизняних дослідженнях останніх років акцент зроблено переважно на поширеності посттравматичних стресових реакцій, депресивних і тривожних симптомів. Водночас феномен психоемоційного виснаження як самостійний об'єкт медико-соціального та демографічного аналізу залишається недостатньо концептуалізованим. Наявні праці здебільшого фокусуються на клінічних аспектах або психологічному консультуванні, тоді як системний вплив на якість життя, трудову активність і демографічну поведінку досліджений фрагментарно. Крім того, у науковому дискурсі бракує інтегрованих моделей профілактики, які б поєднували індивідуальні, громадські та інституційні механізми реагування в межах системи громадського здоров'я.

Класичні роботи вивчають вигорання як багатовимірний конструкт, де емоційне виснаження є центральною компонентною, що характеризується вичерпанням емоційних ресурсів особистості під тривалим навантаженням.

Незважаючи на різноманіття емпіричних робіт, цілісна теоретична картина психоемоційного виснаження у контексті війни, яка б інтегрувала його демографічні наслідки, прояви у загальній популяції та конкретні механізми профілактики в межах громадського здоров'я, залишається недостатньо розробленою. Існуючі дослідження частіше зосереджуються на окремих професійних групах або клінічних вибірках, що вимагає подальшої наукової уваги до комплексного моделювання цього явища саме в умовах тривалого воєнного стресу.

#### **Результати. Детермінанти психоемоційного виснаження.**

*Воєнні чинники.* Тривала дія воєнних стресорів формує системне перевантаження адаптаційних механізмів особистості. До ключових чинників належать постійна загроза життю, переживання обстрілів, втрата близьких, руйнування житла, вимушена міграція тощо. За даними репрезентативного опитування Київського міжнародного інституту соціології, 87 % українців протягом року пережили щонайменше одну стресову подію, пов'язану з війною; 39 % повідомили про безпосередній досвід бомбардувань або обстрілів. Масовість таких подій свідчить про кумулятивний характер стресового впливу [1].

Результати оцінки потреб дорослого населення опубліковані Всесвітньою організацією охорони здоров'я, засвідчують, що понад 70 % респондентів повідомляли про симптоми тривоги, депресії

або вираженого стресу. Водночас лише близько 20 % осіб, які мали відповідні симптоми, зверталися по професійну допомогу [2]. Це свідчить про наявність розриву між потребою та доступом до послуг психічного здоров'я.

Особливо вразливою групою залишаються внутрішньо переміщені особи (ВПО), значна їх частка демонструє симптоми хронічного стресу, порушення сну та підвищеної тривожності. Переміщення супроводжується втратою соціального капіталу, зміною ролей і невизначеністю щодо майбутнього, що підсилює ризик формування психоемоційного виснаження.

Таким чином, воєнні чинники мають значний вплив і формують довгострокові ризики для демографічної та соціальної стабільності.

*Соціально-економічні чинники.* Економічна нестабільність є потужним предиктором психоемоційного виснаження. Втрата роботи, зниження доходів, вимушена зміна професійної траєкторії та невизначеність щодо майбутнього підсилюють відчуття безконтрольності та хронічної напруги.

За результатами хвиль дослідження у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я, проведеного Gradus Research, фінансова невизначеність входить до трійки головних чинників психологічного напруження поряд із безпековими ризиками. Респонденти з нижчим рівнем доходів частіше повідомляли про емоційне виснаження та зниження життєвої енергії [3]. Зниження продуктивності праці, погіршення концентрації та підвищена втомлюваність формують замкнене коло між економічною вразливістю та психоемоційним виснаженням.

Таким чином, соціально-економічні детермінанти посилюють воєнний стрес і виступають тригером його переходу у хронічну форму. Поєднання безпекових і економічних ризиків створює багатовимірний тиск на адаптаційні ресурси населення.

*Демографічні особливості вразливих груп.* Психоемоційне виснаження має виражену соціально-демографічну диференціацію. За даними ВООЗ жінки частіше повідомляють про симптоми тривоги та депресії порівняно з чоловіками. Це пов'язано з більшим навантаженням (праця, догляд за дітьми, домашній побут), а також із вищою залученістю до емоційної підтримки інших членів сім'ї. Молодь та підлітки демонструють підвищену чутливість до тривалого стресу. Тривала нестабільність освітнього процесу, дистанційне навчання та порушення соціальних зв'язків підвищують ризик формування симптомів виснаження й емоційної апатії. Особливою групою ризику є внутрішньо переміщені особи та люди похилого віку. ВПО мають вищі показники стресу та потребують психосоціальної підтримки частіше, ніж непереміщене населення. Для осіб старших вікових груп додатковими чинниками виступають соціальна ізоляція та обмежений доступ до медичних послуг.

У демографічному вимірі накопичення психоемоційного виснаження в різних вікових і соціальних групах створює ризики довгострокового зниження якості життя, репродуктивної активності та продуктивного довголіття. Таким чином, диференційований підхід до профілактики є необхідною умовою формування резиліентності населення.

