

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»  
завідувачка кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА  
«10» травня 2024 року

УДК 159.942.3:616.89-008.454]:355.01

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПІД ЧАС  
ВОЄННОГО СТАНУ**

Кваліфікаційна робота бакалавра  
за освітньою програмою «Психологія»  
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти  
галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки  
спеціальність 053 «Психологія»

**Виконала:**  
студентка 465 групи  
**БЕЗНОСЮК Аліна Олександрівна**

**Науковий керівник:**  
кандидат психологічних наук, доцент  
**МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна**

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр  
Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки  
Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
завідувачка кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА  
« 10 » травня 2024 року

ЗАВДАННЯ  
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студентці **Аліні Олександрівні Безносюк**

1. Тема роботи: «Особливості розвитку депресивних проявів під час воєнного стану» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «03» листопада 2023 року.
2. Об'єкт дослідження – депресія як психічний розлад особистості.
3. Предмет дослідження – психологічні особливості прояву депресії під час воєнного стану.
4. Завдання дослідження:
  - 1) Розкрити теоретичні засади вивчення депресії та особливостей її виникнення;
  - 2) Розглянути особливості прояву депресивних тенденцій у особистості під час воєнного стану в психологічній літературі;
  - 3) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті дослідження систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення прояву депресії під час воєнного стану
  - 4) Експериментально вивчити розвиток депресивних проявів під час воєнного стану;
  - 5) Надати рекомендації, щодо зниження рівня депресії в умовах воєнних дій

Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
<b>МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна</b> кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	21 вересня 2023 року _____	09 травня 2024 року _____

### 1. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	2 листопада 2023 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	18 листопада 2023 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	
3.1	Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження поняття депресії під час воєнного стану	21 січня 2024 р.
3.2	Розділ 2. Емпіричне дослідження розвитку депресивних проявів під час воєнного стану	2 березня 2024 р.
4	Висновки	15 квітня 2024 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	10 травня 2024 р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	26 червня 2024 р.

Студент

\_\_\_\_\_ Аліна БЕЗНОСЮК

Науковий керівник

\_\_\_\_\_ Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ДЕПРЕСІЇ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ.....	7
1.1. Депресія та особливості її виникнення.....	7
1.2. Воєнний стан та його вплив на психіку людини .....	21
1.3. Особливості прояву депресивних тенденцій у особистості під час воєнного стану .....	33
Висновки до першого розділу .....	47
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ. ....	48
2.1. Методичне забезпечення та організація дослідження розвитку депресивних проявів.....	48
2.2. Результати емпіричного дослідження розвитку депресивних проявів під час воєнного стану .....	58
2.3. Рекомендації, щодо зниження рівня депресії в умовах воєнних дій .....	64
Висновки до другого розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80

## ВСТУП

Актуальність дослідження. Тема депресії є актуальним питанням в сучасному світі. Згідно з даними ВООЗ, Приблизно 3,8% населення відчуває депресію, у тому числі 5% дорослих (4% серед чоловіків і 6% серед жінок) і 5,7% дорослих старше 60 років. Приблизно 280 мільйонів людей у світі страждають на депресію. У всьому світі більше 10% вагітних жінок і жінок, які щойно народили, відчувають депресію. Понад 700 000 людей щорічно помирають через самогубство. Суїцид є четвертою основною причиною смерті серед 15-29-річних.

Окрім цього, дослідження багатьох науковців про поширеність депресії, тривоги та посттравматичного стресу в районах, які постраждали від війни та конфлікту свідчать про розповсюдженість цього явища. Дослідження І. Клер, А. Чудзіцької-Чупала, Р. Макінтайра свідчить про загальну поширеність депресії в популяціях, які переживають війну на рівні 28,9%.

Загалом ці результати підкреслюють, що психічне здоров'я та депресія під час військового конфлікту є проблемою громадського здоров'я, яку не можна ігнорувати, і що належна допомога, яка надається групам ризику, може зменшити поширеність психіатричних симптомів.

Для українців ця тема є надзвичайно актуальною через російське вторгнення в Україну (з 2022 року). За даними ВООЗ нинішня ситуація з психічним здоров'ям в Україні відображається в інших регіонах, які постраждали від тривалих конфліктів і війни. Кожна п'ята (22%) людина, яка пережила війну чи інший конфлікт протягом останніх 10 років, матиме депресію, тривогу, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад або шизофренію. Застосовуючи ці оцінки до України, ВООЗ очікує, що приблизно 9,6 мільйонів людей в Україні можуть мати розлад психічного здоров'я.

В даний час відсутнє єдине розуміння природи, психопатології, клінічної динаміки, підходів до терапії та профілактики депресії. Хоча депресія є достатньо вивченим явищем, нові дослідження продовжують

збагачувати розуміння підходів лікування цього явища. У вітчизняних та зарубіжних дослідженнях існують різні підходи, що відбивають сутність феномена депресії. Якщо симптоматика депресії чітко прописана ВООЗ, то щодо пояснення природи депресії у дослідників досі є розбіжності в поглядах. На думку К. Даунінг-Орр психологічні фактори впливають на вразливість людини до депресії, і кризові обставини життя можуть стати причиною депресії. Психоаналітичного погляду на депресію дотримуються З. Фройд, Н. Мак-Вільямс. Когнітивна теорія депресії переважно розроблялась А. Беком. Б. Скіннер та Ч. Ферстер зробили великий внесок на погляд депресії з боку поведінкової теорії. Також багато дослідників, таких як Дж. Шайлер, М. Голд, Е. Сашар, Л.А.Карлсон-Радванські, Г. Хаслер досліджували депресію з точки зору психофізіології. Альтернативний погляд на депресію, який не збігався з жодною з вищезазначених теорій мали Е. Гут та Л. Аллой.

Таким чином, актуальність досліджуваної проблеми, недостатнє розуміння особливостей прояву депресії та інструментів для її корекції, визначили вибір теми дослідження.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості прояву депресії під час воєнного стану.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

- 6) Розкрити теоретичні засади вивчення депресії та особливостей її виникнення;
- 7) Розглянути особливості прояву депресивних тенденцій у особистості під час воєнного стану в психологічній літературі;
- 8) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті дослідження систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення прояву депресії під час воєнного стану
- 9) Експериментально вивчити розвиток депресивних проявів під час воєнного стану;
- 10) Надати рекомендації, щодо зниження рівня депресії в умовах воєнних дій

**Об'єкт дослідження** – депресія як психічний розлад особистості.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості прояву депресії під час воєнного стану.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики (кореляційний аналіз Ч. Спірмена).

**Психодіагностичний комплекс методик склали:** Шкала депресії А. Бека (BDI-II), Шкала оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS), Тест життєстійкості С. Мадді, Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана).

**Експериментальна база дослідження.** У дослідженні брали участь 33 громадянини України, віком від 18 до 46 років, 22 жінки та 11 чоловіків;

**Теоретична та практична значущість.** Результати проведеного дослідження дозволять розширити знання про розвиток депресивних проявів під час воєнного стану. Дослідження в цій області може допомогти в розумінні психологічних аспектів воєнного конфлікту та його впливу на психічне здоров'я. Знання про особливості розвитку депресивних проявів українців під час війни може бути корисним для психологів, психіатрів та соціальних працівників, які працюють з українцями, або іншими людьми постраждалими від війни. Вони можуть використовувати ці знання для ефективнішої підтримки та лікування своїх клієнтів. Результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Військова психологія», «Клінічна психологія», «Патопсихологія», «Психологія кризових станів».

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на конференціях: Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми психології особистості: теорія, досвід, практика» (Одеса, 2024) та Міжнародна науково-практична конференція «Perspectives of contemporart science: theory and practive» (Львів, 2024).

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи відображено у 2 публікаціях, з них: 1 тези у збірнику матеріалів конференцій та 1 стаття.

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків, додатків, список використаних джерел включає 83 найменування українських та зарубіжних авторів. Основний зміст дипломної роботи викладено на 77 сторінках комп'ютерного набору, містить 4 таблиці і 4 рисунки. Повний обсяг роботи – 87 сторінок.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ДЕПРЕСІЇ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

#### 1.1. Депресія та особливості її виникнення

Депресія – захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Це одне із найбільш розповсюджених захворювань на землі [5].

Депресія є поширеним психічним розладом. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі 5% дорослих страждають на це захворювання. Воно характеризується постійним смутком і відсутністю інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше була корисною чи приємною. Депресія також може негативно впливати на сон і апетит. Втома та погана концентрація – також спостережувані явища при захворюванні. Депресія є основною причиною інвалідності в усьому світі. Наслідки депресії можуть бути тривалими або періодичними та можуть різко вплинути на здатність людини функціонувати та жити повноцінним життям [42].

За даними Національного інституту психологічного здоров'я США, хоча б раз у житті клінічно окреслений депресивний епізод переносять 7–12% чоловіків і 25% жінок. У 60% відзначаються рецидиви. Щороку через депресію вмирає близько 800 тис. людей [1].

Причини депресії включають складну взаємодію між соціальними, психологічними та біологічними факторами. Життєві події, такі як негаразди в дитинстві, різного роду втрати та безробіття, сприяють і можуть каталізувати розвиток депресії.

Існують психологічні та фармакологічні методи лікування депресії. Однак у країнах із низьким і середнім рівнем доходу служби

лікування та підтримки депресії часто відсутні або недостатньо розвинені. За оцінками, більше 75% людей, які страждають на психічні розлади в цих країнах, не отримують лікування [42].

Всесвітня організація здоров'я також надає більш детальний опис депресії. Так, ця хвороба відрізняється від регулярних змін настрою та переживань щодо повсякденного життя. Вона може вплинути на всі аспекти життя, включаючи стосунки з родиною, друзями та суспільством.

Депресія може статися з кожним. Люди, які пережили жорстоке поводження, серйозні втрати або інші стресові події, частіше схильні до розвитку депресії.

Розглянемо погляд на депресію таких дослідників як Б. Хенкін та Дж. Гріфт. Вони виділяють чотири основні симптоми депресії:

А. Депресивний розлад почуттів. Він включає в себе відсутність радості, глибоку тугу, внутрішній неспокій, страх, дратівливість, почуття порожнечі, зневіру, почуття провини, безнадійності, апатії та відсутність енергії.

Б. Порухення мислення. Воно виявляється загальною загальмованістю, депресивним характером думок (негативне уявлення про себе, світ та майбутнє), «помилками когнітивного мислення», утрудненнями у прийнятті рішень, проблемами з концентрацією та пам'яттю, а у важких випадках – депресивними маревними ідеями (хибні уявлення про можливість збідніти, свою гріховність та самоприниження).

В. Розлади моторики, що виражаються гіподинамією, депресивним заціпенінням, уповільненістю, маскоподібним виразом обличчя та опущеними плечима. Або навпаки – помітною нерестом, тенденцією до метушливості або беззмістовної діяльності.

Г. Соматичні/вегетативні порушення. Включають в себе відчуття безсилля, швидке виснаження, порушення сну, головний біль, запаморочення, сухість у роті, відчуття стиснення в грудях і серці, неможливість проковтнути «щось» у горлі, пришвидшене серцебиття, внутрішнє тремтіння, напади пітливості, втрата ваги, біль у шлунку, відчуття тиску в шлунку, здуття,

закрепи, хронічні проноси, позиви до сечовипускання, біль у нижній частині живота та хронічний біль, схожий на ревматичний, а також порушення сексуальної функції.

Загальні симптоми депресії у дітей та підлітків можуть дещо відрізнятися від симптомів у дорослих. Д. Бхомік, К. Кумар, Ш. Шриваставаз, Ш. Пасванц виділяють наступні:

- У дітей молодшого віку симптоми депресії можуть включати сум, дратівливість, безнадію та занепокоєння.
- Симптоми у підлітків та юнаків можуть включати тривогу, гнів та уникнення соціальної взаємодії.
- Зміни в мисленні та сні є поширеними ознаками депресії у підлітків та дорослих, але не настільки поширеними у дітей молодшого віку.
- У дітей та підлітків депресія часто виникає разом з проблемами поведінки та іншими психічними розладами, такими як тривога або розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ).
- У дітей, які страждають на депресію, може погіршитися успішність у школі [39].

Клініко-психологічні наукові дослідження молодіжної депресії розпочалися наприкінці 1970-х років, а з середини 1990-х років і дотепер спостерігається стрімке розширення досліджень і накопичення знань [51].

Б. Хенкін та Дж. Гріфт надають короткий огляд ризиків молодіжної депресії та факторів, що її підтримують:

1. Політичні, економічні та культурні фактори.
  - Політична нестабільність/насилство;
  - Вплив збройних конфліктів;
  - Структурний расизм та інші форми гноблення на основі ідентичності;
  - Нерівність доходів;
  - Бідність;
  - Продовольча та/або житлова нестабільність;

## 2. Жорстоке поводження з дітьми.

- Емоційне/психологічне насильство;
- Фізичне насильство;
- Сексуальне насильство;
- Зanedбаність;

## 3. Сімейне середовище.

- Посилення негативного батьківського виховання (наприклад, коли опікун залишає дитину, ворожість, надмірна опіка);
- Зменшення позитивного виховання (наприклад, теплота та підтримка опікуна);
- Сімейний / міжбатьківський конфлікт;
- Психічні захворювання батьків;

## 4. Міжособистісне середовище / середовище однолітків.

- Віктимізація / знуцання з боку однолітків;
- Насильство під час знайомства;
- Міжособистісний конфлікт та інші форми міжособистісного стресу;
- Соціальна ізоляція / самотність;

## 5. Серйозні екологічні стреси.

- Стихійні лиха;
- Пандемія / обмеження, пов'язані з пандемією;

## 6. Міжособистісна вразливість.

- Невпевнена прив'язаність;
- Пошук негативного зворотного зв'язку;
- Надмірний пошук заспокоєння;

## 7. Поведінкові вразливості.

- порушення сну;
- вживання психоактивних речовин;

## 8. Когнітивні вразливості.

- негативний інференційний стиль;
- дисфункціональні установки;

- румінація;

#### 9. Емоційна/темпераментальна вразливість.

- Низький позитивний афект/позитивна емоційність;
- Високий негативний афект/негативна емоційність;
- Низький емоційний контроль;

#### 10. Біологічна вразливість.

- Дисрегуляція НРА;
- Запалення;
- Аберантні моделі нейронних зв'язків;
- Структурні/об'ємні відмінності в лімбічних і префронтальних областях мозку;
- Функціональні/активаційні відмінності в лімбічних і префронтальних областях мозку [51].

У своїй роботі «Симптоми депресії, причини, ліки та методи лікування» Д. Бхоумік, С. Кумар, С. Шривастава, Ш. Пасван, А. Дутта розглядають важливі аспекти депресії. Автори надають інформацію про симптоми депресії у літніх людей. За їх думкою, депресія не є нормальною частиною процесу старіння, і більшість людей похилого віку почуваються задоволеними своїм життям. Однак депресія може траплятися і трапляється у людей похилого віку.

- У літніх людей депресія може залишатися недіагностованою, оскільки симптоми – наприклад, втрата апетиту, проблеми зі сном або втрата інтересу до сексу – можуть здаватися викликаними іншими захворюваннями.
- Старші люди з депресією можуть мати менш очевидні симптоми. Вони можуть відчувати незадоволеність життям в цілому, нудьгу, безпорадність або нікчемність. Вони можуть завжди хотіти залишатися вдома, замість того, щоб виходити на вулицю, спілкуватися або займатися новими справами.
- Суїцидальні думки або почуття у літніх людей є ознакою серйозної депресії, до якої ніколи не слід ставитися легковажно, особливо у

чоловіків. З усіх людей з депресією чоловіки похилого віку мають найвищий ризик суїциду.

Депресивні ознаки та симптоми характеризуються не тільки негативними думками, настроєм і поведінкою, але й специфічними змінами у функціях організму (наприклад, приступи плачу, болі в тілі, низький рівень енергії або лібідо, а також проблеми з харчуванням, вагою або сном). Зміни нервової системи в мозку спричиняють багато фізичних симптомів, які призводять до зменшення участі та зниження або підвищення рівня активності.

Депресія може співіснувати практично з будь-яким іншим психічним захворюванням, погіршуючи стан тих, хто страждає від поєднання депресії та іншого психічного захворювання. Депресія у людей похилого віку має тенденцію до хронічного перебігу, низький рівень одужання. Це викликає особливе занепокоєння з огляду на те, що серед літніх чоловіків, особливо серед білих чоловіків, найвищий рівень самогубств.

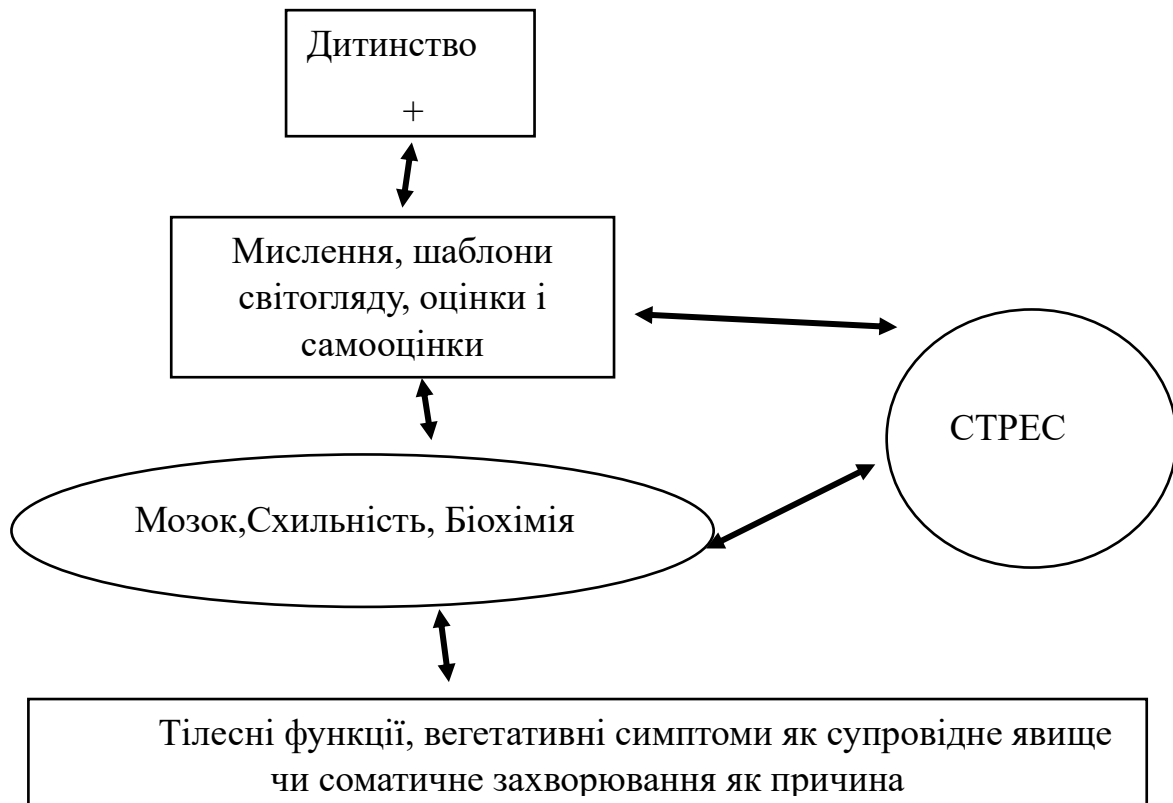
Важливо також зазначити типи депресії, які виділили автори статті. Нижче ми розглянемо три найпоширеніші типи депресивних розладів. Велика депресія характеризується поєднанням симптомів, які тривають щонайменше два тижні поспіль, включаючи сумний та/або дратівливий настрій, що перешкоджають здатності працювати, спати, їсти та насолоджуватися колись приємними заняттями. Труднощі зі сном або їжею можуть проявлятися у формі надмірної або недостатньої активності.

Дистимія – це менш важкий, але зазвичай більш тривалий тип депресії порівняно з великою депресією. Вона включає в себе тривалі (хронічні) симптоми, які не призводять до інвалідності, але заважають хворій людині функціонувати на повну силу або відчувати себе добре.