Вплив війни на психіку цивільного населення визначається не лише прямими загрозами, а й вторинними детермінантами, які виснажують адаптаційний ресурс непомітно, але системно. Це, так звані, пастки «фонового стресу».

*Інформаційна інтоксикація.* Постійний моніторинг новин створює ілюзію контролю, але насправді веде до перевантаження нервової системи та виснаження дофамінових рецепторів. Згідно з дослідженням Gradus Research «Медіаспоживання 2025», головним каналом отримання інформації залишаються месенджери (75 % опитаних), при цьому 44 % українців щодня проводять у них понад три години. Таке надмірне споживання тривожного контенту входить до п'ятірки головних тригерів стресу, провокуючи стан хронічного збудження, який з часом змінюється емоційним онімінням [4].

*Етичний дисонанс (провина вцілілого).* Конфлікт між природним бажанням «жити нормальним життям» та внутрішнім докором «я недостатньо роблю для перемоги» стає джерелом глибокої соціальної напруги. За даними Центру Разумкова, хоча загальний психологічний стан дещо стабілізувався порівняно з початком вторгнення, рівень соціального дискомфорту залишається високим: близько 27 % громадян постійно відчують тривогу або паніку [5]. Ця провина часто трансформується в емоційне самокатування, що блокує здатність людини до відновлення та повноцінної праці, які є критично необхідними для підтримки економіки країни.

*Руйнація горизонту планування.* Неможливість планувати життя далі, ніж на добу, призводить до «когнітивного паралічу» та відмови від стратегічних рішень. Погіршення економічного оптимізму українців змушує їх звужувати свої плани до базового виживання. Відсутність визначеності перешкоджає довгостроковим інвестиціям у здоров'я та освіту, створюючи ризик довготривалої соціальної депресії в післявоєнний період.

Враховуючи все вище зазначене ми пропонуємо багаторівневу модель профілактики психоемоційного виснаження, яка складається із трьох етапів, а кожен етап включає чотири рівні – індивідуальний, громадський, інституційний та державний (рис. 1).