Біполярний розлад (маніакальна депресія). Іншим типом депресії є біполярний розлад, який охоплює групу розладів настрою, що раніше називалися маніакально-депресивною хворобою або маніакальною депресією. Ці стани мають особливий характер успадкування. Під час депресивного

циклу людина може відчувати будь-які або всі симптоми депресивного розладу. Під час маніакального циклу можуть спостерігатися деякі або всі симптоми «манії» [39].

С. Пфайфер у своїй книзі «Депресія: хвороба сучасності» зазначає, що у виникненні депресії беруть участь багато комплексних факторів (рис. 1.1) [14].



**Рис. 1.1.** Фактори, що спричиняють виникнення депресії [14].

К. Даунінг-Орр у своїй роботі «Переосмислення депресії: Чому сучасні методи лікування не спрацьовують» окреслює нейрохімічну теорію виникнення депресії. Оскільки депресія явно і фундаментально впливає на фізіологію організму, а саме цій галузі досліджень зараз приділяється найбільша увага, авторка вважає важливим обговорити деякі аспекти біохімії депресії [45].

На думку багатьох дослідників (наприклад, Дж. Шайлер у 1974 році), є кілька важливих причин, чому депресія повинна розглядатись в першу чергу як фізіологічний розлад.

К. Даунінг-Орр зазначає, що депресію часто описують як наслідок хімічного дисбалансу в мозку, і більшість сучасних досліджень виявили зв'язок між певними хімічними речовинами, так званими нейротрансмітерами, і розладами настрою. Вважається, що нейромедіатори, роль яких полягає у передачі повідомлень по всьому мозку, особливо важливі у виникненні депресивних розладів, оскільки одна з їхніх функцій полягає у регулюванні настрою. Якщо рівень певних нейромедіаторів стає аномально низьким, може виникнути депресія; так само, якщо цей рівень занадто високий, можуть розвинути симптоми манії. Відкриття антидепресантів у 1950-х роках вперше дало науковій спільноті важливі підказки про роль нейромедіаторів у регулюванні настрою. Два конкретні препарати, названі трициклічними антидепресантами (ТЦА) та інгібіторами моноаміноксидази (МАО), виявилися ефективними для полегшення симптомів депресії.

Вивчення мозку є особливо проблематичним, оскільки неможливо безпосередньо виміряти рівень нейромедіаторів, тому необхідні непрямі методи, які є дещо грубими. Дослідники повинні вдаватися до вимірювання речовин, відомих як метаболіти, які є побічними продуктами, що залишаються після розпаду хімічних речовин

Вченими були відкриті нейромедіатори, які були причетні до депресивного захворювання, що призвело до ідентифікації більшої кількості підтипів уніполярної депресії. Згодом був відкритий серотонін, ще один моноамінний нейромедіатор, який також регулює настрій. Оскільки люди з дуже низьким рівнем цього нейромедіатора виявляють більше суїцидальних і вбивчих тенденцій, виявлення серотоніну стало великим проривом. Зрештою було розроблено новий тип трициклічного препарату, амітриптилін, який вибірково підвищує рівень серотоніну замість норадреналіну. Відкриття норадреналіну і серотоніну та їхньої ролі в регулюванні настрою було особливо важливим, не в останню чергу тому, що воно надало переконливі докази складності депресії і того, що потенційно існує дуже багато підтипів уніполярної депресії.



Також К. Даунінг-Орр зазначає про зв'язок циркадних ритмів і депресії. Існують переконливі докази того, що депресія у деяких людей може бути результатом порушення циркадних ритмів, які керують обома осциляторами, і що ця епізодична десинхронізація внутрішніх функцій і стимулів навколишнього середовища може пояснювати багато симптомів депресії. Було проведено кілька експериментальних досліджень за участю людей без депресії, яких просили провести деякий час у кімнаті без вікон і годинника, який би показував час. У більшості випадків їхній день подовжувався до 25 годин, а біологічні ритми ставали схожими на біологічні ритми людей з депресією. Більше того, деякі з них навіть самі впадали в депресію. Наш внутрішній годинник перезавантажується щодня, і вважається, що крихітний пилинок нейронів, який знаходиться в гіпоталамусі, регулює ці функції. Шишкоподібна залоза відповідає за секрецію мелатоніну, який викликає у нас відчуття сонливості. Інша функція мелатоніну – впливати на певні клітини мозку, які виробляють нейромедіатор серотонін – речовину, також пов'язану зі сном [45].

Дослідження Л. Сіріньяно, Ф. Штрайта, Й. Франка та інших свідчать про спостережувані зв'язки між розладами настрою та біологічними ритмами. Серотонін сконцентрований у рафових ядрах мозку, які самі виробляють речовину, що викликає легкий сон. Отже, серотонін може відігравати різні ролі у зв'язку з депресією. Таким чином, схоже, що тут переплітаються кілька шляхів, і вчені продовжують досліджувати інші структури мозку, щоб з'ясувати, як вони беруть участь у розвитку розладів настрою. Отже, біологічні пояснення депресії на даному етапі далеко не прості і не переконливі [45].

С. Пфайфер зазначає, що депресивні риси характеру проявляються ще з раннього дитинства. Деякі діти вже від народження є більш задумливими, меланхолійними та чутливими, ніж їхні ровесники. Хоча вони можуть добре функціонувати при наявності позитивних стимулів, вони залишаються схильними до депресивного сприйняття світу. Такі «чутливі» діти, порівняно із менш «чутливими», частіше переживають болісні ситуації, такі як

насильство, приниження та сором. Наприклад, більше 25% пацієнтів із депресією в дитинстві зазнали сексуального насилля, але варто зазначити, що 75% не мали такого досвіду. Одним із ключових факторів ризику розвитку депресії в подальшому є рання втрата одного з батьків, смерть улюбленої матері або розрив батьківського союзу [14].

На думку К. Даунінг-Орр психологічні фактори також впливають на вразливість людини до депресії. Так, постійна депривація в дитинстві, фізичне або сексуальне насильство, кластери певних рис особистості та неадекватні способи подолання стресу (неадаптивні механізми подолання) – все це може збільшити частоту і тяжкість депресивних розладів, як із спадковою вразливістю, так і без неї. Материнський стрес під час вагітності може збільшити ймовірність того, що дитина буде схильна до депресії в дорослому віці, особливо якщо існує генетична вразливість. Вважається, що гормони стресу, які циркулюють у крові матері, можуть впливати на розвиток мозку плоду під час вагітності. Цей змінений розвиток мозку плоду відбувається таким чином, що схиляє дитину до ризику депресії у дорослому віці [45].

К. Даунінг-Орр також розповідає про когнітивні теорії депресії. В останні роки когнітивний погляд на депресію став одним з найвпливовіших серед психологічних теорій цього захворювання. Когнітивні теорії підкреслюють процеси мислення як найважливішу причину депресії. Іншими словами, те, як людина інтерпретує і думає про речі, відповідає за розвиток і підтримку депресії. Когнітивна перспектива припускає, що люди з депресією сприймають себе більш негативно, ніж їхні колеги без депресії.

Найвідомішою і найвпливовішою теорією депресії цього типу є теорія доктора А. Бека. Спираючись на свій великий клінічний досвід, А. Бек стверджує, що люди з депресією демонструють певні ірраціональні патерни мислення, які він називає когнітивною тріадою: ці люди мають негативні погляди на себе, на своє теперішнє становище і на свої майбутні можливості. Когнітивна тріада зберігається тому, що депресивні люди схильні до надмірного узагальнення свого негативного досвіду. Поширеною ілюстрацією

цього є те, що депресивні люди схильні вважати себе цілковитими невдахами на основі одного-єдиного розчарування. «Я завалив іспит, я, мабуть, абсолютно тупий у всьому, що я роблю» [7, с. 35].

На думку А. Бека, про існування когнітивної тріади свідчить те, як депресивні люди неправильно інтерпретують події у своєму житті. Більше того, депресивні люди схильні інтерпретувати досвід у негативному ключі, навіть коли більш позитивне пояснення є правдоподібним. Наприклад, якщо депресивна людина отримує підвищення на роботі, вона може приписати це везінню, а не своїй старанням. Депресивні люди, на думку цих теоретиків, шукають поразки і очікують невдачі. За словами доктора Бека, ці думки виникають в наслідок того, що в дитинстві та підлітковому віці депресивні люди набувають негативних схем або процесів мислення через різні події, включаючи втрату батьків, особисту трагедію, хворобу, соціальне відторгнення, критику з боку вчителів або батьків [8].

Всі люди мають багато різних схем, які допомагають нам організувати наше життя, бачити світ. У людей з депресією негативні схеми, набуті раніше в житті, можуть активізуватися щоразу, коли людина стикається з новими обставинами або ситуаціями, які нагадують, навіть дотично, умови, в яких ці негативні схеми були спочатку задіяні. Теорія А. Бека унікальна, бо у той час як інші теоретики розглядають людей як жертв своїх ситуацій, А. Бек займає протилежну позицію: емоційні реакції людини пов'язані з тим, як вона сприймає світ. Депресивні люди, на думку А. Бека, є продуктом власної нелогічної самооцінки.

На відміну від когнітивних теорій депресії, які наголошують на прихованих процесах, таких як ставлення до ситуації чи самого себе, поведінкові теорії натомість наголошують на тому, що депресія спричинена навчанням та факторами навколишнього середовища, і зосереджуються на явних поведінкових патернах та соціальній стороні депресії [7].

Розроблена в 1950-х роках і з багатьма варіаціями, основна передумова цієї теорії полягає в тому, що депресія є результатом зниження рівня

ефективного позитивного підкріплення, яке страждаючі отримують від людей з їхнього соціального світу, що призводить до виникнення і підтримання депресії. Хоча зниження рівня позитивного підкріплення може бути викликане багатьма різними причинами, більшість поведінкових теоретиків підкреслюють або проблеми з поведінкою людини, яка викликає негативний зворотній зв'язок з боку інших, або низький рівень підкріплення, пропонуваній іншими людьми в соціальному світі депресивного індивіда. Крім того, депресія ускладнюється відчуттям безпорадності та нездатності здійснювати або контролювати своє життя після неприємних переживань і травм, отриманих раніше в житті. Таке відчуття безпорадності та нездатності контролювати своє життя називається вивченою безпорадністю.

За однією з версій, Б. Скіннер вважав, що депресія є результатом слабкої поведінки, спричиненої порушенням типових моделей поведінки, які до цього часу позитивно підкріплювалися роботою та соціальним оточенням людини. Ч. Ферстер писав, що депресія виникає тоді, коли людина більше не отримує такого ж підкріплення, як раніше, наприклад, від роботи або партнера. Вважається, що депресивні люди мають проблеми з адаптацією до такого зменшення підкріплення, яке може бути викликане численними факторами і змінами в навколишньому середовищі. Оскільки людина повинна адаптуватися і потребує нових джерел підкріплення, це може спричинити подальші труднощі. В результаті Ч. Ферстер розробив теорію ланцюга, яка допомагає краще проілюструвати цей процес узагальнення реакції людини на більш конкретну втрату підкріплення [47].

П. Льюїсон та інші дослідники розробили власну поведінкову теоретичну перспективу, яка також є впливовою у спробах пояснити депресію. Теорія підкріплення П. Льюїсона ґрунтується на переконанні, що люди з депресією не мають необхідних соціальних навичок для отримання нормального соціального підкріплення від інших і, як наслідок, можуть навіть викликати негативну поведінку з боку інших. Наприклад, депресивні люди менше посміхаються і менше стимулюють посмішки інших, отримують менше

висловлювань підтримки, більше неприємних виразів обличчя і більше негативних зауважень від оточуючих, ніж люди без депресії. П. Льюїсон вважав, що депресія викликана високим рівнем неприємного або негативного досвіду і низьким рівнем позитивного підкріплення в основних сферах життя людини [31].

Міжособистісна теорія депресії розглядає концепцію соціальної підтримки та її зв'язок з депресією. Оскільки багато людей з депресією мають обмежене коло соціальної підтримки, вони вважають, що мають менше підтримки. Ця нестача соціальної підтримки, здається, збільшує нездатність людини впоратися зі стресовими подіями. Наприклад, у дослідженні бездомності було виявлено, що безхатні молоді люди в Лондоні та Сідней отримували величезну користь від соціальної підтримки своїх однолітків на вулицях, і що допомога, яка надавалася у формі захисту, їжі, грошей, дружби, прийняття та житла, сприяла їхньому виживанню.

Важливим питанням, яке потребує відповіді, є те, чи призводить відсутність соціальної підтримки до депресії, чи депресивна людина відштовхує соціальну підтримку [45].

Незалежно від етнічної приналежності, чоловіки виявляються особливо чутливими до депресивних наслідків безробіття, розлучення, низького соціально-економічного статусу та відсутності ефективних способів подолання стресу. Жінки, які стали жертвами фізичного, емоційного або сексуального насильства в дитинстві або з боку романтичного партнера, також вразливі до розвитку депресивного розладу. Чоловіки, які практикують секс з іншими чоловіками, особливо вразливі до депресії, якщо вони не мають партнера, не ідентифікують себе як гомосексуали або були жертвами численних епізодів антигейського насильства. Однак, схоже, що чоловіки і жінки мають схожі фактори ризику депресії здебільшого.

Жінки вдвічі більше схильні до депресії, ніж чоловіки. Проте вчені не знають однозначної причини такої різниці [51].

Одна з більш сучасних теорій депресії, про яку в своїй роботі розповідає Г. Хаслер. Вона пояснює дане явище наступним чином. Кортикотропінрелізінг-гормон виділяється з гіпоталамуса у відповідь на сприйняття психологічного стресу корковими областями мозку. Цей гормон індукує секрецію кортикотропіну гіпофіза, який стимулює надниркові залози вивільняти кортизол у плазму. Фізіологічна реакція на стрес частково залежить від статі: жінки, як правило, виявляють більшу реакцію на стрес, ніж чоловіки, що узгоджується з більшою частотою важкої депресії у жінок [53].

З. Фройд припускав, що важливим попередником депресивних станів є досвід ранньої втрати. Згідно з класичною теорією про те, що люди, яким надмірно потурали, або ж обділяли, фіксуються на тій інфантильній стадії, коли подібне ставлення мало місце. Депресивних людей спочатку розуміли як тих, кого занадто рано або занадто раптово відібрали від грудей або ж як тих людей, які перенесли якусь іншу ранню фрустрацію, яка переповнила їх здатність до адаптації. На цю концепцію вплинули «оральні» якості людей з депресивним характером, було помічено, що депресивні люди часто мають зайву вагу, що вони дійсно люблять їсти, палити, пити, говорити, цілуватися і вдаватися до інших оральних підкріплень і що вони мають тенденцію описувати свої емоційні переживання, використовуючи аналогії з їжею чи голодом. Ідея про те, що депресивні люди орально фіксовані, не зникла повністю, швидше через її інтуїтивну привабливість, ніж теоретичну значущість. З. Фройд зауважив, що люди в депресивному стані спрямовують негативні емоції на себе, у той час як вони мали б виражатись на інших, і ненавидять себе зовсім непропорційно до власних недоліків. У той час, коли фізіологічна мотивація транслювалась в лібідо і агресію, цей феномен описували як садизм (агресія) проти себе або як спрямований всередину гнів. Будучи багатообіцяючою з точки зору клінічного застосування, це формулювання було жарко зустрінуте колегами З. Фрейда, які стали допомагати своїм пацієнтам виявляти речі, які їх злили, щоб обернути патологічний процес назад [56].

Н. Мак-Вільямс зазначає, що модель спрямованої всередину агресії узгоджується з спостереженнями, що депресивні люди рідко відчують раптовий гнів. Натомість, особливо якщо їх версія депресивної особистості більш інтродективна, вони відчують провину. І така провина є частково свідоме, пронизливе почуття провинності. Депресивні люди болісно усвідомлюють кожен гріх, який вчинили, кожную добру справу, якою вони знехтували, кожне егоїстичне прагнення, яке відвідувало їхній розум [27].

Отже, депресія, безсумнівно, є одним з найбільш серйозних проблем сучасного світу, яка вимагає негайної уваги та дії на різних рівнях – від індивідуального до глобального. Це захворювання поширене серед різного роду населення: дітей, підлітків, дорослих та літніх людей. Важливо враховувати, що ця проблема не обмежується тільки індивідуальними факторами, але має широкий спектр причин, включаючи соціальні, психологічні та біологічні аспекти. До психологічних теорій депресії можна віднести когнітивні, поведінкові та альтернативні причини.

## **1.2. Воєнний стан та його вплив на психіку людини**

Будь-який воєнний конфлікт негативно впливає на психічне здоров'я людей, які його пережили. Наслідками війни можуть бути тривала фізична та психологічна шкода дорослим і дітям. Виявлено, що найчастіше як наслідок впливу війни у людей виявляються негативні психічні прояви у формі тривоги, депресії та психосоматичних проблем, таких як безсоння та різноманітні болі в області живота та спини.

С. Неговетич у своїй роботі «Наслідки війни та катастроф для здоров'я цивільного населення» подає важливу інформацію щодо наслідків війни на психіку. Вона зазначила, що більшість війн сьогодні класифікуються як внутрішні, тобто такі, що не ведуться між суверенними державами. Тим не менш, цивільне населення є основною мішенню і здебільшого змушене залишати свої землі, стаючи переміщеними особами, які живуть на кордонах

власної держави, або є біженцями. В обох ситуаціях люди змушені жити там, куди вони ніколи не збиралися їхати. Навіть ті, хто залишається на своїй землі, прямо чи опосередковано зазнають впливу війни, як, наприклад, у Сараєво під час війни і після війни в Боснії. Таким чином, існує комплекс насильницьких умов, які впливають на психічне та фізичне здоров'я людей в умовах війни та катастроф [44].

Слід зазначити, що наслідки для здоров'я, особливо психічного, часто є прихованими. Жінки та чоловіки, які зазнали сексуального насильства, зазвичай не говорять про свої психічні та фізичні проблеми, відчуваючи сором і боючись стигматизації. У багатьох людей, які пережили катування або стали свідками звірств, може розвинути посттравматичний стресовий розлад, який під впливом вищезгаданих стресорів може призвести до нових травматичних переживань. Постійна незахищеність у поєднанні з новими травматичними переживаннями роблять процес зцілення від минулого дуже складним, а іноді навіть неможливим. За всіх цих обставин продовження психосоціальних стресів, особливо економічні труднощі, втрата приватності в переповнених колективних центрах і приватних квартирах (де разом живуть кілька поколінь або сімей), неможливість працювати і заробляти собі на життя, сприяють подальшому розвитку психічного розладу [71].

В Україні була проведена велика кількість досліджень, пов'язаних із впливом війни на психіку. С. Фель, К. Юрек та К. Ленарт-Клошу у своєму крос-секційному дослідженні серед цивільних учасників бойових дій в Україні з'ясували зв'язок між соціально-демографічними факторами та депресією. Отримані дані підтверджують, що люди, які пережили численні травматичні події, в тому числі насильство, погрози, втрату або пошкодження здоров'я, включаючи акти насильства, погрози смерті, зникнення або втрату близьких, свідчення смерті та постміграційні стресові фактори, збільшують ризик виникнення проблем із психічним здоров'ям. Як зазначають автори, поза всяким сумнівом, цивільні особи є найбільш поширеними жертвами війни [48].



Згідно з дослідженням О. Чабан та О. Хаустової у населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я [21].

К. Морозюк було встановлено, що у 2/3 всіх опитаних людей, які проживають на території України під час війни, наявні порушення сну різної інтенсивності [70].

Однією з важливих проблем, з якою стикаються представники обох статей під час війни, як зазначають В. Гаврилькевич та М. Олійник, є проблема емоційного вигорання. В цілому, емоційне вигорання під час війни є однією з найбільш актуальних проблем, пов'язаних з наслідками емоційного реагування на війну. Емоційне вигорання є особливо характерним для військових, абсолютна більшість яких – чоловіки [3].

У дослідження Ю. Нерія, А. Бессер вісімдесят три учасники (61,5%) повідомили про негайну емоційну реакцію страху та безпорадності через військові атаки [24].