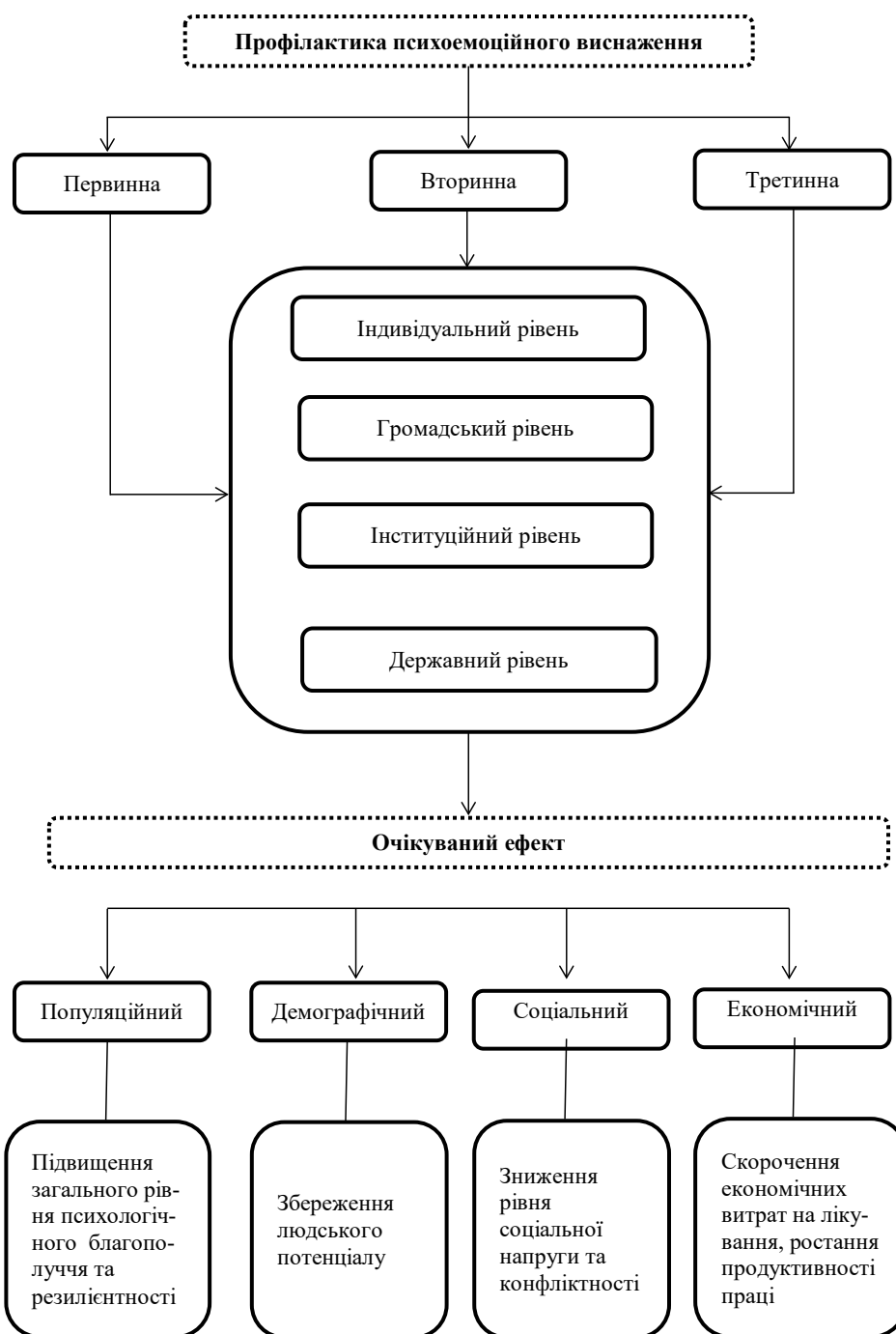


Рис. 1. Модель профілактики психоемоційного виснаження

Джерело: складено автором

**Первинна профілактика: стратегія формування резильєнтності та когнітивного суверенітету.** В умовах війни традиційні методи психологічної допомоги, орієнтовані на подолання наслідків, поступаються місцем первинній профілактиці. Це системний підхід, спрямований на зміцнення внутрішніх опор людини та суспільства ще до моменту настання критичного виснаження. Первинна профілактика психоемоційного виснаження передбачає системне зменшення впливу хронічних стресорів і посилення індивідуальних та соціальних ресурсів адаптації до травматичних подій. У контексті війни ця стратегія набуває не лише клінічного, але й демографічного значення, оскільки пов'язана з ризиками зростанням показників передчасної смертності, зниженням народжуваності та втратами людського капіталу.

**Індивідуальний рівень.** На цьому рівні профілактика фокусується на відновленні контролю над власним когнітивним простором та біологічними ритмами. За даними дослідження Gradus Research у 2024 році близько 71 % українців відчували стрес і лише невелика частка володіє техніками саморегуляції [6].

На індивідуальному рівні первинна профілактика спрямована на формування психологічної резиліентності через розвиток навичок саморегуляції, емоційної грамотності та стрес-менеджменту. Ключовим завданням є подолання «інформаційної інтоксикації» через «інформаційну дієту». Резиліентність розглядається як динамічна здатність підтримувати психічну рівновагу попри дію хронічних стресорів [7]. У воєнному контексті важливими є цифрові платформи підтримки. Метааналіз засвідчив, що мобільні психотерапевтичні застосунки демонструють статистично значущий, хоча помірний, ефект у зниженні симптомів депресії [8]. Таким чином, індивідуальний рівень створює першу лінію профілактики, мінімізуючи трансформацію гострого стресу у хронічне психоемоційне виснаження.

На *громадському* рівні ключовим механізмом первинної профілактики є зміцнення соціального капіталу та створення доступної інфраструктури психосоціальної підтримки. Соціальна інтеграція та довіра у спільноті знижують негативний вплив стресових подій, поглинають індивідуальні стреси через колективну дію та виконують буферну функцію щодо розвитку депресивних і тривожних розладів. Натомість соціальна ізоляція під час війни є прямим шляхом до депресії, тоді як залученість у життя громади створює ефект «спільної долі». Дослідження Центру Разумкова вказують на те, що рівень довіри в локальних спільнотах корелює зі здатністю швидше відновлюватися після обстрілів, частих і затяжних тривог чи блекаутів [9].

Профілактика на цьому рівні передбачає створення «просторів взаємної підтримки» та волонтерських хабів. Участь у допомозі іншим нівелює «провину вцілілого», трансформуючи етичний дисонанс у корисну діяльність. Громадський рівень первинної профілактики, таким чином, забезпечує середовище, яке підтримує психологічну стабільність і знижує соціальну ізоляцію як фактор ризику.

На *інституційному* рівні профілактика передбачає вбудовування механізмів підтримки психічного здоров'я у структури закладів освіти, підприємств, установ та організацій. Це має стати фільтром для стресу, а не його джерелом. «Функціональне виснаження» працівників сьогодні є однією з головних загроз для економіки. Згідно з опитуваннями Work.ua та психологічних платформ понад 60 % працівників відчувають симптоми вигорання, що безпосередньо впливає на продуктивність [10].

Інституційна профілактика включає впровадження програм “Mental Health at Work” [11]. Це не просто наявність психолога, а зміна корпоративної культури: легітимізація права на відпочинок, передбачуваність внутрішніх процесів та навчання керівників навичкам психологічної першої допомоги. Коли організація надає чіткий горизонт планування хоча б у межах робочих завдань, вона стабілізує когнітивний стан своїх членів. В освітніх закладах профілактичні програми емоційної компетентності зменшують ризик розвитку тривожних і депресивних симптомів у підлітків.

Отже, інституційний рівень формує системну основу профілактики, інтегруючи її у повсякденне функціонування ключових соціальних структур.