Результати проведеного дослідження Н. Сургунд, В. Капустіної, показали, що в умовах війни у жінок при відсутності ознак розвитку високого рівня депресивності, високий рівень тривожності фіксується у 14,8% осіб [17].

Аналіз роботи таких дослідників як Джакко Д., Лакшман Н., С. Прібе показують поширеність психічних розладів у перші роки переселення, причому лише для ПТСР, однак через 5 років після переселення показники депресивних і тривожних розладів також зростають [50].

Вплив війни та вимушеного переміщення на психічне здоров'я дітей у своїй роботі розглянули Д. Бюргін, Д. Анагностопулос, Б. Вітіелло, та інші. Війна та військова агресія, що завдають шкоди дітям, можуть мати стійкий вплив на їхнє фізичне та психічне здоров'я і благополуччя, що матиме довгострокові наслідки для їхнього розвитку. Вплив війни на дітей має такі численні наслідки як підвищений ризик виникнення специфічних психічних

розладів, дистрес від вимушеної розлуки з батьками та страх за особисту безпеку і безпеку сім'ї. Таким чином, досвід, який доводиться переживати дітям під час і внаслідок війни, різко контрастує з їхніми потребами розвитку та правом зростати у фізично та емоційно безпечному і передбачуваному середовищі [54].

А. Брайша-Жганець дійшов висновку, що серед дітей хлопчики більше страждають від довготривалих наслідків війни, ніж дівчатка [32].

Негайний психологічний дистрес та стресові реакції у дітей, які пережили війну, є важливим аспектом досліджень у сучасній науці. Стурбованість викликають можливі негативні наслідки для дитини, що зазнала впливу воєнних конфліктів, такі як трагічні втрати домівки, свідчення насильства над рідними особами, переживання руйнування, а також стресові ситуації, пов'язані з масовим переселенням, перебуванням у біженських таборах та невизначеністю щодо майбутнього. Дослідження таких науковців як А. Ліберман, К. Норр, Е. Прайфер, М. Слоун, С. Манн показують, що діти можуть демонструвати різноманітні реакції на стрес та дистрес, включаючи специфічні страхи, залежну поведінку, тривалий плач, відсутність інтересу до оточуючого середовища, психосоматичні симптоми і агресивну поведінку. Більше того, можливі негативні впливи на ігрову діяльність, такі як обмеження у фантазуванні та соціальна замкненість [62], [82], [78].

Важливо зауважити, що реакція дитини на стрес може суттєво відрізнитися від реакції дорослої людини, і це може бути пов'язано з різним рівнем розвитку їхньої соціально-емоційної та когнітивної сфер. Тому необхідно розглядати стресові реакції в контексті індивідуальних особливостей розвитку кожної дитини.

Окрім безпосередніх стресових реакцій у дітей, дослідження показують більшу поширеність певних психічних розладів серед дітей під час та після конфлікту порівняно із загальною популяцією. Більшість досліджень були зосереджені переважно на ПТСР як основному результаті, тоді як інші також оцінювали депресію та тривожні розлади. Загалом, численні мета-аналізи

свідчать про високий тягар психічних розладів і психопатології серед постраждалих від конфлікту, внутрішньо переміщених осіб та біженців [54].

Мета-аналіз факторів ризику ПТСР у дітей показав, що дотравматичні фактори та об'єктивні показники, пов'язані з самою подією, мають лише малий та середній вплив, тоді як середні та великі ефекти були виявлені для багатьох факторів, пов'язаних із суб'єктивним переживанням події та посттравматичними змінними, такими як низька соціальна підтримка, сприйняття загрози життю, соціальна замкнутість, погане функціонування сім'ї та придушення мислення. Ці дані вказують на те, що перитравматичні фактори та фактори після події відіграють важливу роль у розвитку ПТСР у дітей.

Розлука з батьками, втрата зовнішньої та внутрішньої безпеки. Під час війни діти часто розлучаються з одним або обома батьками. Розлука з кимось із батьків також може бути пов'язана з відходом на фронт одного з батьків, або ж із загибеллю. Дослідження прив'язаності показали згубні наслідки депривації та розлуки з батьками в різних контекстах і обставинах. Загалом, відомо, що розлука батьків і дітей послідовно негативно впливає на соціально-емоційний розвиток, благополуччя та психічне здоров'я дітей.

Ще однією серйозною проблемою під час боротьби з небезпекою є втрата безпечного місця проживання, що призводить до високого рівня тривалого стресу. В рамках теорії соціальної безпеки вважається, що когнітивні схеми соціальної безпеки розвиваються в дитинстві та підлітковому віці у зв'язку з оцінкою дитиною себе, соціального світу та прогнозованого майбутнього. Таке сприйняття формується під впливом реальних ситуацій, з якими стикається дитина (наприклад, жорстоке поводження та насильство), а також під впливом значення та наративів, які люди загалом і їхні батьки зокрема приписують таким подіям. Таким чином, діти, які зазнали впливу війни, позбавлені безпеки на багатьох рівнях – від індивідуального відчуття безпеки під час розлуки та втрати сімейного життя до розлуки з друзями, домівкою, містом, а інколи навіть країною. У сукупності вплив війни на дітей

величезний, починаючи від негайної реакції на стрес і підвищеного ризику виникнення специфічних психічних розладів – ПТСР, депресії і тривоги – і закінчуючи широкими наслідками розлуки з батьками і втратою безпеки. Таким чином, досвід дітей під час і безпосередньо після війни різко контрастує з потребою і правом розвиватися в безпечному, захищеному і передбачуваному середовищі [54].

Дослідження, яке було проведено І. МакЕлроєм, Ф. Хайлендом, М. Шевліним, та іншими на початку Повномасштабного вторгнення в Україну на вибірці дітей показало, що є збільшення кількості повідомлень батьків про інтернальність, екстернальність та проблеми з увагою у дітей. Різні індивідуальні, сімейні та пов'язані з війною фактори були пов'язані з підвищеним ризиком у всіх трьох сферах [33].

К. Журбою було доведено, що підлітки, які переживають війну, страждають від стресу, депресій, тривожності, ПТСР, втрати ідентичності, закриваються в собі, обирають добровільну соціальну ізоляцію та асоціальну поведінку. Підтверджено, що смисложиттєві цінності є умовою виживання підлітків у період війни через формування емоційної стійкості, планування життя та врахування досвіду виживання минулих поколінь в умовах війни, створення власного досвіду виживання [4].

Військовий конфлікт може призвести до деградації соціальних структур, або спричинити зниження рівня взаємодії та зростання відчуття відчуженості. Це може бути причиною зменшення соціальної активності та збільшення відчуття ізоляції [58].

М. Хараджи та Г. Труніна зазначили, які саме фактори впливають на інтенсивність та тривалість переживань складних емоційних станів студентами таких як стрес, депресія та агресія. Деякі з цих факторів: безпека і загроза, втрата близьких і розлука, травми і стрес, нестабільність, економічні труднощі, територіальне розміщення, соціальна ізоляція, медійний вплив, перспектива майбутнього, роль у військових діях, ресурси і підтримка [19].

Т. Бетанкур, К. Кіган, Дж. Фаррар і Р. Бреннан дослідили вплив війни на психічне здоров'я та благополуччя поколінь. Молодь, яка постраждала від війни, живе в умовах насильства, втрат і розлуки під час збройного конфлікту, а також постійних труднощів. Контекстуальні та індивідуальні фактори впливають на те, чи вдасться такій молоді успішно подолати наслідки цих травм [81].

Відомо, що жінки та діти піддаються більшому ризику, що тяжкість пережитого стресу корелює з психологічними та психіатричними наслідками, що негаразди в ранньому віці та особиста і сімейна психіатрична історія пов'язані з вищим ризиком, а соціальна та психологічна підтримка є основними факторами, які можуть пом'якшити травми, пов'язані з війною, особливо з огляду на особливу роль культурних традицій та релігій. Посттравматичні симптоми можуть спостерігатися у дітей у віці 1,5-5 років, якщо вони зазнають щоденної травми, пов'язаної з війною, з певними особливостями і, як правило, пов'язані з регресом у розвитку, що передбачає довготривалі наслідки [66].

Іншими частими наслідками є obsесивно-компульсивний розлад, соматизація і постійний біль, складний ПТСР, тривалі реакції горя, зловживання психоактивними речовинами, дисоціація і розлади харчової поведінки. Порушення психічного здоров'я у біженців є довготривалими (роки) і залежать від постміграційного соціально-економічного статусу. Жертви громадянських війн мають такі ж проблеми з психічним здоров'ям, як і інші жертви війни, з високою поширеністю ПТСР, тривожності, розладів сну, психологічних порушень і параноїдальних ідей.

Загалом, існуючі дослідження надають переконливі докази того, що цивільне населення, яке зазнало впливу воєнних стресів, мають серйозні довготривалі негативні наслідки для психічного здоров'я. Вони включають всі типові травматичні розлади і психологічні наслідки, часто в більш важкій формі, ніж у ветеранів війни, з більшою частотою і з більшою тенденцією до передачі з покоління в покоління. У певному відсотку випадків, навіть за умови виконання всіх позитивних рекомендацій, гостра реакція на стрес, пов'язана з

бойовими діями, переростає в більш серйозний і тривалий стан – ПТСР, пов'язаний з бойовими діями [66].

Дослідження свідчать, що окремі симптоми ПТСР простежуються практично у всіх учасників бойових дій. ПТСР є дуже поліморфним і високо коморбідним станом, пов'язаним не тільки з симптомами і синдромами, які вважаються «типовими» (виникнення після екстремального стресу, уникнення обставин стресової ситуації, порушення пам'яті, підвищена психологічна чутливість і збудження), але й з емоційними розладами (депресивні симптоми), когнітивними порушеннями, змінами особистості, адиктивною поведінкою і самошкодженням. Окрім більш тяжких проявів, можуть мати вплив деякі додаткові психосоціальні фактори, такі як специфічне почуття провини, низька соціальна підтримка та неприйняття певної групи ветеранів громадською думкою. Деякі ветерани зі зляканою формою тривоги та ширшим, ніж зазвичай, спектром клінічної симптоматики з тяжкими психосоціальними порушеннями можуть підпадати під діагностичну категорію розладів екстремального стресу, або комплексного посттравматичного стресового розладу (К-ПТСР).

Комплексний ПТСР – це психологічна травма, яка є результатом тривалого впливу тривалої соціальної та/або міжособистісної травми в контексті полону або захоплення, що призводить до відсутності або втрати контролю, безпорадності, деформації ідентичності та почуття власної гідності. К-ПТСР відрізняється від ПТСР, соматизаційного розладу, дисоціативного розладу ідентичності та пограничного розладу особистості, але схожий на них.

Найважливішою особливістю ПТСР є те, що він починає розвиватися з часом і триває місяцями або роками, іноді з тенденцією до хронізації. Пацієнти з ПТСР можуть мати довгострокові наслідки, які можна розділити на кілька груп: (1) хронічна форма ПТСР і стійкі зміни особистості після катастрофічного досвіду, (2) коморбідні психічні розлади, такі як депресія, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, і (3) соматичні захворювання, пов'язані з хронічним ПТСР. Все це може негативно впливати

на здатність таких пацієнтів функціонувати в сімейному, соціальному та робочому середовищі, а також заважати лікуванню і перешкоджати одужанню.

Оскільки на розвиток ПТСР впливає низка етіологічних факторів, включаючи біологічні, соціальні та психологічні, механізми, що призводять до довготривалих наслідків, неминуче є складними. Крім того, вплив подій, які перевантажують механізми подолання, може пошкодити системи саморегуляції, необхідні для відновлення організму до попереднього стану, а деякі дослідження підкреслюють важливість змін у «вхідній фільтрації» в центральній нервовій системі, яка допомагає відрізнити релевантні стимули від нерелевантних.

Це може призвести до того, що травмована особа може мати труднощі з розрізненням безпечних і загрозливих ситуацій. Деякі дослідження вказують на те, що наявність дисоціації на ранніх стадіях гострого стресового розладу є одним з можливих прогностичних факторів розвитку хронічного ПТСР. ПТСР є розладом з наявністю коморбідних розладів до 80-90%. Найбільш поширеними коморбідними розладами є великий депресивний розлад, тривожні розлади, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами та психотичні розлади [64].

Результати дослідження Н. Ковальської, А. Жук та В. Корженко показують, що переживання конфлікту, страх за власну безпеку, втрата близьких, економічна нестабільність та низка інших стресових чинників сприяють розвитку психічних розладів, таких як: посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожність та інші. Особливу увагу потребує підтримка та допомога вразливих груп населення, таких як: ветерани, діти, люди похилого віку, а також особи, які проживають у зоні конфлікту [7].

В. Лефтеров серед чинників, що впливають на психологічну адаптацію вимушено переміщених осіб виділяє: наявність мети у житті та особистісний ріст; занепокоєння про майбутнє та життєва включеність; соціальна інтеграція та активна участь; економічний чинник [10].

Дослідження психічних розладів серед цивільного населення у Другій світовій війні Р. Фрунфелькера, С. Гілмана, Т. Бетанкур, та інших показують, що серед цих цивільних осіб поширеність психічних розладів, зокрема ПТСР і депресії, вища, ніж серед інших людей у загальній популяції. Крім того, серед населення, яке постраждало від війни, особи, які були переміщені, мають вищі шанси на ПТСР, глибоку депресію і загальний психологічний дистрес, ніж ті, хто не був переміщений.

В останні десятиліття дослідники вивчали людей, які пережили Другу світову війну, щоб зрозуміти довгостроковий вплив війни на психічне здоров'я. Значна кількість досліджень за участю підгруп, включаючи ветеранів Другої світової війни, тих, хто пережив Голокост, і дітей, евакуйованих під час війни, показала, що психологічний дистрес часто зберігається протягом багатьох років. Існуючі дослідження Другої світової війни часто зосереджувалися на когортах, які зазнали дуже специфічних травматичних подій під час війни, таких як перебування у військовому полоні або ув'язнення в концтаборі. Менше досліджень вивчали довгострокові наслідки для психічного здоров'я у репрезентативних вибірках, які включали повний спектр осіб з країн, що брали участь у Другій світовій війні, або порівнювали осіб з цих країн, які відрізнялися за інтенсивністю їхнього впливу на війну [35].

У своєму дослідженні К. Штраус, У. Дапп та інші також з'ясували, що посттравматичний стрес і депресія зазвичай можуть виникати понад 60 років після Другої світової війни [74].

Дослідження М. Кларич, Б. Кларич та інших показало, що жінки в Боснії та Герцеговині, які безпосередньо зазнали тривалої та екстремальної воєнної травми, мали серйозні посттравматичні та загальні психологічні симптоми навіть через 10 років після війни [59].

Дослідження Б. Кардозо, Р. Кайзерк, К. Готвей і Ф. Агані психічного здоров'я косовських албанців через рік після закінчення конфлікту показує, що у них зберігаються значні проблеми з психічним здоров'ям. Зростання поширеності ПТСР свідчить про стійкі психічні захворювання, які можуть



сприяти виникненню почуттів ненависті і помсти, а також потенційному насильству, що виникає на ґрунті цих почуттів [67].

Важливе дослідження було проведено на півдні Хорватії Я. Муњи́за, Д. Брітвіч, М. Радман та іншими через п'ятнадцять років після війни. Це була спроба дослідити, чи люди, які мають клінічно значущі особистісні проблеми через 15 років після війни, більш схильні до впливу важкої травми, пов'язаної з війною, ніж ті, хто не має значних особистісних труднощів. Було набрано 268 учасників: 182 пацієнти, які отримали позитивні результати за Міжнародною шкалою оцінки розладів особистості (IPDE), і 86 контрольних осіб, які не отримали позитивних результатів за IPDE.

Учасники (з позитивним результатом IPDE) у вісім разів частіше повідомляли про отримання важкої травми, пов'язаної з війною, ніж контрольна група. Цей зв'язок збільшився після поправок на демографічні фактори. Типи важкої травми, про які найчастіше повідомляли учасники, були пов'язані з тим, що їхнє власне життя перебувало в безпосередній небезпеці, або вони були свідками надзвичайного насильства над іншими людьми, або були наслідком насильства над іншими (вбивства, катування, бачили обгорілі або понівечені тіла). Поширеність депресії, тривоги та ПТСР була високою серед позитивних за IPDE учасників через 15 років після пережитої травми війни. Рівень міжособистісної дисфункції у них був значно вищим, ніж у контрольній групі. Споживання алкоголю в цих випадках було значно вищим і становило в середньому 14,24 одиниць на тиждень порівняно з контрольною групою, де середня кількість одиниць алкоголю становила 9,24. Аналогічно, значно більша кількість респондентів повідомили про поточне зловживання психоактивними речовинами.

Вплив важкої травми, пов'язаної з війною, є фактором ризику міжособистісної дисфункції через 15 років після того, як люди зазнали впливу збройного конфлікту [75].

Результати дослідження Дж. Ікін, М. Сім, Д. Маккензі та інших, показують, що приблизно через п'ять десятиліть після Корейської війни

австралійські ветерани-чоловіки, які вижили, мають помітно гірше психологічне здоров'я, про що свідчить надмірний рівень тривоги, посттравматичного стресового розладу та депресії, порівняно з групою австралійських чоловіків такого ж віку, які проживали в країні [28].

А. Чудзіцька-Чупала, Н. Гапон, С. Чіанг та інші порівняли населення Польщі, України та Тайваню на предмет наявності депресії, тривоги та посттравматичного стресу під час російсько-української війни 2022 року.

Автори зазначили, що фактори, що лежать в основі пояснювальних моделей стресу під час війни, включають як пряму травму, так і інші психосоціальні стресори, такі як фінансові втрати. По-друге, емоційні страждання, пов'язані з війною, можуть виникнути не лише внаслідок прямого впливу, але й через непрямі джерела, такі як перегляд сцен війни через телебачення чи соціальні мережі. Виходячи з теорії непрямого впливу, люди, які стурбовані війною, але живуть поза зоною бойових дій, можуть мати негативні наслідки для психічного здоров'я. По-третє, зміни в структурі суспільства під час війни часто призводили до руйнування існуючих захисних мереж, що призводило до депресії та тривоги. Більше того, почуття ідентичності людини було позбавлено жодної можливості підготуватися до цього. Це також може спричинити депресію та тривогу. По-четверте, люди можуть подолати існуючий стрес, розвиваючи механізми подолання війни.

Відповідно до теорії стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, психосоціальна реакція індивіда на війну зумовлена суб'єктивною оцінкою значення війни, а отже, залежить від сприйнятої здатності впоратися. Попередні дослідження показали, що інтенсивність травматичних життєвих подій під час війни та негативні стратегії подолання виявили суттєвий зв'язок із посттравматичним стресом, що призвело до вищих рівнів психіатричної супутньої патології та збільшення суїцидальності. Навпаки, такі стратегії подолання, як релігійна молитва та пошук підтримки членів сім'ї, покращують психічне здоров'я людей, які є свідками війни. [41].

Отже, воєнні конфлікти мають далекосяжні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людей, які їх переживають. Багато людей, які пережили війну, стикаються з серйозними проблемами психічного здоров'я у майбутньому, або переживають поведінкові зміни, які перешкоджають їхньому ефективному функціонуванню в суспільстві.

Психологічні наслідки війни можуть виявлятися у формі тривоги, депресії та психосоматичних проблем, таких як безсоння та різноманітні болі. Дослідження психічного та фізичного здоров'я цивільного населення, яке пережило війну, свідчать про загальний стрес, труднощі впоратися з ним, низьку якість життя та глибоко вкорінене почуття безпорадності. Багато людей, особливо жертви сексуального насильства та катувань, можуть страждати від посттравматичного стресового розладу, що ускладнює процес зцілення та адаптації до нових умов.

Жінки та діти виявляються особливо вразливими перед стресом війни, і їхня реакція на стрес часто виявляється більш серйозною і тривалою. Діти, які пережили війну, демонструють різноманітні реакції на стрес, включаючи специфічні страхи, агресивну поведінку, відсутність інтересу та психосоматичні симптоми.