На *державному* рівні первинна профілактика передбачає стратегічну координацію та політику резиліентності і потребує стратегічного планування, стабільного фінансування та міжсекторальної координації. Психічне здоров'я слід розглядати як складову людського капіталу, що безпосередньо впливає на економічне відновлення, а відтак воно здоров'я має бути інтегроване у політику людського розвитку та демографічної безпеки. На найвищому рівні профілактика стає питанням виживання нації та збереження її демографічного потенціалу. Державний підхід має базуватися на концепції «когнітивного суверенітету» – захисту колективного розуму від деструктивних впливів. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» вже інтегрує психологічні послуги в первинну ланку медицини (mhGAP) [12].

Статистика МОЗ України свідчить, що за 2024 р. кількість звернень до сімейних лікарів зі скаргами на ментальне здоров'я зросла в рази, що свідчить про вихід проблеми з «тіні» [13]. Державна політика профілактики має включати:

- освітні реформи: навчання дітей навичкам стійкості до стресів;
- інформаційну політику: протидію ПСО та навчання медіаграмотності для збереження когнітивного суверенітету;
- демографічні стимули: створення безпекового фундаменту, який би дозволив людям відновити горизонт планування та приймати рішення про своє майбутнє в Україні.

Важливо, щоб регулярний моніторинг психічного здоров'я населення був інтегрований у систему статистики людського розвитку (методологія ПРООН). Це дозволить оцінювати динаміку дистресу та коригувати політику, а відтак забезпечить стратегічну сталість і масштабування профілактичних заходів.

Таким чином, первинна профілактика психоемоційного виснаження є багаторівневою системою, в якій індивідуальні навички резиліентності, соціальна підтримка, інституційні механізми та державна політика взаємодіють як єдиний контур захисту. Її ефективна реалізація здатна зменшити поширеність дистресу, підвищити тривалість активного життя, стабілізувати трудову участь та зміцнити демографічну стійкість України в умовах тривалого воєнного навантаження.

**Вторинна профілактика: стратегія раннього виявлення та короткострокових інтервенцій.** Якщо первинна профілактика спрямована на запобігання стресу, то мета вторинної – виявити проблему на ранній стадії та не дати їй перетворитися на хронічний розлад (ПТСР, клінічну депресію чи соматичну хворобу). Вторинна профілактика має на меті перехопити деструктивні стани (тривожність, ангедонію, ерозію емпатії) до того, як вони призведуть до соціальної дезадаптації або втрати працездатності.

Вторинна профілактика психоемоційного виснаження спрямована на своєчасне виявлення ранніх симптомів психологічного дистресу та застосування короткострокових інтервенцій, які дозволяють запобігти розвитку тяжчих психічних розладів. У системі громадського здоров'я вторинна профілактика відіграє ключову роль, оскільки дозволяє зменшити поширеність депресивних і тривожних станів, скоротити тривалість їх перебігу та мінімізувати негативні наслідки для здоров'я, продуктивності та соціального функціонування населення. Особливої актуальності такі заходи набувають в умовах війни, коли значна частина населення перебуває під впливом хронічного стресу та травматичних подій.

На *індивідуальному рівні* вторинна профілактика починається з психологічної грамотності – здатності ідентифікувати симптоми виснаження. Короткострокові інтервенції тут включають техніку «заземлення» та когнітивно-поведінкові вправи для переривання румінацій (нав'язливих негативних думок). На цьому рівні вторинна профілактика передбачає регулярний скринінг психоемоційного стану та раннє застосування короткострокових психологічних інтервенцій. Найпоширенішими інструментами первинного виявлення симптомів депресії та тривоги є стандартизовані опитувальники PHQ-9 та GAD-7, які використовуються у первинній медичній допомозі та дослідницьких програмах. Метааналіз [14] показав, що використання PHQ-9 забезпечує високу чутливість і специфічність для виявлення депресивних розладів у загальній популяції.

Раннє втручання на *індивідуальному рівні* часто включає короткострокові психотерапевтичні підходи, зокрема елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), психоосвіту та техніки управління стресом. Систематичний огляд засвідчив, що короткі психологічні інтервенції можуть знижувати інтенсивність симптомів депресії та тривоги на 30–40 % у пацієнтів із легкими або помірними проявами [15].

*Громадський рівень.* Громада є першим рівнем зовнішнього виявлення проблем. Вторинна профілактика на рівні спільнот базується на навчанні волонтерів та активістів навичкам психологічної першої допомоги (ППД). Це дозволяє виявити людей у стані «функціонального виснаження» або «привини вцілілого» безпосередньо в їхньому середовищі. На громадському рівні вторинна профілактика реалізується через програми раннього реагування, що спрямовані на виявлення осіб із підвищеним рівнем психологічного дистресу та надання їм первинної психосоціальної підтримки. Такі програми можуть реалізовуватися через місцеві центри соціальних служб, громадські організації та волонтерські мережі.

Особливу роль відіграють групові програми психологічної підтримки, які сприяють зниженню рівня ізоляції та формуванню відчуття соціальної підтримки. Групові психосоціальні інтервенції у постконфліктних середовищах можуть зменшувати симптоми посттравматичного стресового розладу та депресії. За даними дослідження БФ «Право на захист», створення груп взаємодопомоги в громадах знижує ризик госпіталізації через психічні розлади на 20–25 % [16]. Короткострокові інтервенції в громаді – це групові зустрічі, дебрифінги після кризових подій та робота мобільних психологічних бригад, які надають допомогу за місцем проживання, не чекаючи, поки людина сама звернеться до фахівців. Соціальна солідарність тут працює як «дзеркало», що допомагає людині помітити свої зміни через зворотний зв'язок від оточення.