### **1.3 Особливості прояву депресивних тенденцій у особистості під час воєнного стану.**

Депресія зазвичай спостерігається у тих, хто пережив конфлікти та катастрофи по всьому світу. Б. Абухадра, С. Дой і Т. Фудзівара у своїй роботі розглядають депресію як наслідок війни. За їх думкою, депресія – це найпоширеніший психічний розлад, і більшість людей стикалися з депресією у своєму житті прямо чи опосередковано, через друзів або членів сім'ї. Депресія характеризується низькою загальних симптомів. Ці симптоми включають постійний смуток, тривогу і почуття провини, нікчемності та безнадійності. Таким чином, люди, які хворіють на депресію більше не

зацікавлені нічим і не отримують задоволення від хобі та діяльності, які їм колись подобалися [26].

У статті медичного журналу Lancet, ВООЗ розглянули діагнози, які найчастіше були у цивільних і військових осіб, які пережили війну. Найпершим з них є депресія. Умови війни, оточення людей подіями та новинами, можуть спричинити виникнення або загострення депресії. Тяжкість цього стану, викликаного війною, може варіюватися від легких, тимчасових епізодів смутку до стійкої депресії [13].

Н. Моріна у своїй роботі зазначає, що понад чверть людей, які пережили війну, страждають на депресію. Ці показники поширеності набагато вищі серед населення, яке постраждало від війни, ніж серед людей, які не зазнали нещодавнього впливу масового насильства. Наприклад, в Європейському Союзі та США поширеність великої депресії становить менше 7%, а ПТСР – менше 4%. Крім того, отримані дані свідчать про те, що депресія є принаймні настільки ж поширеною серед тих, хто пережив війну, як і ПТСР. Крім того, серед тих, хто пережив війну, поширена коморбідність психічних розладів: близько чверті осіб, які пережили війну, страждають щонайменше від двох психічних розладів. Дослідження показують, що коморбідність депресії та ПТСР характеризується значно вищим рівнем психопатологічного дистресу, в тому числі ризиком суїциду, ніж кожний із цих розладів окремо.

Висновок про те, що депресія щонайменше так само поширена, як і ПТСР, серед тих, хто пережив війну, є ще одним важливим результатом, який має стати орієнтиром для майбутніх досліджень і політики в галузі охорони здоров'я. Це дещо суперечить тому, що в цій популяції ПТСР досліджується частіше, ніж депресія, у порівнянні з депресією. Насправді, ПТСР надмірно представлений як в епідеміологічних, так і в психотерапевтичних дослідженнях серед тих, хто пережив війну. Накопичені емпіричні дані свідчать про те, що діти та підлітки, які пережили воєнні події, також частіше страждають від поганого психічного здоров'я, ніж діти без такого досвіду [69].

О. Мішина та Г. Путянін дослідили суїцидальні ризики українського наслення внаслідок російської агресії. Було з'ясовано, що чоловіки, які є ВПО мають більших ризик суїцидальної поведінки та депресії, аніж чоловіки, які не покидали своїх домівок [9].

Дослідження соціально-демографічних факторів, які пов'язані з нижчим рівнем депресії серед цивільних учасників війни в Україні було проведено С. Фелем, К. Юреком і К. Ленарт-Клош. Воно показало фактори ризику захворювання на депресію. Таким чином, переживання численних травматичних подій, включаючи акти насильства, погрози смерті, зникнення або втрату близьких, свідчення смерті та постміграційні стреси, збільшує ризик виникнення проблем з психічним здоров'ям. Поза всяким сумнівом, як показує війна в Україні, цивільне населення є найбільш поширеною категорією жертв війни. Депресію викликає не лише втрата близьких, але й їхнє зникнення під час війни. Інше дослідження, яке розглянули автори статті продемонструвало значно вищий рівень депресії, тривоги та соматизації у жінок, у яких хтось із членів сім'ї зник безвісти, порівняно з жінками, які не мали такого досвіду.

Вищі рівні депресії, тривоги та соматизації були виявлені у жінок, у яких зникли діти, порівняно з іншими зниклими членами сім'ї. Окрім цього, дослідження показують, що рівень депресії в осіб, які втратили близьку людину, але змогли продовжити навчання, був нижчим, ніж у тих, хто не зміг цього зробити. Деякі дослідження показують, що для дітей-солдатів континуум факторів ризику та факторів захисту психічного здоров'я включає освітні можливості. Тобто для учасників війни освітні можливості є своєрідним захисним ресурсом. Можна припустити, що вони приносять користь у багатьох вимірах. Школи і, ширше, шкільне середовище відіграють невід'ємну роль у підтримці розвитку соціальних, емоційних і когнітивних навичок, наслідки яких можуть сприяти короткостроковому і довгостроковому психічному здоров'ю.

Крім того, дослідження звертають увагу на зв'язок між втратою близької людини та наявністю дітей у контексті рівня депресії. Учасники бойових дій, які мали дітей і втратили близьку людину, відчували вищий рівень стресу, ніж бездітні особи. Цей результат свідчить про те, що в умовах війни наявність дітей не тільки не виступає захисним фактором, але й посилює психічне напруження. У більшості випадків втрата близької людини є глибоким переживанням, що викликає емоційну кризу, яка запускає різні психологічні процеси та явища. Смерть внаслідок війни посилює тривогу за здоров'я і життя інших членів сім'ї, в тому числі дітей [14].

Окрім цього, фінансовий (соціально-економічний) статус і можливість доступу до медичної допомоги (наявність медичної страховки) визначають рівень вираженості депресивних симптомів серед індивідів. Незалежно від їх попереднього соціально-економічного статусу, біженці часто змушені залишити всі свої матеріальні та фінансові ресурси, включаючи бізнесові підприємства та нерухомість, заощадження та навіть документи, які підтверджують їх професійну кваліфікацію. У зв'язку з цим, багато з них прибувають до країн, що їх приймають, зі значними економічними обмеженнями та можуть зазнавати фінансової недостатності протягом тривалого періоду. Суттєвою мірою це залежить від приймаючого суспільства та готовності до інтеграції та підтримки біженців у нових умовах.

Мета-аналіз 59 досліджень, які порівнювали психічне здоров'я біженців і резидентів, показав чітку лінійну кореляцію між психічним здоров'ям біженців та їхніми фінансовими показниками, на які впливають право на працю, доступ до роботи та соціально-економічний статус. Наприклад, депресивні симптоми серед українських біженців, які проживають у Німеччині, пов'язані з нижчою якістю життя біженців у цій країні. З іншого боку, дослідження, проведене серед сирійських біженців, показало, що постміграційні умови та позитивні перспективи в приймаючих країнах можуть запобігти розладам психічного здоров'я. Нижчий фінансовий статус також може бути пов'язаний з професійною ситуацією. Дослідження, проведене

серед осіб, які були внутрішньо переміщені внаслідок насильства після виборів і проживали в таборі для паломників у Кадуні на півночі Нігерії, показало, що безробітні або пенсіонери, тобто особи з низьким рівнем доходу або взагалі без нього, мали вищий рівень депресії [31].

Доступ до медичної допомоги представляє собою ключовий аспект забезпечення психічного благополуччя осіб, що пережили війну. Результати дослідження, проведеного серед внутрішньо переміщених осіб в Афганістані, підтвердили, що як працездатні, так і непрацездатні групи виявляли високий рівень депресивних симптомів (67,7% проти 71,7%). Важливим аспектом є також правові умови, що впливають на доступність медичної допомоги. Наприклад, сирійські біженці у Лівані стикалися з обмеженнями у забезпеченні своїх прав, що призвело до обмеженого доступу до належної медичної та освітньої допомоги. З іншого боку, отримання фінансової підтримки та можливість отримати соціальні та медичні послуги сприяли покращенню психічного стану сирійських біженців, які отримали дозвіл на проживання в Німеччині.

Більшість емпіричних досліджень свідчать про те, що існує пряма залежність між віком постраждалих від війни осіб та вираженістю депресивних симптомів. На прикладі країн колишньої Югославії було виявлено, що із зростанням віку індивіда (починаючи з 40 років) збільшується ймовірність виникнення депресії. Подібні тенденції спостерігалися і серед сирійських біженців, які оселилися у Швеції, де показники поширеності депресії були вищими серед людей похилого віку. Схожі результати були отримані і у сирійських біженців, які знаходяться у Курдистані (Ірак) та Лівані, особливо серед тих, хто перевищує віковий поріг у 45 років [27].

Дослідження також підтверджують наявність взаємозв'язку між проживанням у сільських регіонах та підвищеним рівнем депресивних симптомів. Наприклад, аналіз, проведений серед молоді в Косово, регіоні, відомим історією воєнних конфліктів, демонструє, що жінки, які проживають у сільських місцевостях, виявляють більшу схильність до стресу та

потребують більш інтенсивної психологічної підтримки з боку фахівців. Інше дослідження, проведене серед ветеранів, які перебували принаймні у одній зоні бойових дій у центральній та північно-східній Пенсильванії, показало, що жінки-ветерани, які проживають у міських районах, мають підвищений ризик депресивних реакцій порівняно з тими, хто проживає в сільських місцевостях. Важливо враховувати, що, не зважаючи на тенденції до цифрової трансформації, ветерани із сільських районів часто зазнають ускладнень у доступі до медичної допомоги.

Нарешті, одруженість також знижує ризик виникнення депресії. Дослідження, проведене Б. Робертсом, К. Оцакою, Дж. Брауном, Т. Оуком та Е. Сондорп серед внутрішньо переміщених осіб на півночі Уганди, показало, що одружені особи менш схильні до розвитку депресії порівняно з розлученими, або овдовілими/вдівцями. Крім того, дослідження ветеранів війни та їхніх дружин показує, що задоволеність дружин від шлюбу з ветеранами війни залежить від рівня депресії. Серед американських ветеранів-чоловіків, які брали участь в операціях «Нескорена/Іракська свобода», третина повідомили, що розлучилися або розійшлися з партнерами через участь у воєнних операціях. Порівняно з ветеранами, які змогли зберегти шлюб, ті, хто розлучився або розійшовся внаслідок бойових дій, зазнали сильнішого стресу під час і після розгортання, а також значно меншої соціальної підтримки [19].

Емпіричні дані, отримані в результаті дослідження серед жінок-ветеранів збройних сил Сполучених Штатів Америки, свідчать про те, що статус відносин взаємозв'язаний з виявленою депресією. Ветеранкам, які перебували у стані самотності (тобто, були розлучені, вдовами або жили самотньо), діагноз депресії встановлювався на 1,3 рази частіше, ніж у тих, хто мав партнерські зв'язки (тобто були одружені, мешкали з партнером або мали стабільні стосунки). Крім того, відповідно до дослідження, проведеного серед сирійських біженців у Лівані, розлучення або роздільне проживання з більшою ймовірністю призводило до виражених симптомів депресії. Проте серед



науковців існує дискусія щодо важливості демографічних факторів, таких як вік або місце проживання, у формуванні цього взаємозв'язку [48].

А. Заєнковська, І. Казмерчак та М. Бодецька-Зич провели дослідження емоційно-тематичної матриці снів під час війни і з'ясували, як на це впливає депресія. Дослідження виявило зв'язок між рівнем депресії і їхнім відношенням до змісту сновидінь [47].

Інше дослідження, яке було проведене К. Льоренте, К. О'Коннеллом та іншими, було зосереджено на психічному здоров'ї ветеранок війни, показало, що серед ветеранок велика депресія слідує за появою інших коморбідних розладів. Серед ветеранок середнього і старшого віку жінки з депресією мали на 60% більший шанс захворіти на ішемічну хворобу серця, ніж жінки без депресії. З кожним додатковим супутнім психічним розладом ризик може збільшуватись на 40%. Таким чином, рання діагностика та лікування депресивних розладів у поєднанні з оцінкою загального стану здоров'я та рекомендаціями щодо вибору здорового способу життя, включаючи фізичну активність, є надзвичайно важливими і, можливо, життєво важливими для ветеранок [63].

Після завершення військової служби, ветерани піддаються вимогам щодо адаптації до повсякденного життя, включаючи включення в професійну діяльність, відновлення соціальних зв'язків. Цей процес адаптації, а також виникнення психологічних розладів, є об'єктом детальних післявоєнних наукових досліджень. Результати детального дослідження Г. Елдера, Е. Кліпп показали, що через 20 років після повернення з Другої світової війни ветерани відчували хронічні розлади; їхня симптоматика була безперервною і з часом посилювалася. Спогади та емоції, пов'язані з бойовими подіями, які люди придушують і применшують, щоб жити «нормальним життям», можуть повернутися в подальшому житті і призвести до депресивних симптомів. Тригерами можуть бути такі втрати, як смерть чоловіка/дружини, братів/сестер і друзів (особливо друзів, які пройшли військову службу). Ці втрати призводять

до того, що люди похилого віку, які залишилися в живих, мають обмежену мережу соціальної підтримки [46].

Інші суттєві втрати можуть включати втрату фізичного здоров'я та працездатності, а також вступ у період пенсійного віку. Механізми подолання труднощів, що виникають у похилому віці, можуть бути ослаблені, що підвищує вплив цих втрат та збільшує ризик розвитку депресивних розладів. Доведено, що психіатричні симптоми, пов'язані зі військовими діями, мають значний та стійкий характер протягом тривалих періодів часу [44].

Дослідження М. Крімера, П. Морріс, Д. Біддл та П. Елліотт підтверджує, що поширеність великої депресії протягом життя серед учасників Другої світової війни та Корейського конфлікту, а також серед ветеранів інших бойових дій, складає 42% [83].

М. Хасановичем та І. Паєвич було проведено дослідження зв'язку цінностей ветеранів з тяжкістю депресивних тенденцій. Було виявлено, що показник індексу релігійних моральних переконань негативно корелює з віком, середнім балом за пережиту травму та тяжкістю депресії. Респонденти з вищим індексом моральних переконань демонстрували значно нижчий рівень тяжкості травматичного досвіду та меншу схильність до депресії. Ветерани війни, які повідомили про значно більший травматичний досвід, мали значно нижчий рівень індексу релігійних моральних переконань [52].

В індивідуальних дослідженнях серед схильних до стресу людей, зокрема людей з серйозними захворюваннями, Х. Кеніг виявив більш суттєвий вплив релігії на поширеність і перебіг депресії. Він порівняв тисячу депресивних стаціонарних пацієнтів у віці 50 років і старше, які страждали від застійної серцевої недостатності або хронічних легеневих захворювань, з 428 недепресивними пацієнтами з аналогічними захворюваннями.

Релігійні когнітивно-поведінкові моделі допомагають зменшити прояви депресивності, нейтралізувати її більш здоровим і ефективним способом, забезпечуючи правдиве сприйняття реальності, швидшу соціалізацію, більшу стійкість до фрустрації, ефективніше подолання конфліктних ситуацій, більшу

змістовність, більше прагнення до вищих цілей, раціональну організацію та використання психічної енергії [60].

У Шрі-Ланці також були проведені дослідження поширеності психічних розладів, пов'язаних зі збройним конфліктом у країні, наприклад такими дослідниками як Ч. Сірівардхана та К. Вікрамаг. Ними було проведено масштабне і репрезентативне перехресне опитування, яке мало на меті зрозуміти зв'язок між психічним здоров'ям і переміщенням. Воно проводилося через кілька місяців після припинення конфлікту в регіоні. Дослідження охопило близько 1517 домогосподарств у Яфні, а також 2 табори для ВПО. Дослідження показало загальну депресію – 22,2% серед населення. Крім того, результати показали, що нинішні ВПО частіше мають симптоми ПТСР, тривоги або депресії порівняно з тими, хто не є ВПО. Дані з перехресного реєстру захворюваності пацієнтів закладів первинної медико-санітарної допомоги в 4 районах Північної області показали, що поширеність великої депресії становить 4,5%, а легкої депресії – 13,3% серед дорослого населення в постконфліктний період. Для порівняння, загальнонаціональний показник поширеності великої та малої депресії становить 2,4% та 6,7% відповідно. Результати також показали, що жінки і старші вікові групи мають сильніші симптоми депресії, а також фізичних або когнітивних розладів [76].

У 2022 році було проведено дослідження І. Лім, В. Темом та іншими, спрямоване на те, щоб краще зрозуміти загальну поширеність депресії залежно від населення та часових рамок, як серед цивільного, так і військового населення, яке зазнало війни. Дослідження виявило значну різницю в рівнях депресії та тривоги між цивільними та військовими групами.

Незважаючи на очікуваний підвищений рівень впливу насильства, бойових дій і загрози життю, попередні дослідження показали, що військова група постійно підтримувала нижчу поширеність психіатричних симптомів. Наприклад, дослідження в армії США повідомляють про відносно нижчу поширеність симптомів депресії, незважаючи на їх більшу участь у зонах, охоплених конфліктом. Можлива теорія, яка пояснює наведене вище

спостереження, полягає в тому, що неодноразовий вплив насильства під час військових навчань або попередніх розгортань призвело до десенсибілізації військових, викликаючи менш різку емоційну реакцію порівняно з реакцією населення в цілому. Однак винятком із вищенаведеної теорії було б населення, яке стало військовополоненим, які повідомили про значно вищий рівень поширеності депресії (75%), через біологічне та психологічне насильство, включаючи, але не обмежуючись, гіршими умовами життя, розлукою з рідною країною та катуваннями.

Порівнюючи поширеність депресії під час та після війни, обидва показали значну тенденцію до зниження після закінчення тієї чи іншої війни з 38,7 до 26,2% відповідно. Суттєві фактори, що сприяють спостережуваній тенденції, включають такі втручання, як соціальна підтримка та негайна емоційна підтримка постраждалим особам із використанням комплексної відповіді з інформацією про травму для надання належної допомоги психічному здоров'ю. Результати свідчать про те, що усунення постійного стресового фактора війни може значно знизити захворюваність населення в цілому, і що для значної частини постраждалого населення захворюваність часто не є тривалою. На додаток до усунення травматичних подразників, адекватна фінансова та психічна допомога з боку уряду та стабільний політичний клімат можуть зменшити довгострокову захворюваність на депресію.

Фактори, які були пов'язані зі збільшенням поширеності депресії, включали нижчий рівень освіти, більш травматичний досвід під час конфлікту, міграційний стрес, зловживання алкоголем та відому агресивну поведінку. Одне дослідження показало, що підвищена схильність до конфліктів була більш імовірно пов'язана з підвищенням рівня тривоги, тоді як соціально-економічні фактори відігравали більшу роль як провісник депресії [73].

Ф. Чарлсон, А. Флакман та інші досліджували поширеність великої депресії в популяціях, які постраждали від війни. Висновки щодо великої

депресії показують пік поширеності захворювання приблизно у 20 років із збільшенням поширеності у старшому віці [72].

На початку повномасштабного вторгнення в Україні було проведено дослідження психічного здоров'я спричинене травмою війни, населення України порівнювалось також із населенням Польщі та Тайваню. А. Чудзіцька-Чупала, Н. Гапон, С. Чіанг та інші у своїй статті описали результати даного дослідження.

Особи, які надають першу допомогу ветеранам війни та бойових дій, піддаються високому ризику психіатричної захворюваності через підвищену схильність до тривожних сценаріїв. Свідками смерті, втрати близьких та позбавлення доступу до основних життєвих необхідностей стали українські громадяни під час збройного конфлікту на території України. Поза межами країни, графічне зображення воєнних подій у соціальних мережах також може викликати негативний вплив на психологічне здоров'я осіб. Страх та невизначеність, що супроводжують військові дії, мають потенціал належного тривалого впливу на психічне здоров'я не лише українського населення, але й осіб з інших країн, як активних учасників конфлікту, так і спостерігачів здалеку. Психологічні наслідки війни можуть охопити і мешканців інших країн, однак не у такій самій мірі. Чим ближче знаходиться країна проживання до місця збройного конфлікту, тим вища ймовірність негативного впливу відображення військових подій у засобах масової інформації. Це дослідження показало, що 46,5% українців були класифіковані як такі, що мають високу оцінку депресії, що значно перевищує рівень порівняно із населенням Польщі та Тайваню [41].