Важливим інструментом громадського рівня є підготовка волонтерів та соціальних працівників до надання базової психологічної допомоги. Програма Перша психологічна допомога [17], рекомендована ВООЗ, спрямована на раннє виявлення людей у стані сильного дистресу та їхнє скерування до відповідних служб підтримки.

На *інституційному рівні* вторинна профілактика передбачає інтеграцію механізмів раннього виявлення психоемоційного виснаження у систему охорони здоров'я, освіти та ринку праці. Найефективнішим підходом вважається модель спільної допомоги, яка поєднує роботу лікарів первинної медичної допомоги, психологів та соціальних працівників. Ефективність цієї моделі підтверджена у систематичному огляді, який продемонстрував значне зниження симптомів депресії порівняно зі стандартним лікуванням [18].

У системі освіти раннє виявлення психологічних труднощів у дітей та підлітків здійснюється через роботу шкільних психологів та програм соціально-емоційного навчання. У сфері праці важливим напрямом є впровадження програм підтримки працівників які включають психологічне консультування, кризову підтримку та програми управління стресом. Такі програми можуть суттєво знижувати

рівень абсентеїзму та підвищувати продуктивність праці. Організації мають найбільший потенціал для раннього виявлення вигорання, оскільки люди проводять на роботі більшу частину часу. Вторинна профілактика передбачає впровадження періодичних анонімних опитувань (скринінгів) емоційного стану колективу.

На *державному рівні* вторинна профілактика передбачає формування системи епідеміологічного моніторингу психічного здоров'я населення та розвиток національних програм раннього втручання. Регулярні соціологічні та медичні дослідження дозволять оцінювати поширеність психологічного дистресу та своєчасно реагувати на негативні тенденції.

Важливим елементом державної політики є інтеграція психічного здоров'я у стратегії людського розвитку. Світовий банк підкреслює, що інвестиції у психічне здоров'я сприяють підвищенню продуктивності праці та економічному відновленню. Економічні оцінки показали, що кожен долар інвестицій у лікування депресії та тривоги генерує приблизно чотири долари економічного повернення [19]. Крім того, державна політика має передбачати розвиток системи підготовки фахівців у сфері психічного здоров'я та підтримку інтегрованих сервісів у первинній медичній допомозі.

На *рівні держави* вторинна профілактика трансформується у створення доступної інфраструктури раннього виявлення. Основним інструментом є впровадження протоколу mhGAP (Mental Health Gap Action Programme), а станом на 2025 р. понад 80 000 медичних працівників (зокрема сімейних лікарів) пройшли навчання з діагностики психічних розладів. Це означає, що кожна людина, звернувшись до терапевта зі скаргами на тиск чи головний біль (соматизація), проходить швидкий скринінг на депресію та тривожність. Короткострокові державні інтервенції також включають:

- гарячі лінії підтримки: доступні 24/7 для кризового консультування;
- цифрові платформи для самопомоги, що використовують алгоритми штучного інтелекту для моніторингу стану користувача [20];
- спрощений доступ до психосоціальної допомоги: зняття бюрократичних бар'єрів для отримання консультацій.

Таким чином, виявлення ознак психоемоційного виснаження на етапі їх зародження, допоможе уникнути масштабної кризи ментального здоров'я в повоєнний період. Раннє втручання на всіх рівнях – від особистої уваги до свого стану до державних протоколів у лікарнях – є гарантією того, що українське суспільство збереже свій людський капітал та здатність до відновлення. Комплексна реалізація цих заходів здатна суттєво зменшити поширеність психоемоційного виснаження та сприяти збереженню людського капіталу і демографічної стійкості країни.

**Третинна профілактика: стратегія реабілітації та реінтеграції.** Третинна профілактика психоемоційного виснаження спрямована на зменшення довгострокових наслідків психічних розладів, попередження їх переходу у хронічну форму та мінімізацію соціальної дезадаптації. На відміну від первинної та вторинної профілактики, які орієнтовані на попередження та раннє виявлення психологічних порушень, третинна профілактика фокусується на підтримці людей із вже сформованими або тривалими проявами психоемоційного виснаження. Її основна мета полягає у відновленні функціональної здатності людини, збереженні її участі у соціальному та економічному житті, а також зниженні ризиків інвалідизації, соціальної ізоляції та передчасної смертності. Разом із цим третинна профілактика фокусується на роботі з тими, хто вже зіткнувся з важкими наслідками війни: ПТСР, хронічною депресією або глибокою соціальною ізоляцією. Її мета – мінімізувати наслідки вже наявних психологічних травм, запобігти інвалідизації та повернути людину до повноцінного життя. Це етап, де медицина переходить у соціальну інженерію, а лікування – у відновлення людської гідності та функціональності.