М. Мадіанос, А. Сархан, Е. Кукіа у своїй роботі дослідили посттравматичні стресові розлади коморбідні з великою депресією. Поширеність посттравматичних стресових розладів (ПТСР), що супроводжуються великими депресивними епізодами (ВДЕ), досліджувалась у чотирьох районах Західного берега Палестини після другої інтифади. Було виявлено, що більша кількість біженців страждає від посттравматичного

стресового розладу, супутнього великим депресивним епізодом. Більшість респондентів, які повідомили про попередню суїцидальну поведінку, були коморбідними випадками ПТСР/ВДЕ.

Також з'ясувалось, що вибірка дорослих палестинців, які живуть в умовах масового насильства та безперервної економічної депривації, страждає від високого рівня коморбідного посттравматичного стресового розладу з ВДЕ, що є поширеним явищем серед населення, яке зазнало серйозного травматичного впливу [64].

Дослідження А. Курапова, І. Данилюка та інших під час повномасштабного вторгнення в Україну вивчало поширеність та предиктори психічних розладів, зокрема депресії серед українців. Дослідження показало, що значна частина населення України демонструє підвищений рівень депресії та стресу через війну. Жінки виявилися більш вразливими до проблем психічного здоров'я, ніж чоловіки, а молодь виявилася більш стійкою. Українці, які втекли від конфлікту до інших країн, демонстрували вищий рівень тривоги, депресії та стресу. Безпосередній вплив травми прогнозував підвищення рівня депресії, тоді як вплив «інших стресових подій», пов'язаних з війною, прогнозував підвищення рівня гострого стресу. Результати цього дослідження підкреслюють важливість задоволення потреб у сфері психічного здоров'я українців, які постраждали від конфлікту, що триває [77].

Велика депресія проявляється різними симптомами, що охоплюють пригнічений настрій, втрату інтересу до занять, безсоння, втрату або збільшення ваги, психомоторну загальмованість, втому, знижену здатність до концентрації, відчуття нікчемності та думки про самогубство. Ці симптоми різко впливають на здатність пацієнта працювати на повну силу. Також варто зазначити, що половина всіх пацієнтів, які страждають на депресію, не отримують правильного діагнозу від лікаря загальної практики. Таким чином, точний скринінг, ідентифікація та відповідне лікування є першорядним, особливо серед військовослужбовців, які знаходяться на дійсній службі та ветеранів [55].

Т. Бетанкур, Е. Ньюнем та іншими було виявлено, що симптоми депресії відрізнялись серед молодих людей з історією викрадення порівняно з молодими людьми, яких ніколи не викрадали під час війни [68].

Крістіан Р. Мехіа, А. Альварес-Ріско, Ш. Чаморро-Еспіноза та інші провели дослідження серед населення Латинської Америки, з метою виявлення зв'язку між страхом перед можливою світовою війною та наявністю серйозного чи дуже сильного рівня депресії. Населення було опитане протягом перших тижнів вторгнення росії в Україну. Категорія людей з найвищою частотою симптомів депресії були жінки. Це було продемонстровано в дослідженні Університету Меріленда, де вони виявили поширеність симптомів депресії в країнах Латинської Америки та Карибського басейну, в якому було показано, що люди жіночої та небінарної статі мають більше симптомів депресії, порівняно з чоловіками. Нарешті, депресія спостерігалася в меншій мірі серед тих, хто був старше, як показано в різних дослідженнях, де можна побачити, що молоде населення є тим, що частіше стикається з депресією. Це пояснюється тим, що саме населення, яке більше часу контактує з технологіями та інформацією з соціальних мереж, має більшу стурбованість своїм майбутнім у зв'язку з наслідками в економічній та екологічній сферах, які можуть спричинити ці проблеми [37].

П. Болтон, Дж. Басс, Т. Бетанкур та інші провели дослідження на виявлення симптомів депресії серед підлітків, які пережили війну та переміщення в Північній Уганді. Попередня якісна робота з внутрішньо переміщеними особами в постраждалій від війни північній частині Уганди виявила значні психічні та психосоціальні проблеми, у тому числі і симптоми депресії. Попередні дослідження дітей, які постраждали від збройних конфліктів, підтверджують підвищений ризик проблем із психічним здоров'ям, починаючи від труднощів адаптації до депресії та тривожних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад.

В цьому дослідженні детальніше описувались симптоми депресії, на що нам варто звернути увагу. Опис симптомів одного з респондентів: має багато

думок, хоче побути на самоті, легко дратується, тримається за голову, вживає алкоголь, думає про самогубство, не вітається з людьми, сидить на самоті, має багато турбот, не може ясно мислити, нічого не може зробити, щоб допомогти собі, не довіряє, бурмоче собі під ніс, ображає друзів, неслухняний, слабкий, постійно плаче, втрачає концентрацію в школі. Симптоми іншого респондента: має багато думок, постійно хвилюється, відчуває біль у тілі, відчуває, що мозок не функціонує, вважає себе непотрібним, думає про самогубство, говорить про проблеми, сидить на самоті, має головний біль, відчуває сум, не дбає про життя чи смерть, думає про погані речі, не хоче розмовляти, забудькуватий, слабкий, постійно плаче, втрачає інтерес до школи [56].

Проведене дослідження Л. Коврат виявило наявність депресивних станів у значної частини респондентів різних вікових груп в умовах воєнного стану. Ці показники свідчать про те, що стреси провокують виникнення депресивних станів, тобто, чим більша піддаваність стресу, тим вища вираженість депресивних станів [2].

Отже, підвищений рівень депресії спостерігається серед тих, хто має травматичний досвід конфлікту або втрати, такі як втрата близьких, здоров'я або соціальних зв'язків. Проаналізовані дослідження вказують на те, що депресія є одним з найпоширеніших діагнозів серед цивільних і військових осіб, які пережили війну. Тривалість війни та її вплив на оточення можуть підвищити ризик виникнення або загострення депресії. Дослідження психічного здоров'я після війни та конфліктних ситуацій, проведені в різних країнах, підтверджують значний вплив на психічний стан населення, зокрема поширеність депресії. Дослідження також вказують на різницю у рівнях депресії між цивільними та військовими групами, з військовими групами, що зазнали конфліктів, показник депресії може бути нижчим через феномен десенсибілізації. Однак підвищена поширеність депресії спостерігалася серед військовополонених, які були піддані більш травматичним умовам. Окрім цього, переміщені особи частіше страждають на депресію.



## Висновки до першого розділу

Воєнні конфлікти мають далекосяжні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людей, які їх переживають. Багато людей, які пережили війну, стикаються з серйозними проблемами психічного здоров'я у майбутньому, або переживають поведінкові зміни, які перешкоджають їхньому ефективному функціонуванню в суспільстві. Психологічні наслідки війни можуть виявлятися у формі тривоги, депресії та психосоматичних проблем, таких як безсоння та різноманітні болі. Дослідження психічного та фізичного здоров'я цивільного населення, яке пережило війну, свідчать про загальний стрес, труднощі впоратися з ним, низьку якість життя та глибоко вкорінене почуття безпорадності. Багато людей, особливо жертви сексуального насильства та катувань, можуть страждати від посттравматичного стресового розладу, що ускладнює процес зцілення та адаптації до нових умов.

Жінки та діти виявляються особливо вразливими перед стресом війни, і їхня реакція на стрес часто виявляється більш серйозною і тривалою. Діти, які пережили війну, демонструють різноманітні реакції на стрес, включаючи специфічні страхи, агресивну поведінку, відсутність інтересу та психосоматичні симптоми.

Депресія є одним з найпоширеніших діагнозів серед цивільних і військових осіб, які пережили війну. Тривалість війни та її вплив на оточення можуть підвищити ризик виникнення або загострення депресії. Відзначається різниця у рівнях депресії між цивільними та військовими групами, з військовими групами, що зазнали конфліктів, показник депресії може бути нижчим через феномен десенсибілізації. Однак підвищена поширеність депресії спостерігалася серед військовополонених, які були піддані більш травматичним умовам. Окрім цього, переміщені особи частіше страждають на депресію.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

#### 2.1. Методичне забезпечення та організація дослідження розвитку депресивних проявів

Для розкриття мети та завдань бакалаврської роботи, нами були висунуті наступні гіпотези емпіричного дослідження:

1. У контексті воєнного стану, українці мають мати вищий за середній рівень депресії;
2. Має існувати зв'язок між рівнем депресивних проявів українців та їхніми психологічними характеристиками, такими як рівень ангедонії, виражений або не виражений мотиваційний полюс, та рівень життєстійкості;
3. Українці, які переживають важкі депресивні стани під час воєнного конфлікту, будуть виявляти вищий рівень ангедонії, невиражений мотиваційний полюс та низький рівень життєстійкості порівняно з тими, хто не виявляє таких симптомів депресії. Припускається, що між цими психологічними характеристиками спостерігатиметься статистично значущі кореляційні зв'язки, що підтверджуватимуть взаємозв'язок між ними та рівнем депресії українського населення під час війни.

Виходячи з теоретичного аналізу проблеми, було розроблено план емпіричного дослідження, що включає:

1. Підбір опитувальника для діагностики симптомів депресії;
2. Формування вибірки. У дослідженні брали участь 33 респонденти, віком від 18 до 46 років, 22 жінки та 11 чоловіків;
4. Проведення психодіагностичного дослідження проводилось в один етап. Опитування проводилось за методиками: Шкала депресії А. Бека (BDI-II), Шкала оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS), Тест життєстійкості С. Мадді, Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана);

5. Останнім етапом є обробка даних, знаходження середнього арифметичного, середнього квадратичного відхилення по шкалах та виявлення кореляції між усвідомленістю життя та іншими ціннісними сферами;

Шкала депресії А. Бека (BDI-II). Перед описом досліджень, що стосуються психометричних властивостей Шкали депресії Бека, буде надано короткий опис BDI.

Опитувальник депресії А. Бека (BDI) – це 21-пунктовий опитувальник самостійного заповнення для оцінки тяжкості депресії у здорових та психічно хворих людей. Розроблений А. Беком у 1961 році, опитувальник спирався на теорію негативних когнітивних викривлень як центральної складової депресії. У 1978 році він зазнав змін: BDI-IA, а в 1996 році – BDI-II, обидва захищені авторським правом. BDI-II не спирається на жодну конкретну теорію депресії, і опитувальник був перекладений кількома мовами. Скорочена версія опитувальника, BDI Fast Screen для медичних пацієнтів (BDI-FS), доступна для використання в первинній медичній допомозі. Ця версія містить сім пунктів, кожен з яких відповідає одному з основних симптомів депресії, які спостерігались пацієнтом за попередні 2 тижні [65].

Опитувальник був розроблений на основі клінічних спостережень за поведінкою і симптомами, що часто зустрічаються у пацієнтів з депресією і нечасто – у пацієнтів без депресії. На основі цих спостережень було об'єднано двадцять один пункт, які у варіантах відповідей були проранжовані за ступенем тяжкості від 0 до 3. Ці пункти були обрані для оцінки інтенсивності депресії, а не для відображення певної теорії депресії. 21 симптом і ставлення включали в себе наступні: (1) Настрій, (2) Песимізм, (3) Відчуття невдачі, (4) Відсутність задоволення, (5) Почуття провини, (6) Відчуття покарання, (7) Нелюбов до себе, (8) Самозвинувачення, (9) Суїцидальні бажання, (10) Плач, (11) Дратівливість, (12) Соціальна ізоляція, (13) Нерішучість, (14) Спотворення образу тіла, (15) Пригнічення роботи, (16) Порушення сну, (17) Втомлюваність, (18) Втрата апетиту, (19) Втрата ваги, (20) Соматична заклопотаність, і (21) Втрата лібідо [30].

Опитувальник, як правило, заповнюється самостійно, хоча спочатку він був розроблений для проведення опитування підготовленими інтерв'юерами. Самостійне заповнення займає 5-10 хвилин. Період повторного заповнення BDI-II становить 2 тижні для (основних депресивних симптомів), як це описано в четвертому виданні Діагностичного та статистичного посібника (DSM-IV). BDI-II містить 21 пункт за 4-бальною шкалою від 0 (симптом відсутній) до 3 (виражені симптоми). Симптоми тривоги не оцінюються, але оцінюються афективні, когнітивні, соматичні та вегетативні симптоми, що відображають критерії великої депресії за DSM-IV. Оцінка виставляється шляхом додавання найвищих оцінок за всіма 21 пунктами. Мінімальний бал – 0, максимальний – 63. Вищі бали вказують на більшу вираженість симптомів. У неклінічних популяціях бали вище 20 вказують на депресію. У людей з діагнозом депресія бали 0-13 вказують на мінімальну депресію, 14-19 – на легку депресію, 20-28 – на помірну депресію і 29-63 – на важку депресію.

Валідність. Змістовна валідність BDI-II покращилася після заміни та переформулювання пунктів відповідно до критеріїв DSM-IV для великих депресивних розладів. Середні коефіцієнти кореляції між клінічними оцінками депресії та BDI для психіатричної та непсихіатричної популяції становлять 0,72 та 0,60. Конструктна валідність є високою для медичних симптомів, що вимірюються опитувальником,  $\alpha = 0,92$  для психіатричних амбулаторних пацієнтів і 0,93 для студентів коледжів. Було продемонстровано високу паралельну валідність між опитувальником та іншими методами вимірювання депресії, такими як Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник-D,  $r = 0,77$ . Критеріальна валідність BDI-II позитивно корелює зі шкалою оцінки депресії М. Гамільтона ( $r = 0,71$ ) з високою 1-тижневою надійністю при повторному тестуванні  $r = 0,93$  (що свідчить про стійкість до щоденних коливань настрою) та внутрішньою узгодженістю  $\alpha = 91$  [57].

Результати версії методики, яку ми використовували слід інтерпретувати так:

- 0–13 балів: мінімальна депресія або ж її відсутність;

- 14–19 балів: легка депресія;
- 20–28 балів: помірна депресія;
- 29–63 бали: важка депресія.

Шкала оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS).

У даному дослідженні була використана коротка оціночна шкала, яка називається Шкала задоволення Снайта-Гамільтона (SHAPS), для оцінки ступеня, в якому людина здатна відчувати задоволення або очікування приємного досвіду [25].

SHAPS вважається «золотим стандартом для вимірювання ангедонії при депресії», а також часто використовується для оцінки ангедонії в інших групах пацієнтів. Опитувальник SHAPS складається з 14 підтверджуючих тверджень про приємні ситуації, які зазвичай зустрічаються в повсякденному житті в різних культурах (їжа/напої, інтереси/заняття, соціальна взаємодія та приємні сенсорні відчуття). Респонденти SHAPS вказують рівень своєї згоди (безумовно/повністю згоден, згоден, не згоден і категорично не згоден) з кожним твердженням, спираючись на свої спогади за останні кілька днів. Ці часові рамки свідчать про те, що SHAPS призначений для вимірювання відносно стабільного стану ангедонії. Відповіді підсумовуються за всіма пунктами, щоб отримати єдиний бал ангедонії. Незважаючи на свою популярність, референтні значення для SHAPS відсутні, а стандартного методу підрахунку балів для опитувальника не існує. Спочатку за точку відсікання між нормальним гедоністичним тонусом і ангедонією вважалася незгода з більш ніж 2 твердженнями [29].

Дефіцит відчуття задоволення пов'язують насамперед з великою депресією і шизофренією. Ангедонія, окрім пригніченого настрою, є одним з двох основних симптомів депресії, а також одним з найважливіших негативних симптомів, що часто спостерігаються при шизофренії. Існує припущення, що ангедонія може бути маркером як депресії, так і шизофренії. Хоча ангедонія відіграє важливу роль у цих розладах, вона не обмежується ними. Нещодавні дослідження показали, що ангедонія також присутня в осіб з розладами,

пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, як частина симптоматики абстиненції. [49].

Пункти опитувальника стосуються досвіду, з яким, ймовірно, стикається більшість людей. Вважається, що переклад на інші мови для використання в різних культурних середовищах не вплине на валідність SHAPS, хоча це ще належить встановити. Існує обставина, за якої SHAPS не буде валідним, і це використання його з незрячими людьми, оскільки чотири пункти залежать від зорового досвіду. Вилучення цих пунктів і використання часткової шкали не може бути рекомендовано, але може виявитися валідним.

Як уже згадувалось вище, Шкала SHAPS охоплює чотири сфери гедоністичного досвіду: інтереси/заняття, соціальна взаємодія, сенсорний досвід і їжа/напої. Кожна з цих сфер базується лише на кількох пунктах, і наразі не рекомендується використовувати субшкали, що вказують на ці сфери. Слід зазначити, що бали для дітей не встановлені, але для підлітків і дорослих вік і стать не мають значного впливу на бали. Оскільки гедоністичний показник є важливою складовою для діагностики депресивних захворювань, тому ця шкала виявилась дуже важливою в нашому дослідженні [25].

Результат за SHAPS оцінюють як суму балів 14 пунктів із діапазоном результату від 0 до 14 балів. Чим вищий загальний бал за SHAPS, тим більш виражена ангедонія в даний час. У людей, які набрали понад 2 бали за цією шкалою, констатують знижену здатність отримувати задоволення.

Інтерпретація результатів тестування у нашому випадку ґрунтується на показниках, виражених у відсотках.

Умовні критерії інтерпретації:

- 0% ознаки ангедонії відсутні;
- 1% – 20% низький показник;
- 21% – 40% знижений показник;
- 41% – 60% середній показник;
- 61% – 80% підвищений показник;
- 81% – 100% високий показник.

Розглянемо тест життєстійкості С. Мадді. Досить багато робіт, присвячених життєстійкості, було видано в інституті життєстійкості С. Мадді. У результаті було виділено шість основних чинників, які могли б допомогти послабити вплив негативних ситуацій на людину. Це – адаптація у дитячому віці, життєстійкість особистості, підготовленість до стресів, розчленовування стресів, соціальна підтримка і навколишнє середовище. Результуючою стороною самодетермінації є життєстійкість особистості. Тому вивчення цього феномену вважаємо необхідним для глибинного розуміння сутності самодетермінованої особистості. Дослідження С. Мадді та Д. Хошаба показали, що життєстійкість – це особистісна характеристика, яка є загальною мірою психічного здоров'я людини і включає три життєві установки: залученість, контроль над подіями та готовність до ризику.

У свою модель життєстійкості С. Мадді включає не тільки конструкт компонентів, але і п'ять основних механізмів, які дозволяють життєстійкості надавати своєрідний буферний вплив на розвиток захворювань і зниження загальної ефективності діяльності особистості: життєстійкі переконання – оцінка життєвих змін як менш стресових на основі залученості, контролю і прийняття ризику; створення мотивації до процесу трансформації оволодіння собою, в основі якої відкритість до нового, готовність активно діяти в стресовій ситуації (використання життєстійких копінг-стратегій); підсилення імунної реакції через психічну і фізичну мобілізацію; підсилення відповідальності й турботи про власне здоров'я; пошук ефективної соціальної підтримки, яка буде сприяти процесу трансформації оволодіння собою, через розвиток навичок спілкування [22].

Поняття «hardiness» («життєстікість») увійшло в науковий обіг після публікацій С. Кобаси та С. Мадді, які наприкінці 1970-х – на початку 1980-х років досліджували життєстійкість менеджерів телефонних компаній. Подальші дослідження життєстійкості були активно ініційовані і зараз широко поширені в інших професійних сферах, включаючи освіту, охорону здоров'я, спорт і правоохоронні органи. Особлива увага приділялася важливій ролі

витривалості в успішній військовій підготовці та роботі військовослужбовців, а також її здатності запобігати негативним наслідкам для психічного здоров'я після важких стресів. Хоча феномен життєстійкості спочатку був визначений на основі досліджень у професійній сфері (менеджери компанії Illinois Bell Telephone), різноманітність обраних вибірок у пізніших дослідженнях призвела до використання «професійного» змісту життєстійкості в більш загальному сенсі, а існуючі методики вивчення життєстійкості не були чітко сфокусовані на професійних аспектах [61].

Опитувальник життєстійкості, використаний в цьому дослідженні був адаптований і опублікований в 2006 році О. Леонтьєвим і І. Рассказовою. Складається він з 45 пунктів і вимірює вразливість до стресу, напруження та регресивного подолання, а також фактори життєстійкості – життєстійкі переконання, життєстійке подолання та життєстійка соціальна підтримка. Фактори вразливості та життєстійкості порівнюються між собою з точки зору здоров'я.

Мета діагностики: оцінити здатність і готовність людини діяти активно і гнучко в ситуації стресу і труднощів, ступінь її вразливості до стресу і депресії.

Особистісна змінна «життєстійкість» характеризує ступінь здатності людини протистояти стресовій ситуації, зберігаючи внутрішню рівновагу і не знижуючи успішність діяльності. Життєстійкість – це система переконань про себе, про світ і про відносини зі світом. Це диспозиція, яка включає три відносно автономні компоненти: залученість, контроль і прийняття ризику. Вираженість цих компонентів і життєстійкість в цілому запобігає виникненню внутрішнього напруження в стресових ситуаціях за рахунок стійкого подолання стресів і сприйняття їх як менш значущих (на відміну від подібних конструктів, про які йтиметься нижче) [12].

Компоненти життєстійкості закладаються в дитинстві та частково в підлітковому віці, хоча можуть розвиватися і пізніше. Їх розвиток вирішальною мірою залежить від стосунків між батьками та їхньою дитиною. Зокрема, для розвитку компонента «залученості» вирішальне значення мають



прийняття і підтримка, любов і схвалення з боку батьків. Для розвитку компонента «контролю» важливо підтримувати ініціативу дитини, її бажання справлятися із завданнями підвищеної складності на межі своїх можливостей. Для розвитку «готовності до ризику» важливі багатство вражень, варіативність і гетерогенність середовища. Вираженість усіх трьох компонентів життєстійкості необхідна для збереження здоров'я та оптимального рівня працездатності й активності в стресових умовах.

Контингент: опитувальник призначений для людей віком від 18 років і старше, без обмежень за освітніми, соціальними та професійними ознаками. Процедура опитування: учаснику дослідження пропонується відповісти на 45 тверджень, обравши один із запропонованих варіантів відповіді [8].

Результати методики показують нам 4 шкали: власне сама життєстійкість, а також інші три підшкали: залученість, контроль і готовність до ризику. Залученість означає зацікавленість у своїй діяльності. Протилежне явище – відстороненість від соціальних інтересів і життя в цілому. Контроль передбачає наявність власних переконань, ідей, навіть у разі незаслуженого успіху. Протилежне явище контролю – безпорадність, нездатність відстояти свою думку, заперечити або наполягти на ній. Готовність до ризику ґрунтується на здатності людини усвідомлювати свої дії та рішення, усвідомлюючи при цьому ступінь ризику в конкретному випадку [80].

Інтерпретація результатів за кожною школою представлена у таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1.*

### **Інтерпретація результатів методики на життєстійкість**

Шкала	Рівень		
	Низький рівень	Середній Рівень	Високий рівень
Життєстійкість	0-61 бали	62-99 балів	100-135 балів
Залученість	0-29 балів	30-46 бали	47-54 балів
Контроль	0-20 балів	21-38 бали	39-51 бали
Схильність до ризику	0-8 балів	9-18 балів	19-30 балів

Розглянемо методику А. Реана «Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач». Методика складається з двадцяти запитань. Результати опитування дозволяють визначити домінуючий мотив. Так, у респондентів що отримують від 1 до 7 балів діагностуються мотиви уникнення невдачі (себто боязнь невдачі), від 8 до 13 балів – мотиваційний полюс невизначений, а ті респонденти, що отримують від 14 до 20 балів мають мотивацію досягнення успіху. Дана методика дозволяє з'ясувати тип мотивації, розуміння якого показує перспективу роботи психолога у закладах освіти, щодо корекційної роботи по покращенню навчальної діяльності. Так, мотивація на уникнення невдачі, відноситься до негативної мотивації, тому що домінують страх невдачі, бажання уникнути негативних оцінок, осуду, покарання, що приводить до зниження навчальної активності. Такі особи відрізняються підвищеною тривожністю та невпевненістю у власних силах, прагнуть уникати відповідальних завдань. Щодо мотивації досягнення успіху, то це позитивна мотивація при якій людина сподівається на успіх, є наполегливою у досягненні мети, цілеспрямованою, впевненою у своїх силах та в собі [23].

Метою цієї діагностики є визначення спрямованість мотивації особисті. Припускаємо, що мотивація має кореляцію із депресивними проявами. Зокрема, цьому припущенню передують роботи інших дослідників. Так, Д. Бьорнс та А. Фішер зазначають, що існує складний взаємозв'язок між мотивацією та депресією. Одне з досліджень припускає, що люди з депресією можуть відчувати знижений рівень щастя, що може бути пов'язано зі зниженням мотивації до діяльності, яка викликає позитивні емоції. Крім того, люди, які надають великого значення щастю, можуть ставити перед собою нереалістичні емоційні цілі, що призводить до розчарування і фрустрації, які можуть сприяти розвитку депресивних симптомів. Це дослідження також вказує на те, що хибне уявлення про щастя як про постійний стан позитиву може призвести до депресивних симптомів при зіткненні з життєвими викликами. Прагненню до щастя може перешкоджати бажання підтвердити негативні самопереконавання, що ускладнює відновлення після невдач або

негативного досвіду. Фактори, що впливають на зв'язок між мотивацією та депресією, включають професійне вигорання та психологічну стійкість. Дослідження показують, що висока мотивація до роботи може призвести до вигорання, збільшуючи ризик депресії. Натомість, краща психологічна стійкість дозволяє людям справлятися з робочими викликами, зменшуючи ймовірність вигорання та депресії. Крім того, інше дослідження вказує на те, що люди з низькою самооцінкою можуть уникати соціальних ситуацій, що призводить до соціальних труднощів, які сприяють розвитку депресивних симптомів. Мотиваційні компоненти, такі як контрольованість результату, цінність результату та витрати зусиль, також відіграють певну роль. Дослідження показують, що люди з низькою мотивацією можуть мати труднощі з пошуком сенсу в своїй діяльності, що посилює почуття безпорадності та увічнює депресивні симптоми. Нарешті, нейронні механізми, що лежать в основі мотивації та депресії, пов'язані з асиметрією альфа-коливань. Ці коливання можуть впливати на депресивні симптоми, впливаючи на когнітивні та емоційні процеси, що беруть участь у виникненні та підтримці депресії [38].

Інтерпретуються результати наступним чином:

- 1-7 балів: мотивація на невдачу (боязнь невдачі);
- 8-13 балів: мотиваційний полюс чітко не виражений;
- 14-20 балів: мотивація на успіх.

Емпіричне дослідження було проведено у формі опитування на базі інтернет-платформи Google, посилання на опитування надсилалося учасникам.

Отже, розроблена програма емпіричного дослідження, підібраний психодіагностичний інструментарій та відбір вибіркової сукупності дають змогу перейти до наступного етапу – проведення опитування, обробку результатів та аналіз отриманих даних.

## 2.2. Результати емпіричного дослідження розвитку депресивних проявів під час воєнного стану

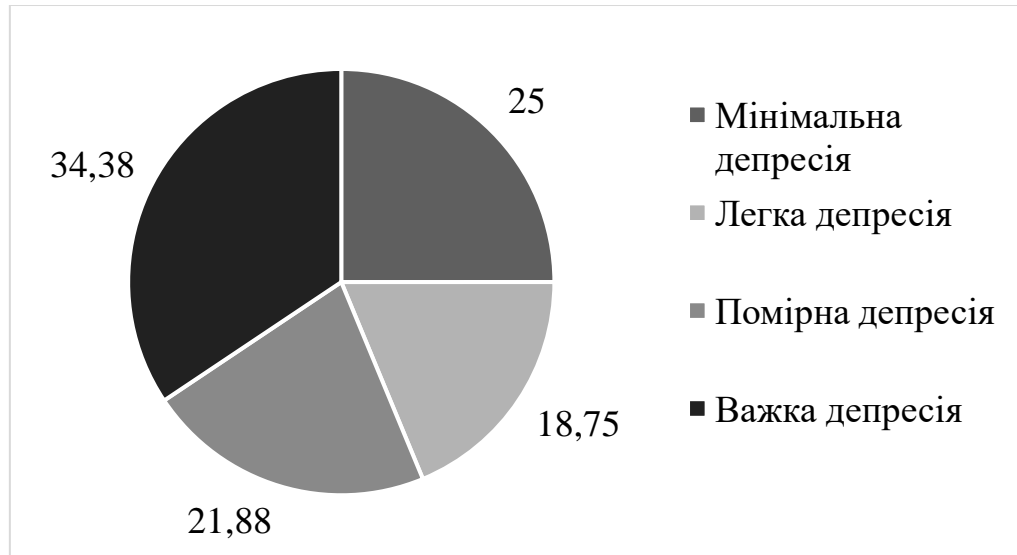
Розглянемо дані про людей, що брали участь у дослідженні (табл. 2.2.).  
Імена та прізвища людей були зашифровані.

Таблиця 2.2

### Дані про людей, які брали участь у дослідженні

№ з/п	Шифр людини	Вік	Стать	№ з/п	Шифр людини	Вік	Стать
1	А. Д.	37	Ж	16	О. А.	17	Ж
2	А. М.	20	Ч	17	О. В.	20	Ч
3	А. А.	21	Ч	18	П. З.	27	Ж
4	А. Т.	20	Ч	19	П. К.	18	Ж
5	Б. А.	18	Ж	20	П. М.	39	Ж
6	Б.В.	18	Ж	21	Р. Д.	20	Ж
7	Б.О.	46	ж	22	Р. О.	20	Ж
8	Д.О.	22	Ж	23	Р. С.	21	Ж
9	К.І.	22	Ж	24	С. Д.	22	Ч
10	К.К.	18	ж	25	С. Л.	20	Ж
11	К.О.	21	м	26	Т. Т.	20	Ж
12	К.П.	20	ж	27	Х. А.	19	Ч
13	Л. Д.	21	Ч	28	Ч. К.	21	Ч
14	М. Ж.	20	Ж	29	Я. В.	26	Ж
155	Н. Ю.	20	Ж	30	О. А.	20	Ж

Розпочати аналіз рівня депресії серед респондентів слід з інтерпретації методики Шкала депресії А. Бека, що дозволяє класифікувати вибірку згідно з їхнім рівнем депресії. В результаті аналізу було виявлено, що найвищий відсоток респондентів підпадає під категорію «важка депресія» (див. рис. 2.1.).



**Рис. 2.1.** Рівень депресії у опитаних респондентів за шкалою депресії А. Бека, %

Такі показники дають можливість припускати, що війна могла вплинути на ментальний стан українців, адже показники депресії вище середнього рівня.

Окрім цього, у даному дослідженні проведено аналіз життєстійкості українців під час війни з використанням тесту життєстійкості С. Мадді, узагальнені дані зображені в таблиці 2.3.

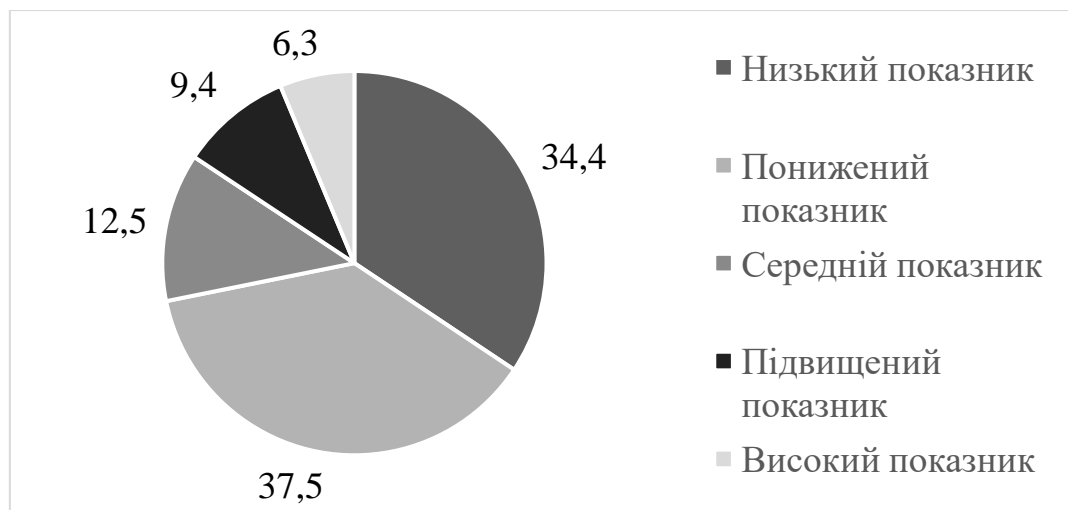
*Таблиця 2.3.*

### Аналіз результатів тесту життєстійкості С. Мадді

Шкала \ Рівень	Життєстійкість	Залученість	Контроль	Прийняття рішення
Низький рівень	59.4%	68.8%	50.0%	28.1%
Середній рівень	37.5%	28.1%	46.9%	62.5%
Високий рівень	3.1%	3.1%	3.1%	9.4%

Результати вказують на широкий спектр рівнів життєстійкості серед українського населення. За шкалою життєстійкості виявлено, що найбільший відсоток українців (59.4%) має низький рівень життєстійкості, в той час як тільки 3.1% мають високий рівень життєстійкості. У контексті шкали залученості та контролю подібна тенденція: низькі рівні становлять відповідно 68.8% та 50.0% українців, середні рівні – 28.1% та 46.9%, а високі рівні – 3.1% для обох аспектів. Щодо шкали прийняття ризику, 62.5% українців виявлено з середнім рівнем, в той час як низький рівень відмічений у 28.1%, а високий – у 9.4% респондентів. Ці результати вказують на важливі аспекти психологічного стану українського населення під час періоду війни, що може бути корисним для подальшого розуміння та планування психологічної підтримки та реабілітації.

Прямим симптомом депресії є ангедонія. У цьому дослідженні респондентам була запропонована Шкала оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS). Результати цього аналізу вказують на різноманітність рівнів ангедонії у вибірці. Подивитись результати можна на рисунку 2.2.



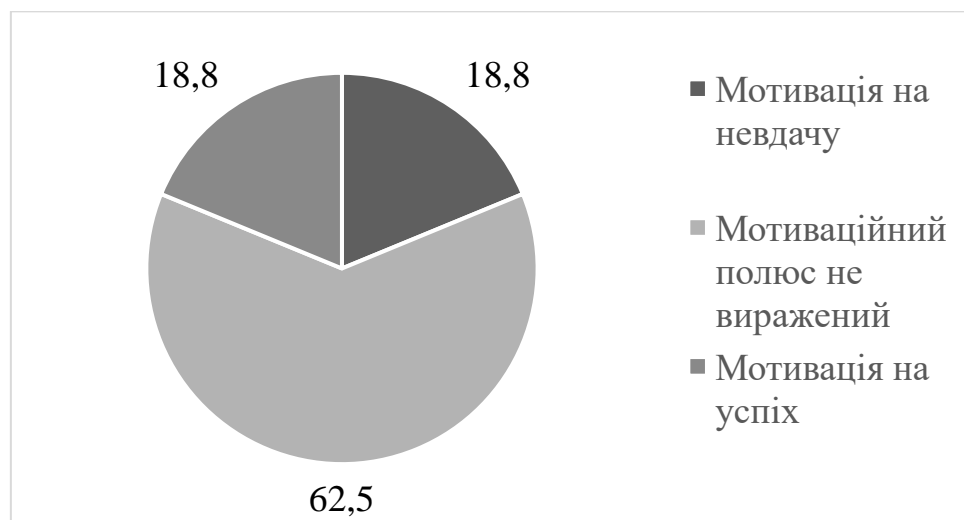
**Рис. 2.2.** Результати діагностики рівня ангедонії опитаних респондентів за Шкалою оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона, %

Згідно з отриманими даними, більшість українців (34.4%) мають низький рівень ангедонії, в той час як 37.5% виявлено з пониженим

показником. Середній рівень ангедонії відмічений у 12.5% українців, підвищений рівень – у 9.4%, а високий рівень – у 6.3% респондентів.

Ці результати вказують на значущі відмінності у переживанні ангедонії серед українського населення. Ангедонія, як відчуття втрати радості та інтересу до життя, може бути показником психологічного стану та загального благополуччя індивіда. Підвищений та високий рівні ангедонії можуть свідчити про можливі проблеми зі здоров'ям та психічним станом, тому ці дані можуть бути корисними для розробки програм психологічної підтримки та інтервенцій для тих, хто може потребувати такої допомоги.

Перейдемо до розгляду даних методики «Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана)», а саме – мотиваційного полюсу опитаних респондентів, зображені на рисунку 2.3.



**Рис. 2.3.** Результати методики «Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана), %

Варто зазначити, що може існувати зв'язок між невираженим мотиваційним полюсом (наприклад, амбівалентна мотивація, коли особа не проявляє сильного бажання досягти успіху чи уникнути невдачі), або ж мотивацією на уникнення невдачі і ризиком розвитку депресії. Особи з низькою мотивацією або амбівалентністю можуть відчувати відсутність цілей, напрямку і задоволення від досягнень, що може сприяти почуттю безсилля,

втрати інтересу до життя та зневіри. Брак мотивації може також впливати на емоційний стан особи, збільшуючи схильність до виникнення депресивних симптомів.

Наступним етапом аналізу результатів стало знаходження кореляційного зв'язку згідно висунутим гіпотезам. Для перевірки гіпотез скористаймося засобами коефіцієнтом рангової кореляції Ч. Спірмена ( $r$ -Спірмена). Для початку з'ясуємо, чи є статистично значущий кореляційний зв'язок між рівнем депресії та рівнем ангедонії респондентів. Була знайдена позитивна кореляція за коефіцієнтом Ч. Спірмена між рівнем депресії та рівнем ангедонії на рівні значущості 0,95 ( $\text{ремп.} = 0.38477$ ). Ці результати лише зміцнюють гіпотезу про те, що воєнний стан впливає на психічне здоров'я українців, які не тільки стикаються із депресивними проявами, а й також рівень депресії позитивно корелює із симптомом депресії – ангедонією. Тобто люди, які мають вищий рівень депресії – мають вищий рівень ангедонії відповідно.

Наступним кроком є пошук кореляційних зв'язків між рівнем депресії та життєстійкістю. Розрахунки за коефіцієнтом рангової кореляції Ч. Спірмена показали, що наявний зворотній кореляційний зв'язок між цими двома ознаками ( $\text{ремп.} = -0.77809$ ) для рівня значущості 0,99. Особистісна змінна «життєстійкість» характеризує ступінь здатності людини протистояти стресовій ситуації, зберігаючи внутрішню рівновагу і не знижуючи успішність діяльності. Можемо стверджувати, що чим вище рівень депресії, тим нижче у людини наявні прояви життєстійкості, тобто змоги протистояти стресовій ситуації.

Дана методика має три шкали («залученість», «контроль», «прийняття ризику»), за якими проводився аналіз кореляційного зв'язку із рівнем депресії.

Шкала «залученість» має зворотній кореляційний зв'язок із рівнем депресії.  $\text{ремп.} = -0.66039$ , на рівні значущості 0,99. Людина з розвиненим компонентом залучення отримує задоволення від своєї діяльності, і отже, має нижчий рівень депресії. На противагу цьому, відсутність подібної



переконаності породжує почуття відкинутості, відчуття себе «поза» життя, а отже і означає, що рівень депресії буде зростати.

За шкалою «контроль» також був знайдений статистично значущий зворотній зв'язок із депресією на рівні значущості 0,99 (темп. = -0.71035). Чим вище рівень депресії, тим нижчим буде переконаність людини у тому, що боротьба дозволяє вплинути на результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютно і успіх не гарантований. І навпаки, чим нижче рівень депресії, тим вище почуття безпорадності.

«Прийняття рішення» або ж здатність ризикувати також корелює із проявом депресії на рівні значущості 0,99 (темп. = -0.72742). Таким чином, коли зростає рівень депресії, здатність ризикувати і приймати рішення зменшується.