На *індивідуальному рівні* третинна профілактика передбачає комплекс психотерапевтичних, медичних та соціально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення психічного благополуччя та повсякденного функціонування людини. Одним із ключових підходів є тривала психотерапевтична підтримка, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, яка демонструє ефективність у зниженні ризику рецидиву депресивних та тривожних розладів [21]. Психотерапевтичні підходи, спрямовані на лікування посттравматичного стресового розладу, включаючи КПТ (когнітивно-поведінкова терапія) та EMDR (десенсибілізація та переробка рухом очей), демонструють високу ефективність у зниженні симптомів ПТСР та відновленні психологічного функціонування [22].

Використання інноваційних методів, таких як VR-терапія для лікування фантомних болів та експозиційна терапія, підвищують ефективність реабілітації. Індивідуальні інтервенції на цьому етапі – це не просто «забуття» травми, а навчання жити з нею, зберігаючи когнітивний суверенітет, здатність до самостійних рішень та пошук нових сенсів життя після пережитого.

На *громадському рівні* третинна профілактика передбачає формування інклюзивного середовища та створення умов для соціальної інтеграції людей, які пережили тривалий психологічний дистрес або психічні розлади. Соціальна підтримка відіграє важливу роль у запобіганні ізоляції, яка є одним

із ключових факторів погіршення психічного здоров'я. Групи взаємодопомоги та програми підтримки спільнот можуть суттєво знижувати рівень психологічного дистресу. Дослідження показують, що участь у групових програмах підтримки сприяє покращенню емоційного стану та підвищує рівень суб'єктивного благополуччя [23]. Такі програми особливо важливі для ветеранів війни, внутрішньо переміщених осіб та інших груп, які зазнали тривалого психологічного навантаження.

Значну роль у реалізації третинної профілактики відіграють громадські організації та гуманітарні програми. Громада має стати місцем, де людина з травмою не відчуває себе «іншою». Третинна профілактика на рівні спільнот – це створення безбар'єрного простору (фізичного та ментального). Це передбачає роботу з оточенням: сусідами, друзями та родичами, щоб запобігти вторинній травматизації ветеранів чи людей з інвалідністю.

Дослідження Координаційного центру з психічного здоров'я [24] показують, що рівень успішної реінтеграції зростає на 35 %, якщо громада має дієві ветеранські хаби та центри підтримки родин. Короткострокові інтервенції тут – це групи взаємодопомоги, де люди з подібним досвідом діляться стратегіями виживання, що є потужним механізмом дестигматизації психічних розладів.

*Інституційний рівень* третинної профілактики передбачає розвиток системи психосоціальної реабілітації, яка інтегрує медичні, соціальні та трудові інтервенції. У сфері охорони здоров'я важливим інструментом є інтегровані моделі лікування та реабілітації, які поєднують медичну допомогу, психотерапію та соціальну підтримку. Такі підходи рекомендовані ВООЗ як найефективніші для управління хронічними психічними станами. Крім того, освітні установи відіграють важливу роль у реабілітації молоді, яка пережила психологічну травму, психоемоційне виснаження. Програми психологічної підтримки у навчальних закладах сприяють відновленню академічної успішності та соціальної адаптації.

Одним із ключових напрямів є підтримка повернення до трудової діяльності, оскільки зайнятість є важливим фактором психологічної стабільності та соціальної інтеграції. Програми з підтримки працевлаштування довели свою ефективність у відновленні трудової активності людей із психічними розладами. Такі програми значно підвищують ймовірність працевлаштування порівняно зі стандартними реабілітаційними підходами. Для трудових організацій третинна профілактика означає створення умов для повернення працівників після важких травм або тривалих перерв. Це концепція «розумного пристосування» робочого місця: гнучкий графік, адаптовані обов'язки та архітектурна доступність. Компанії, які впроваджують програми інклюзивності, отримують більш лояльніший та мотивований персонал. Інтервенції на цьому рівні включають менторство «рівний-рівному» на робочому місці та психологічний супровід при поверненні до трудової діяльності, що дозволяє людині відновити свій фінансовий ресурс та соціальний статус.

*На державному рівні* третинна профілактика психоемоційного виснаження передбачає формування комплексної політики реабілітації та соціального включення осіб із психічними розладами. Вона спрямована на розвиток системи психосоціальної допомоги, доступної у межах первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Важливою складовою державної політики є розвиток програм підтримки ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та інших груп населення, що зазнали травматичного досвіду війни. Такі програми повинні включати реабілітаційні послуги, професійну перепідготовку та підтримку соціальної інтеграції. Крім того, державна політика має забезпечувати регулярний моніторинг психічного здоров'я населення та інтеграцію відповідних показників у систему статистики людського розвитку, що суттєво покращить можливості його всебічного вивчення та дослідження.

Держава формує рамку, де реабілітація є гарантованим правом, а не випадковою послугою. Державні інтервенції включають:

- цифровізація реабілітаційного маршруту: електронні черги та прозорий облік допоміжних засобів;
- законодавче закріплення квот: на працевлаштування людей з інвалідністю внаслідок війни;
- інформаційні кампанії: спрямовані на зміну ставлення суспільства до людей з видимими та невидимими травмами.