При математичній обробці результатів методики «Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана) знайдений зворотній кореляційний зв'язок рівня депресії із мотивацією на рівні значущості 0,99 (темп. = -0.67227). Таким чином, при зростанні рівня депресії, показники методики на мотивацію знижуються, а отже, це означає, що показники наближаються до «мотивації на невдачу». У свою чергу, чим менше рівень депресії, тим більше показники методики, а отже, вони спрямовані до «мотивації на успіх». Якщо графічно представити порівняння методики А. Бека на депресію, та діагностику мотивації А. Реана, можемо побачити на власні очі цю закономірність (див. таблиця 2.4.).

*Таблиця 2.4.*

**Порівняння результатів методик: Шкала депресії А. Бека та  
Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач А. Реана**

Мотивація Рівень депресії	Мотивація на невдачу (Боязнь зазнати невдачі)	Мотивація на успіх
Важка депресія	5 людей (15.6%)	1 людина (3.1%)
Мінімальна/Легка депресія	1 людина (3.1%)	5 людей (15.6%)

Таким чином, у висновку ми маємо 34,38% українці, які отримали результат «важкої депресії» за шкалою депресії А. Бека. Згідно з отриманими даними, більшість українців (34.4%) мають низький рівень ангедонії, в той час як 37.5% виявлено з пониженим показником. Середній рівень ангедонії відмічений у 12.5% українців, підвищений рівень – у 9.4%, а високий рівень – у 6.3% респондентів. За шкалою життестійкості виявлено, що найбільший відсоток українців (59.4%) має низький рівень життестійкості, в той час як тільки 3.1% мають високий рівень. Був знайдений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та рівнем ангедонії українців. Також розрахунки за коефіцієнтом показали, що наявний від'ємний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та життестійкістю. Шкала «залученість» має негативний кореляційний зв'язок із рівнем депресії. За шкалою «контроль» також був знайдений статистично значущий від'ємний зв'язок із депресією за рівнем значущості 0,99. «Прийняття рішення» або ж «здатність ризикувати» також корелює із проявом депресії за рівнем значущості 0,99. Окрім цього, знайдена від'ємна кореляція депресії із мотивацією за рівнем значущості 0,99.

### **2.3. Рекомендації, щодо зниження рівня депресії в умовах воєнних дій**

На основі всього вищесказаного, було розроблено план заходів щодо зниження рівня депресії, у тих, у кого цей рівень виявився вище середнього. Проаналізовані матеріали та складені заходи, спрямовані на втручання повнолітніх людей з депресією. Корекційна програма складається з 7 занять, тривалістю по 60 хвилин, що проводиться з періодичністю один раз на тиждень.

Відповідно до мети, виділено наступні завдання програми:

- пошук незадоволених потреб та спроба їх задовільнити;
- виявлення внутрішнього конфлікту особистості;
- пошук та робота з інтроєктами;

- дослідження та робота із подавленою емоцією особисті (сором, провина, горювання, злість);
- окрема робота із агресією та вмінням її направляти не всередину себе, а на зовні;
- стабілізація психологічного стану особистості на фоні кризи.

Очікувані результати:

- збільшення рівня життєстійкості;
- збільшення рівня залученості – тобто збільшення зацікавленості у своїй діяльності;
- зменшення відстороненості від соціальних інтересів і життя в цілому;
- зменшення рівня ангедонії.

### *Заняття №1*

Психоедукація людини з приводу депресії.

*Мета:* краще зрозуміти природу депресії, а отже, краще зрозуміти себе.

*Тривалість:* 60 хвилин.

*Форма роботи:* індивідуальна робота.

*Приблизний текст зустрічі:*

Що таке депресія або поганий настрій? Депресія – це неприємний досвід. Фізичні симптоми поганого настрою можуть впливати на те, як ми думаємо, що робимо і як відчуваємося. Це може закрутитися в замкнене коло, і тоді нам буде важче справлятися з труднощами, робити те, що ми звикли робити, наше мислення продовжує залишатися негативним або некорисним. Це посилює наше фізичне і психічне пригнічення. Наші думки можуть бути дуже негативними, коли ми в депресії. Ми можемо бути недобрими і критичними до себе. Ми можемо надмірно узагальнювати або катастрофізувати, ми можемо робити поспішні висновки, ми можемо думати, що знаємо, про що думають інші люди (читання думок). Нам може бути дуже важко побачити щось позитивне в нашій ситуації, тільки погане. Ми можемо

навіть думати, що наші почуття є фактами. Ми можемо відчувати безнадію щодо майбутнього.

Дослідження показали, що основні причини поганого настрою можуть бути пов'язані з генетикою, біологією, раннім важким життєвим досвідом, постійним стресом або життєвими подіями. Різні фактори впливають на депресію, але симптоми дуже схожі для всіх. Вважається, що до депресії призводить поєднання низького рівня серотоніну (хімічної речовини в мозку), бездіяльності та некорисних думок. Дехто каже, що це спосіб організму сказати нам, що з цим потрібно щось робити. Ми схильні до негативного мислення, коли перебуваємо в депресії. Ми можемо думати, що інші люди нас не люблять. Ми можемо відмовитися від роботи або соціальної активності. У короткостроковій перспективі легше впоратися з тим, що ми не бачимося з людьми або не виходимо на вулицю.

Крім того, у нас можуть виникнути труднощі зі сном або повноцінним харчуванням. Ми можемо відчувати провину, якщо ми дратівливі або сварливі по відношенню до наших друзів і сім'ї, або якщо ми переїдаємо. Думки на кшталт «який у цьому сенс» можуть заважати мотивувати себе встати й одягнутися. Під час депресії ми також можемо думати про те, щоб завдати шкоди собі або іншим. Ми можемо думати, що життя не варте того, щоб його проживати, бажати, щоб ми не прокидалися, або ж у нас можуть з'являтися скороминущі думки про заподіяння собі шкоди чи вбивство. Такі думки є досить поширеним симптомом депресії, і вони можуть лякати.

Наступні 30 хвилин роботи відводиться на детальне обговорення конкретної ситуації клієнта [15].

### *Заняття №2*

Техніка когнітивно-поведінкової терапії «*Поведінкова активація*».

Підтримання поганого настрою – це коло зниженої активності. Техніка поведінкової активації фокусується на збільшенні підкріплення корисної поведінки та зменшенні впливу шкідливої поведінки.

*Мета:* поведінкова активація має на меті підвищити настрій людини шляхом повільної інтеграції структурованих видів діяльності, які заохочуватимуть нас продовжувати застосовувати корисну поведінку в майбутньому.

*Тривалість:* 60 хвилин.

*Обладнання:* папір А4, ручка, олівець, пастель.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Опис процесу:* Клієнт працює над покращенням свого емоційного стану шляхом планування та виконання різноманітних видів діяльності. Головна увага приділяється тому, щоб клієнт слідував запланованим діям, а не своєму настрою. Цей підхід спрямований на те, щоб перервати коло негативних емоцій та підтримувати позитивний психологічний стан.

*Алгоритм виконання поведінкової активації (пряма мова психолога):*

Спробуйте заповнити наступні пункти, щоб почати працювати над п'ятьма кроками поведінкової активації. Пам'ятайте, що спочатку може бути досить складно підвищити рівень вашої активності, але немає такого поняття, як невдача. Кожне «невдале» завдання – це можливість навчитися на помилках, щоб покращити результат наступного разу.

Крок 1 – Список завдань. Створіть список рутинних, необхідних і приємних видів діяльності – речей, які ви хотіли б робити, речей, які ви, можливо, перестали робити, оскільки відчували себе погано.

1. Рутинні види діяльності: Це регулярні види діяльності, які ми робимо часто або щодня, наприклад, пробудження, загальна гігієна, прибирання будинку, приготування їжі тощо.

2. Приємна діяльність: Це види діяльності, від яких ми отримуємо задоволення, включаючи хобі, проведення часу з друзями або родиною, прогулянки, заняття спортом, походи в кіно тощо.

3. Необхідна діяльність: Це види діяльності, які часто обмежені в часі, і якщо їх не виконати, це може призвести до несприятливих наслідків, таких як

оплата рахунків, заповнення важливих форм і т.д. Ці рутинні, необхідні та приємні дії дещо перетинаються.

Крок 2 – Створіть ієрархію списку, який ви щойно склали на першому кроці – віднесіть кожну діяльність до легких, середніх або складних видів діяльності в цій ієрархії. Переконайтеся, що ви включили кожен тип активності – рутинну, необхідну і приємну. Складіть графік активностей, використовуючи чистий щоденник активності – вносьте різні види активностей. Почніть з найпростіших видів діяльності. Найкраще починати з невеликих і регулярних видів діяльності, а потім з часом можна додавати інші види діяльності. Використовуйте SMART-цілі, щоб деталізувати свою діяльність, наприклад, виходити на десятихвилинну прогулянку з собакою щоранку близько 10-ї.

*Наступні кроки йдуть клієнтові в якості домашньої роботи:*

Крок 4 – Виконайте записані вами завдання. Переконайтеся, що ви дотримуетесь плану, а не настрою! Виконуйте заплановані завдання, навіть якщо вам не хочеться їх виконувати.

Крок 5 – Підбийте підсумки тижня. Проаналізуйте, які види діяльності вам вдалося виконати протягом тижня. Як виконання цих завдань вплинуло на ваш настрій? Які ще справи ви могли б запланувати на наступний тиждень? Якщо вам було важко виконати деякі завдання, подумайте, чому так сталося: чи були вони надто складними? Що ви могли б зробити наступного разу? Розбити їх на частини? Чи могли б ви попросити друга або партнера допомогти вам? [15], [36].

### *Заняття №3*

Проведення стабілізуючих технік.

*Мета:* стабілізація психологічного стану особистості на фоні кризи, навчання клієнта технікам самодопомоги.

*Тривалість:* 60 хвилин.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Алгоритм виконання:*

Психолог по черзі проводить стабілізуючі техніки:

### 1. Техніка усвідомленого дихання «Квадратне дихання».

Ситуація тривоги відображається на тілесних проявах, особливо на диханні. Тому, щоб опанувати тривогу, зробити можливість переведення емоцій в аналіз ситуації, необхідно «взяти паузу» і почати «правильне дихання». Суть вправи полягає у чергуванні вдиху/видиху та затримки дихання у певній послідовності протягом 4-х секунд кожне (на рахунок 4).

2. Вправа «Візьміть себе в руки». Якщо ви відчуваєте, що вас щось непокоїть, ви занадто агресивні, хочеться когось вдарити, щось кинути, є дуже простий спосіб довести свою силу: потрібно взятися долонями за лікті і сильно притиснути руки до грудей. Це – поза сильної духом людини.

3. Вправа на «заземлення» «П'ятірка». Можна виконувати вправу цілком або частинами, протягом необхідного часу – від 10 до 30 секунд. Зробіть паузу. Озирніться довкола і зверніть увагу на п'ять об'єктів різних кольорів, які ви бачите. Зосередьтеся і прислухайтеся – які п'ять звуків доносяться до вас? Відзначте п'ять тілесних відчуттів, які ви відчуваєте в даний момент (відчуття одягу на плечах, зіткнення спини з кріслом і т. д.). Якщо увага почне розсіюватись (напевно), просто зауважте це і поверніться до виконання завдання. Якщо в голову будуть приходити думки, скажіть про себе: «Дякую, я тебе почув» – і знову поверніться до завдання.

4. Техніка візуалізації (спрямованого використання образів). Наш організм дуже довіряє тим образам, які ми створюємо в психіці. Пам'ятайте, будь ласка, про це, якщо любите програвати в голові картинки зі страшними наслідками. І не дивуйтеся, що стає реально тривожно. Як можна використовувати цю особливість? Якщо коротко, то, бажаючи стати, наприклад, більш бадьорим, ми повинні уявити себе саме таким (і бажано супроводити це образами – наприклад, як сонце посилає енергію через свої промені і вони наповнюють нас енергією). Якщо ж потрібно розслабитися – тоді до ваших послуг інші образи – наприклад, як після лазні або масажу ви п'єте ароматний чай. А ще уява допоможе відреагувати емоції, наприклад

гнів: необов'язково бити посуд або техніку в реальності, можна зробити все це подумки, ефект полегшення теж буде.

5. Техніка рефреймінгу («розтяжки мислення»). Наше мислення працює, переважно, за звичними схемами, які далеко не завжди є найефективнішими. Конструктивні думки – це те, що допомагає вирішувати проблеми, досягати цілей і не «заганяти себе» в страхи і негатив. Тому, якщо ви помічаєте у себе схильність до песимізму і тривожності, спробуйте «розтягнути» своє мислення (зробити його більш гнучким) за допомогою розумової гри. Кожен раз, помічаючи у себе думка-катастрофу або думка «як це погано», продовжуйте її фразою «і це добре, тому що». Ймовірно, ідеї не з'являться «як з рогу достатку», не здавайтеся. Якщо зовсім нічого в голову не приходить, підключіть фантазію: а якби йшлося про іншу планету? Або про інший світ? Наприклад, «сьогодні жахливо холодна погода і це добре, тому що якщо зима стане аномально теплою, то і літа нормального не буде». Або «я знову наплутав зі звітом і це добре, тому що наступного разу я цю помилку точно побачу і не пропущу». Мета вправи – збити себе зі звичних (в тому числі на рівні нейронів) шляхів негативної оцінки ситуації [16].

#### *Заняття №4*

*Арт-терапевтична техніка «Мої потреби»*

*Мета:* визначення та усвідомлення особливостей потреб особистості та їхнього впливу на формування життєвих стратегій.

*Обладнання:* папір А4, фарби, пензлики, олівці, пастель.

*Тривалість виконання:* 60 хв.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Вид арт-терапії:* ізотерапія.

*Інструкція:* Клієнту пропонують виконати завдання, намалювавши наступні тематичні малюнки:

Завдання 1. Якщо б я була посудом, то я була б...

Завдання 2. Якщо б я була рослиною, то я була б...

Завдання 3. Якщо б я була зброєю, то я була б...



Завдання 4. Якщо б я була прикрасою, то я була б...

Малюнки можна виконувати у довільному порядку. Після цього їх потрібно розкласти у порядку малювання. У процесі роботи можна запропонувати клієнту повісити малюнок на стіну, відійти на відстань 5 м від нього, поглянути з іншого кута. Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

- Чи подобаються Вам намальовані малюнки?
- Чи хочеться внести зміни у якийсь із них?
- Який із малюнків було найскладніше малювати?
- Який із малюнків Ви намалювали найшвидше?
- Який із малюнків Вам найбільше подобається?

– Запитання про рослину (Що це за рослина? Де вона живе? Які умови необхідні для її росту? Однорічна чи багаторічна? Для чого її посадили? Чи виконує вона задану функцію?)

– Запитання про посуд (Де знаходиться посуда? Чи має своє місце? Чий це посуд? Звідки він взявся? Для чого її використовують? Чи використовують її за призначенням?)

– Запитання про зброю (Що це за вид зброї? Кому належить зброя? Чи застосовується вона? За яких обставин використовується? Де зберігається?)

– Запитання про прикрасу (Звідки походить ця прикраса? Як Ви її отримали? Звичайна чи унікальна? Для чого використовується? Як часто використовується? У яких ситуаціях використовується? Чи написано щось на ній?)

Після цієї техніки психолог працює у форматі розмовної терапії, розвиваючи тему потреб та цінностей особистості, почуття та емоції у зв'язку з цією темою [6, с. 104].

### *Заняття №5*

Техніка «Мої життєві цінності».

*Мета:* пошук сенсу життя, визначення ключових життєвих цінностей, їх ієрархії та ступеню реалізованості в житті.

*Обладнання:* папір А4, ручка, колода метафоричних карт.

*Тривалість виконання:* 60 хв.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Вид арт-терапії:* метафоричні асоціативні карти.

*Інструкція:* Клієнту пропонують вибрати у відкриті карти із колоди, які відображають його життєві цінності. Проте, на першому етапі, клієнт повинен вибирати за принципом сильного емоційного відгуку, не задумуючись, а даючи собі відповідь на запитання «Що важливо для мене в житті?».

Другий етап процедури полягає у співставленні двох карт і виборі однієї, що отримує домінуючу позицію. Таким чином, клієнт складає власну ієрархію карт, що відображають його ціннісні орієнтації. На цьому етапі можна запропонувати дати назву картам, що дозволить клієнту надати їм «раціональну рамку».

Також у процесі діалогу важливо окреслити зміст, значення та символізм карти для клієнта. Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

- Що відбувається у зображеннях на картах?
- Які почуття вони викликають?
- Хто головні герої на картах?
- Чим вони займаються? Про що мріють? Чого бояться?
- Чи хочеться щось змінити на карті?

*Робота після техніки:* Після завершення роботи з картами і визначення індивідуальної ієрархії цінностей визначається рівень їх досягнення клієнтом на даному життєвому етапі. Заключний етап доцільно провести із обговоренням можливостей та перспектив напрямків посилення енергії в певних сферах життя [6, с. 130].

### *Заняття №6*

Робота з агресією.

*Мета:* перевести почуття злості (агресії), яке при депресії зазвичай подавлене, спрямоване у депресивної людини на себе, на ззовні, на інших людей чи об'єкт.

*Тривалість виконання:* 60 хв.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Алгоритм роботи:*

Терапевт починає роботу з оцінки внутрішніх думок і переконань, а також з пошуку інтроєктів: психолог спілкується з клієнтом, щоб ідентифікувати його внутрішні думки та переконання, що сприяють самозасудженню та внутрішній критиці.

Наступним кроком буде переведення самозасудження на засудження інших. Клієнт навчається переключати увагу зі своїх власних негативних думок на засудження інших людей або зовнішніх обставин. Терапевт сприяє зміні фокусу уваги, допомагаючи клієнту розглядати ситуації з іншого ракурсу.

Таким чином, консультативну сесію можна розділити на три етапи.

1. Етап рефлексії, пошук ситуацій, у яких агресія клієнта направлена на себе. Психолог направляє клієнта до аналізу своїх думок, емоцій та дій. Разом із психологом клієнт намагається визначити, у яких ситуаціях клієнт починає проявляти агресію до самого себе. Варіанти запитань психолога у цій сесії: «Чи є у вас негативні думки про себе? Чи критикуєте ви себе? Чи відчуваєте ви провину або неприйняття?»

2. Етап розуміння причин аутоагресії. На цьому етапі клієнт разом із психологом пробують з'ясувати, звідки і чому агресія по відношенню до себе виникає. Чи це результат низької самооцінки, страху неуспіху, перфекціонізму чи інших факторів? Також розглядається реакція на стрес: психолог та клієнт розглядають, як клієнт реагує на стрес та негативні ситуації. Чи звертає він агресією до себе в таких ситуаціях?

3. Етап направлення агресії на інших.

Відбувається усвідомлення альтернативних реакцій. Розглядаються альтернативні способи реагування на стрес або негативні ситуації. Відбувається пошук людей/об'єктів/ситуацій, на які насправді у людини є агресія. Спроба висловити агресію методикою «порожнього стільця» з гештальт-терапії [11].

### *Заняття №7*

Техніка дистанціювання/відволікання від депресивних думок.

*Мета:* допомогти змістити увагу людини з депресивних думок на більш позитивні або конструктивні аспекти.

*Тривалість виконання:* 60 хв.

*Форма роботи:* індивідуальна.

*Алгоритм роботи:*

Пацієнтам представляється, для прикладу, у вигляді метафори про радіо, що при депресії в голові постійно ідуть негативні думки – і тут пробується разом з пацієнтом зробити перелік його власних найбільш типових негативних думок.

Тоді нагадується, що при депресії ці думки часто є помилковими, упередженими і не відповідають дійсності – а відображають тенденційно-негативне ставлення до себе і своєї життєвої ситуації. При цьому, пояснюється, ми можемо вірити цим думкам – і власне тому у нас може бути пригнічений настрій і т.д. На пізніших етапах терапії ми зможемо разом детально перевірити, чи те, що «транлюється» по радіо (тут важливо може бути уточнити, що не йдеться про галюцинації, а це лиш метафора щодо власних думок) є фактами чи лише перекрученням фактів, на разі ж важливо застановитися, що не можна беззастережно вірити думкам при депресії, бо власне і суть хвороби у тому, що оте «депресивне радіо» постійно транлює негативні «коментарі, прогнози» і т.п.