Ефективність третинної профілактики залежить від узгодженої взаємодії індивідуальних реабілітаційних заходів, громадської підтримки, інституційних програм реабілітації та державної політики соціального включення. У контексті тривалої війни в Україні розвиток системи третинної профілактики має ключове значення для збереження людського капіталу, підтримки економічної активності та забезпечення соціальної стійкості суспільства.

Трирівнева система профілактики (первинна – захист, вторинна – виявлення, третинна – відновлення) створює замкнений контур безпеки нації. Кожна вкладена гривня у третинну профілактику сьогодні – це збереження людини як активного громадянина завтра.

**Висновки.** Психоемоційне виснаження в умовах тривалої війни постає як системний виклик громадському здоров'ю та демографічній стійкості України. Узагальнення теоретичних підходів і емпіричних даних засвідчує, що хронічний психологічний дистрес має мультиплікативний вплив: підвищує

ризика передчасної смертності, негативно впливає на репродуктивні установки населення та призводить до втрат людського капіталу через зниження продуктивності й соціальної активності. Водночас фрагментарність існуючих заходів підтримки та нерівномірний доступ до психосоціальних послуг обмежують ефективність реагування на ці виклики.

У роботі обґрунтовано доцільність впровадження багаторівневої моделі профілактики психоемоційного виснаження, що охоплює первинний, вторинний і третинний рівні з відповідними інструментами реалізації на індивідуальному, громадському, інституційному та державному рівнях. Такий підхід дозволяє забезпечити безперервність профілактики – від зниження впливу стресорів і раннього виявлення симптомів до реабілітації та соціальної інтеграції осіб із тривалими психоемоційними порушеннями. Ключовими умовами ефективності є інтеграція психічного здоров'я у первинну медичну допомогу, розвиток цифрових сервісів підтримки, посилення соціального капіталу громад та впровадження системного моніторингу.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості їх використання при формуванні державної політики у сфері психічного здоров'я, соціального захисту та відновлення людського потенціалу. Реалізація запропонованих заходів сприятиме не лише зниженню поширеності психоемоційного виснаження, але й підвищенню якості життя населення, стабілізації демографічних процесів та зміцненню соціально-економічної резиліентності України в умовах післявоєнного відновлення.

Впровадження комплексної моделі профілактики психоемоційного виснаження формує мультиплікативний ефект, що одночасно проявляється у покращенні показників громадського здоров'я, стабілізації демографічних процесів, підвищенні соціальної згуртованості та зростанні економічної ефективності, що є критично важливим для забезпечення довгострокової резиліентності суспільства в умовах війни та повоєнного відновлення.

### Література:

1. Стресові ситуації в житті українців, 2024. Київський міжнародний інститут соціології. URL: <https://surl.li/kayxfi>
2. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report: April 2025. *World Health Organization*. URL: <https://surl.lt/anljjd>
3. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. *Gradus Research*. URL: <https://surl.li/zvcvvn>
4. Медіаспоживання під мікроскопом: українці проводять у месенджерах більше часу, ніж перед телевізором. *Marketer.ua*. URL: <https://surl.li/nshwsx>
5. Оцінки громадянами соціально-економічної ситуації та соціально-економічної політики влади, соціальне самопочуття громадян (вересень 2024 р.). *Центр Разумкова*. URL: <https://surl.li/sansuk>
6. Барометр якості життя, 2024. *Gradus Research*. URL: <https://surl.li/yvyfne>
7. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S. et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014. URL: <https://surl.cc/fnklbe>
8. Firth J., Torous J., Nicholas J. et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2017. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941113/>
9. Україна: від війни до миру та відновлення. Аналітичні оцінки. Вересень 2024. *Центр Разумкова*. URL: <https://surl.li/xijdju>
10. Психологія для зростання: чи інвестує бізнес у благополуччя команд. *Work.ua*. URL: <https://www.work.ua/news/ukraine/3211/>
11. Mental health at work. *World Health Organization*. URL: <https://surl.li/aaaxbh>
12. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». Кабінет Міністрів України. URL: <https://howareu.com/>
13. Українці стали втричі частіше звертатися з питань психічного здоров'я до сімейного лікаря. МОЗ України. URL: <https://surl.li/bawkvj>
14. Levis B., Benedetti A., Thombs B. D. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l1476>
15. Cuijpers P., Noma H., Karyotaki E. et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31922679/>
16. Соціальна згуртованість в Україні: тенденції за даними дослідження RESCORE 2024. *Social-Cohesion-in-Ukraine\_ukr\_2024.pdf*
17. Перша психологічна допомога. *Prometheus*. URL: <https://surl.li/rmcxyb>
18. Archer J., Bower P., Gilbody S. et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012. URL: <https://surl.li/pwsqtq>
19. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3. P. 415–424.
20. Цісецький О. Цифрові рішення для подолання викликів психологічного благополуччя в умовах війни: роль інформатизації соціально-економічних систем. *Актуальні проблеми управління соціально-економічними системами*: матеріали XI Міжнар. наук.-практ. конф. Луцьк: Надстир'я, 2025. С. 180–183.
21. Hollon S. D., Stewart M. O., Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16318597/>
22. Bisson J. I., Roberts N. P., Andrew M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24338345/>