Пацієнту пропонується подумати, які наслідки того, що отак «сидіти перед радіо і безперервно слухати, що там транлюється і вірити тому». Зазвичай пацієнти з легкими та помірними депресіями можуть критично визнати, що це лише погіршує настрій і забирає багато часу. Отож, їм пропонується вибудувати першу лінію захисту від потоку депресивних думок – дистанціювання. Це можна порівняти метафорично так, як би радіо грає, а ти його ігноруєш – тобто чуєш, але нагадуєш собі «це депресивне радіо, я не можу сліпо вірити усьому, що воно каже і т.п.». Тобто метафорично

пропонується навчитися «селективно» слухати «радіо», не вірити сліпо усьому, навчитися вибирати, які думки корисні, а які наразі швидше хворобливі, депресивні і є сенс «вимкнути чи ігнорувати цю передачу».

Отож, на цьому етапі пацієнтів навчають техніки, яку КПТ запозичила з традиції медитації – спостереження за думками, їх усвідомлення без ідентифікації себе з ними (відповідно цей напрямок КПТ носить назву *mindfulness based CBT*). Отож, пацієнту пропонується зайняти позицію спостерігача своїх думок і замість того, щоб іти за ними, реагувати на них, спробувати сприймати їх більш критично і спокійно з певної внутрішньої дистанції. Як додаткові техніки, які можуть допомогти утримуватися від постійного слухання потоку депресивних думок, можуть бути запропоновані техніки перенесення уваги на «тут і тепер» (схожі з медитативними техніками фокусування уваги/ присутності), чи ж техніка «зупинки» негативних думок і їх заміни на певну «позитивну» думку, ресурсні думки/образи (для релігійних людей це може бути також коротка повторювана молитовна фраза) або ж якесь когнітивне заняття (наприклад, ментальна арифметика, наспівування про себе пісні і т.п.) [36].

Отже, згідно із завданнями нашої роботи було розроблено тренінгову програму, яка містить в собі 7 занять тривалістю 60 хвилин. Були застосовані такі психологічні підходи як арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія та гештальт-терапія. Було заплановане проведення як психоедукаційної роботи, так і психотерапевтичної. У роботі було використано такі техніки: техніка когнітивно-поведінкової терапії «поведінкова активація», SMART-цілі, стабілізуючі техніки (техніка усвідомленого дихання, «квадратне дихання, вправа «візьміть себе в руки», техніка візуалізації, техніка рефреймінгу, вправа на «заземлення» «п'ятірка»), арт-терапевтична техніка «мої потреби», техніка «мої життєві цінності», а також техніка дистанціювання/відволікання від депресивних думок.

## Висновки до другого розділу

Була розроблена програма емпіричного дослідження, підібраний психодіагностичний інструментарій та відібрана вибіркова сукупності. Це дало змогу перейти до наступного етапу – проведення опитування, обробки результатів та аналізу отриманих даних.

Згідно з проаналізованими результатами у висновку ми маємо більшість респондентів, які отримали результат «важкої депресії» за шкалою депресії А. Бека. Більшість українців мають низький рівень ангедонії, За шкалою життєстійкості виявлено, що найбільший відсоток українців має низький рівень життєстійкості. Був знайдений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та рівнем ангедонії українців. Також розрахунки за коефіцієнтом показали, що наявний від'ємний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та шкалами: життєстійкість, залученість, контроль, прийняття рішення, здатність ризикувати, мотивація. Варто взяти до уваги ці результати для розробки рекомендацій до подальших дій і покращення психологічного стану респондентів.

Згідно із завданнями нашої роботи було розроблено тренінгову програму, яка містить в собі 7 занять тривалістю 60 хвилин. Були застосовані такі психологічні підходи як арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія та гештальт-терапія. Було заплановане проведення як психоедукаційної роботи, так і психотерапевтичної. У роботі було використано такі техніки: техніка когнітивно-поведінкової терапії «поведінкова активація», SMART-цілі, стабілізуючі техніки (техніка усвідомленого дихання, «квадратне дихання, вправа «візьміть себе в руки», техніка візуалізації, техніка рефреймінгу, вправа на «заземлення» «п'ятірка»), арт-терапевтична техніка «мої потреби», техніка «мої життєві цінності», а також техніка дистанціювання/відволікання від депресивних думок.

## ВИСНОВКИ

У даній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до проблеми депресії в людей під час війни, психологічні особливості ментального стану особистості під час війни, визначення механізмів формування депресії як відповідь організму на війну. Розроблено корекційну програму для коригування симптомів депресії, які були проявлені у респондентів. Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1) Депресія є захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Основними симптомами депресії є депресивний розлад почуттів, порушення мислення, розлади моторики, а також соматичні/вегетативні порушення. Ризиками виникнення депресії у молоді можуть бути такі фактори як: політичні, економічні та культурні фактори; жорстоке поводження; сімейне середовище; міжособистісне середовище; інші серйозні екологічні стреси; міжособистісна вразливість; поведінкові вразливості; когнітивні вразливості; емоційна/темпераментальна вразливість; біологічна вразливість. Існує декілька підходів до визначення депресії. Серед них було виділено: нейрохімічна теорія депресії; когнітивні теорії депресії; поведінкова теорія депресії; міжособистісна теорія депресії; психоаналітична теорія; альтернативні теорії депресії.

2) Воєнні конфлікти мають далекосяжні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людей, які їх переживають. Багато людей, які пережили війну, стикаються з серйозними проблемами психічного здоров'я у майбутньому, або переживають поведінкові зміни, які перешкоджають їхньому ефективному функціонуванню в суспільстві. Психологічні наслідки війни можуть виявлятися у формі тривоги, депресії та психосоматичних проблем, таких як безсоння та різноманітні болі. Дослідження психічного та фізичного здоров'я цивільного населення, яке пережило війну, свідчать про загальний

стрес, труднощі впоратися з ним, низьку якість життя та глибоко вкорінене почуття безпорадності. Багато людей, особливо жертви сексуального насильства та катувань, можуть страждати від посттравматичного стресового розладу, що ускладнює процес зцілення та адаптації до нових умов.

Депресія є одним з найпоширеніших діагнозів серед цивільних і військових осіб, які пережили війну. Тривалість війни та її вплив на оточення можуть підвищити ризик виникнення або загострення депресії. Відзначається різниця у рівнях депресії між цивільними та військовими групами, з військовими групами, що зазнали конфліктів, показник депресії може бути нижчим через феномен десенсибілізації. Однак підвищена поширеність депресії спостерігалася серед військовополонених, які були піддані більш травматичним умовам. Окрім цього, переміщені особи частіше страждають на депресію.

3) Була розроблена програма емпіричного дослідження, підібраний психодіагностичний інструментарій та проведений відбір вибіркової сукупності. У дослідженні брали участь 33 українці, віком від 18 до 46 років, 22 жінки та 11 чоловіків. Проведення психодіагностичного дослідження проводилось в один етап. Опитування проводилось за методиками: Шкала депресії А. Бека (BDI-II), Шкала оцінки ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS), Тест життєстійкості С. Мадді, Діагностика мотивації до успіху та боязні невдач (А. Реана);

4) Згідно з проаналізованими результатами у висновку ми маємо більшість респондентів, які отримали результат «важкої депресії» за шкалою депресії А. Бека. Більшість українців мають низький рівень ангедонії, За шкалою життєстійкості виявлено, що найбільший відсоток українців має низький рівень життєстійкості. Був знайдений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та рівнем ангедонії українців. Також розрахунки за коефіцієнтом показали, що наявний від'ємний кореляційний зв'язок між рівнем депресії та шкалами: життєстійкість, залученість, контроль, прийняття рішення, здатність ризикувати, мотивація. Варто взяти до уваги ці результати



для розробки рекомендацій до подальших дій і покращення психологічного стану респондентів.

5) Згідно із завданнями нашої роботи було розроблено тренінгову програму, яка містить в собі 7 занять тривалістю 60 хвилин. Були застосовані такі психологічні підходи як арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія та гештальт-терапія. Було заплановане проведення як психоедукаційної роботи, так і психотерапевтичної. У роботі було використано такі техніки: техніка когнітивно-поведінкової терапії «поведінкова активація», SMART-цілі, стабілізуючі техніки (техніка усвідомленого дихання, «квадратне дихання, вправа «візьміть себе в руки», техніка візуалізації, техніка рефреймінгу, вправа на «заземлення» «п'ятірка»), арт-терапевтична техніка «мої потреби», техніка «мої життєві цінності», а також техніка дистанціювання/відволікання від депресивних думок.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астремська І. В., Галиченко О. О. Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою методом гештальт-терапії. *Габітус*. 2021. № 30. С.85-90.
2. Борисенко Л., Корват Л. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 9(14). С. 53-65.
3. Гаврилькевич В., Олійник М. Гендерні особливості емоційного реагування на війну. *Psychology travelogs*. 2023. № 3. С. 100–112.
4. Журба К. Війна як чинник впливу на смисложиттєву сферу сучасних підлітків. *New pedagogical thought*. 2022. Т. 110, № 2. С. 105–109.
5. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського*. 2016. Т. 1, № 16. С. 77–81.
6. Калька Н., Ковальчук З. *Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посіб.* Львів, 2020. 232 с.
7. Ковальська Н., Жук А., Корженко В. Вплив дистресу війни в Україні на ментальне здоров'я. *Grail of science*. 2024. № 37. С. 406–410.
8. Кокун О. Аналіз методів досліджень життєстійкості. Особистісні та психофізіологічні ресурси професійної життєстійкості. 2020. С. 11–13.
9. Мішина О., Путятін Г. Депресивні розлади і ризик суїцида українського населення внаслідок російської агресії. *The 4th International scientific and practical conference «Discussion and development of modern scientific research»*. *International Science Group*. Гельсінки, 2022. С. 261-264.
10. Могильова Н. М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. № 2. С. 81–85.

11. Мушкевич М., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. посіб. 3-тє вид. Луцьк, 2017. 420 с.
12. Особистісні та психофізіологічні ресурси професійної життєстійкості: Матеріали І Наукового семінару. Київ, 2020. 33 с.
13. Прокопець А. Особливості психологічного здоров'я молоді в умовах війни. Магістерський науковий вісник. 2022. № 39. С. 19–23.
14. Пфайфер С. Депресія: хвороба сучасності. Львів, 2017. 88 с.
15. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf> (дата звернення: 25.05.2024).
16. Середа І., Карсканова С. Техніки саморегуляції як психологічний ресурс особистості в кризових умовах. *Věda a perspektivy*. 2023. № 2(21) С. 281-289.
17. Сургунд Н., Капустіна В. Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни. *Psychology Travelogs*. 2023. С. 87–96.
18. Тюріна В. О., Солохіна Л. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість, суспільство, війна*. 2022. С. 116–121.
19. Хараджи М., Труніна Г. Емоційно-психологічний стан студентської молоді під час війни. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 12(30).
20. Хаустова О.О., Лещук І.В. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя. *Ukrainian medical journal*. 2023. Т. 153, № 2. С. 43-49.
21. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. Т. 4 (150) С. 1-11.
22. Чиханцова О. Життєстійкість самодетермінованої особистості. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості*. 2019. Т. 6, № 15. С. 368–375.
23. Ярош Н. А. Мотивація навчальної діяльності студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти. Суми, 2020. 96 с.

24. A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma / Y. Neria et al. *Journal of traumatic stress*. 2010. P. 322-330.
25. A Scale for the Assessment of Hedonic Tone the Snaith–Hamilton Pleasure Scale / R. P. Snaith et al. *British Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 167, no. 1. P. 99–103.
26. Abuhadra B. D., Doi S., Fujiwara T. The prevalence of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in Libya: a systematic review. *Middle east current psychiatry*. 2023. Vol. 30, no. 1.
27. Alliance of Psychoanalytic Organizations. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring: Author. 2006. 600 p.
28. Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war / J. F. Ikin et al. *British journal of psychiatry*. 2007. Vol. 190, no. 6. P. 475–483.
29. Assessment of Anhedonia in Adults With and Without Mental Illness / M. Trøstheim et al. *JAMA Network Open*. 2020. Vol. 3, no. 8. P. 1-14.
30. Beck A. T., Steer R. A., Carbin M. G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988. Vol. 8, no. 1. P. 77–100.
31. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*. 2015. Vol. 15, no. 1.
32. Brajša-Žganec A. The long-term effects of war experiences on children's depression in the Republic of Croatia. *Child abuse & neglect*. 2005. Vol. 29, no. 1. P. 31–43.
33. Change in child mental health during the Ukraine war: evidence from a large sample of parents / E. McElroy et al. *European child & adolescent psychiatry*. 2023.
34. Christensen M. C., Ren H., Fagiolini A. Emotional blunting in patients with depression. Part III: relationship with psychological trauma. *Annals of general psychiatry*. 2022. Vol. 21, no. 1.

35. Civilians in world war II and DSM-IV mental disorders: results from the world mental health survey initiative / R. Frounfelker et al. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2017. Vol. 53, no. 2. P. 207–219.
36. Cognitive behavioural therapy (CBT) skills workbook. URL: <https://www.hpft.nhs.uk/media/1655/wellbeing-team-cbt-workshop-booklet-2016.pdf> (date of access: 25.05.2024).
37. Crisis due to war: anxiety, depression and stress in the population of 13 Latin American countries / C. R. Mejia et al. *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14.
38. Deng Y. The Impact of Motivation to Experience Happiness on Depressive Symptoms. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2023. Vol. 16, no. 1. P. 297–304.
39. Depression – symptoms, causes, medications and therapies / D. Bhowmik et al. *The pharma innovation*. 2012. Vol. 1, no. 3. P. 41–55.
40. Depression and bipolar disorder subtypes differ in their genetic correlations with biological rhythms / L. Sirignano et al. *Scientific reports*. 2022. Vol. 12, no. 1.
41. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan / A. Chudzicka-Czupała et al. *Scientific reports*. 2023. Vol. 13, no. 1.
42. Depression. World Health Organization (WHO). URL: [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1) (date of access: 25.05.2024).
43. Depressive disorder (depression). World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (date of access: 25.05.2024).
44. Development of a depression scale for veterans and war widows / J. E. Byles et al. *International journal of behavioral medicine*. 2000. No. 7(3). P. 256–270.
45. Downing-Orr K. *Rethinking depression*. Boston: Springer US, 1998. 164 p.
46. Elder G. H., Clipp E. C. Combat experience and emotional health: impairment and resilience in later life. *Journal of personality*. 1989. Vol. 57, no. 2. P. 311–341.

47. Exploring the emotional and thematic matrix of dreams during war: the role of anxiety and depression / I. Kaźmierczak et al. *Current psychology*. 2023.
48. Fel S., Jurek K., Lenart-Kłóś K. The relationship between socio-demographic factors and depression: a cross sectional study among civilian participants in hostilities in Ukraine. *Scientific reports*. 2023. Vol. 13, no. 1.
49. Franken I. H. A., Rassin E., Muris P. The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: Further validation of the Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *Journal of Affective Disorders*. 2007. Vol. 99, no. 1-3. P. 83–89.
50. Giacco D., Laxhman N., Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in cell & developmental biology*. 2018. Vol. 77. P. 144–152.
51. Hankin B. L., Griffith J. M. What do we know about depression among youth and how can we make progress toward improved understanding and reducing distress? A new hope. *Clinical child and family psychology review*. 2023.
52. Hasanović M., Pajević I. Religious moral beliefs inversely related to trauma experiences severity and depression severity among war veterans in bosnia and herzegovina. *Journal of religion and health*. 2012. Vol. 52, no. 3. P. 730–739.
53. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World psychiatry*. 2010. Vol. 9, no. 3. P. 155–161.
54. Impact of war and forced displacement on children’s mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches / D. Bürgin et al. *European child & adolescent psychiatry*. 2022.
55. Inoue C., Shawler E., Jordan C. H. Veteran and military mental health issues. *StatPearls publishing*. 2024.
56. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern uganda / P. Bolton et al. *Jama*. 2007. Vol. 298, no. 5. P. 519.
57. Jackson-Koku G. Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*. 2016. Vol. 66, no. 2. P. 174–175.

58. Johnston W.M., Davey G.C.. The psychological impact of negative TV news bulletins: the catastrophizing of personal worries. *British journal of psychology*. 1997. Vol. 88, Is. 1. P.85-91
59. Klarić, M., Klarić, B., Stevanović, A., Grković, J. i Jonovska, S. Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 48. (2.). 2007. P. 167-176.
60. Koenig H. G. Religion and depression in older medical inpatients. *The american journal of geriatric psychiatry*. 2007. Vol. 15, no. 4. P. 282–291.
61. Kokun O. Testing in mental health research: professional hardiness questionnaire (english-language version). *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. 74, no. 11. P. 2799–2805.
62. Lieberman A. F., Knorr K. The impact of trauma: a developmental framework for infancy and early childhood. *Psychiatric annals*. 2007. Vol. 37, no. 6.
63. Llorente, K. M., O’Connell, K. K., Valverde, M., & Ritchie, E. C. (2019). Women Veterans. *Veteran Psychiatry in the US*. P. 281–297.
64. Madianos M. G., Sarhan A. L., Koukia E. Posttraumatic stress disorders comorbid with major depression in West Bank, Palestine: a general population cross sectional study. *The european journal of psychiatry*. 2011. Vol. 25, no. 1.
65. Measuring depression in a non-western war-affected displaced population: measurement equivalence of the Beck depression inventory / N. Jayawickreme et al. *Frontiers in psychology*. 2017. Vol. 8.
66. Mental health consequences of war conflicts / V. Rozanov et al. *Advances in psychiatry*. 2019. P. 281–304.
67. Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo / B. L. Cardozo et al. *Journal of traumatic stress*. 2003. Vol. 16, no. 4. P. 351–360.
68. Moderators of treatment effectiveness for war-affected youth with depression in northern uganda / T. S. Betancourt et al. *Journal of adolescent health*. 2012. Vol. 51, no. 6. P. 544–550.

69. Morina N. Mental health among adult survivors of war in low- and middle-income countries: epidemiology and treatment outcome. *Mental health of refugee and conflict-affected populations*. 2018. P. 3–14.
70. Moroziuk K. Sleeping disorders due to the distress of war. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2023. Vol. 8, no. 2.
71. Negovetic S. Consequences of war and disasters on the health of civilian populations. *Präventivmed*. 2001. No. 46. P. 146–151.
72. Post-traumatic stress disorder and major depression in conflict-affected populations: an epidemiological model and predictor analysis / F. J. Charlson et al. *Global mental health*. 2016. Vol. 3.
73. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: a meta-analysis / I. C. Z. Y. Lim et al. *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13.
74. Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress; depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life / K. Strauss et al. *Journal of affective disorders*. 2011. Vol. 128, no. 3. P. 267–276. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.009> (date of access: 12.04.2024).
75. Severe war-related trauma and personality pathology: a case-control study / J. Munjiza et al. *BMC psychiatry*. 2017. Vol. 17, no. 1.
76. Siriwardhana C., Wickramage K. Conflict, forced displacement and health in Sri Lanka: a review of the research landscape. *Conflict and health*. 2014. Vol. 8, no. 1.
77. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine / A. Kurapov et al. *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14.
78. Slone M., Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child psychiatry & human development*. 2016. Vol. 47, no. 6. P. 950–965.



79. Solomon Z., Shklar R., Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *American journal of psychiatry*. 2005. Vol. 162, no. 12. P. 2309–2314.
80. The Hardiness of Adolescents in Various Social Groups / V. Malkin et al. *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10.
81. The intergenerational impact of war on mental health and psychosocial wellbeing: lessons from the longitudinal study of war-affected youth in Sierra Leone / T. S. Betancourt et al. *Conflict and health*. 2020. Vol. 14, no. 1.
82. Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: “Mein Weg”—predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects / E. Pfeiffer et al. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2019. Vol. 13, no. 1.
83. Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: a cause for cautious optimism? / M. Creamer et al. *Journal of traumatic stress*. 1999. Vol. 12, no. 4. P. 545–558.