23. Pfeiffer B. A., Koenig K., Kinnealey M. et al. Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21309374/>
24. Координація Всеукраїнської програми ментального здоров'я (Тернопільщина). Соціальні мережі. URL: <https://www.facebook.com/MentalHealthTe/>

### References:

1. Kyiv International Institute of Sociology (2024). Stresovi situatsii v zhytti ukrainsiv, 2024 [Stressful situations in the lives of Ukrainians, 2024]. Retrieved from: <https://surl.li/kayxfi> [in Ukrainian].
2. World Health Organization (2025). Health needs assessment of the adult population in Ukraine: Survey report (April 2025). Retrieved from: <https://surl.li/anjld>
3. Gradus Research (2024). Psykhichne zdorovia ta stavlennia ukrainsiv do psykhologichnoi dopomohy pid chas viiny [Mental health and attitudes of Ukrainians toward psychological help during the war]. Retrieved from: <https://surl.li/zvcmvn> [in Ukrainian].
4. Mediaspozhyvannia pid mikroskopom: ukrainsi provodiut u mesendzherakh bilshe chasu, nizh pered televizorom .(2024). [Media consumption under the microscope: Ukrainians spend more time in messengers than watching TV [in Ukrainian]. Retrieved from: <https://surl.li/nshwsx>
5. Razumkov Centre (2024). Otsinky hromadianamy sotsialno-ekonomichnoi situatsii ta sotsialno-ekonomichnoi polityky vlady, sotsialne samopochuttia hromadian (veresen 2024 r.) [Citizens' assessments of the socio-economic situation and government policy, social well-being (September 2024)]. Retrieved from: <https://surl.li/sansuk> [in Ukrainian].
6. Gradus Research (2024). Barometr yakosti zhyttia, 2024 [Quality of life barometer, 2024]. Retrieved from: <https://surl.li/vyfyne> [in Ukrainian].
7. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., et al. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*. Retrieved from: <https://surl.li/fnklbe>
8. Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., et al. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941113/>
9. Razumkov Centre (2024). Ukraina: vid viiny do myru ta vidnovlennia. Analitichni otsinky (veresen 2024) [Ukraine: From war to peace and recovery. Analytical assessments (September 2024)]. Retrieved from: <https://surl.li/xijdju> [in Ukrainian].
10. Psykhologhiia dlia zrostannia: chy investuiе biznes u blahopoluchchia komand (2024). [Psychology for growth: Does business invest in team well-being. Retrieved from: <https://www.work.ua/news/ukraine/3211/> [in Ukrainian].
11. World Health Organization (2022). Mental health at work. Retrieved from: <https://surl.li/aaxbhl>
12. Cabinet of Ministers of Ukraine (2023). Vseukrainska prohrama mentalnoho zdorovia "Ty yak?" [All-Ukrainian mental health program "How are you?"]. Retrieved from: <https://howareu.com/> [in Ukrainian].
13. Ministry of Health of Ukraine (2024). Ukrainsi staly vtrychi chastishe zvertatsia z pytan psykhochoho zdorovia do simeinoho likaria [Ukrainians have become three times more likely to consult family doctors about mental health]. Retrieved from: <https://surl.li/bawkvj> [in Ukrainian].
14. Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>
15. Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., et al. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31922679/>
16. Social cohesion in Ukraine: Trends based on RESCORE 2024 study. (2024) [in Ukrainian].
17. Persha psykhologichna dopomoha (2024). [Psychological first aid]. Retrieved from: <https://surl.li/rmcxyb> [in Ukrainian].
18. Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Retrieved from: <https://surl.li/pwsqtq>
19. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 415–424.
20. Tsisetskyi, O. (2025). Tsyfrovi rishennia dlia podolannia vyklykiv psykhologichnoho blahopoluchchia v umovakh viiny: rol informatyzatsii sotsialno-ekonomichnykh system [Digital solutions for overcoming challenges of psychological well-being in wartime: The role of informatization of socio-economic systems]. In Proceedings of the XI International scientific and practical conference "Actual problems of management of socio-economic systems" (pp. 180–183). Lutsk: Nadstyria [in Ukrainian].
21. Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2010). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16318597/>
22. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., et al. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24338345/>
23. Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., et al. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21309374/>
24. Facebook (2024). Koordynatsiia Vseukrainskoi prohramy mentalnoho zdorovia (Ternopilshchyna) [Coordination of the All-Ukrainian mental health program (Ternopil region)]. Retrieved from: <https://www.facebook.com/MentalHealthTe/> [in Ukrainian].

*Дата першого надходження статті до видання: 03.03.2026*

*Дата прийняття статті до друку після рецензування: 29.03.2026*

*Дата публікації (оприлюднення) статті: 21.05.2026*