

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

А. І. Яблонський

“ ” 20 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ В ПЕРІОД ВІЙНИ**

Керівник:

д. пс. н., доцент (професор б.в.з)

Астремська Ірина Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

канд. психол. наук, доцент кафедри
соціальної психології ОНУ

ім. І. І. Мечнікова

Амплеєва Ольга Михайлівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 665 М

Барановська Анастасія

Олександрівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____ А. І. Яблонський

“ ” 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Барановській Анастасії Олександрівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Подолання депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку в період війни

керівник роботи: Астремська Ірина Володимирівна, д.пс.н., доц. (професор б.в.з.)
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від
«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Астремська І.В.		
Розділ 1	Астремська І.В.		
Розділ 2	Астремська І.В.		
Розділ 3	Астремська І.В.		
Висновки	Астремська І.В.		

7. Дата видачі завдання 10.09.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичний аналіз депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку в умовах війни.	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку.	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. Розробка та впровадження корекційної програми для подолання депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку.	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Передкваліфікаційна практика	02.09 – 15.09. 2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків.	листопад 2024	
8.	Попередній захист.	02.12.2024	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу.	02.12.2024	
10.	Захист кваліфікаційної роботи .	19.12 2024	

Студент

(підпис)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Барановська А.О.

(прізвище та ініціали)

Астремська І.В.

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВІЙНИ .	7
1.1 Феномен депресії в психологічній літературі.....	7
1.2 Нейробиологія та нейрофізіологія депресії	20
1.3 Вплив війни на розвиток депресії.....	33
Висновки до першого розділу	40
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ	41
2.1 Організація та методи дослідження особливостей прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку.....	41
2.2. Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту.....	48
Висновки до другого розділу	59
РОЗДІЛ 3 РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ	61
3.1 Структура та зміст корекційної програми.	61
3.2. Аналіз результатів формувального експерименту.	78
3.3.Рекомендації щодо виходу з депресивного стану.	94
Висновки до третього розділу.....	101
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	105
ДОДАТКИ	116

ВСТУП

Актуальність дослідження депресії серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) під час війни в Україні зумовлена низкою факторів, що суттєво впливають на психічне здоров'я населення. Дослідження в різних країнах свідчать, що депресія, як і серцево-судинні захворювання, стає однією з найбільш розповсюджених недуг у сучасному світі. В умовах невизначеності, постійного стресу та соціально-економічних змін, що супроводжують військові дії, важливо не лише вміти ідентифікувати свій емоційний стан, а й розуміти його причини. Правильна самодіагностика є критично важливим етапом на шляху до покращення психоемоційного стану.

У цей складний період кожен українець і українка опиняються в зоні ризику виникнення депресії. Військові дії, втрати близьких, вимушена міграція, зруйновані соціальні зв'язки та нестабільність у житті підвищують рівень стресу, тривожності та депресії серед населення. Особливо вразливою є група молодих дорослих (віком 20-40 років), які переживають критичні етапи становлення особистості та професійного розвитку, а також потребують стабільності та підтримки в нових умовах.

Вивчення депресивних станів у ВПО є важливим для глибшого розуміння специфіки перебігу депресії в умовах хронічного стресу та травматичних подій. Необхідно дослідити, як фактори, пов'язані з вимушеним переселенням і адаптацією до нових соціальних умов, впливають на психічний стан особистості. Крім того, важливість розробки та впровадження психокорекційних програм, заснованих на сучасних психологічних та нейробіологічних знаннях, є ключовою для покращення психічного здоров'я цієї категорії населення.

Дослідження також націлене на вивчення фізіологічних і психологічних аспектів депресії, а також на розробку та перевірку ефективності психотерапевтичної програми. Це матиме велике практичне значення, адже покращить якість життя ВПО, надасть науково обґрунтовані методи корекції депресивних станів та сприятиме загальному зниженню рівня тривожності та депресії. Актуальність дослідження підкреслюється потребою у створенні

цілісних підходів до психологічної підтримки населення в умовах війни, що забезпечить стабільність і відновлення психоемоційного здоров'я українців.

Об'єкт – депресія як емоційний стан особистості.

Предмет – подолання депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку в період війни.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність корекційно-відновлювальної тренінгової програми, спрямованої на покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості, які виступають детермінантами у розвитку або прогресуванні депресивних станів та розладів серед внутрішньо-переміщених осіб віком 20-40 років.

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

- 1) Провести теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до розуміння феномену депресії, визначивши його суть та специфічні характеристики в рамках психологічної науки.
- 2) Виокремити нейрофізіологічні та нейробіологічні особливості перебігу депресії з метою поглиблення розуміння її симптоматичних проявів.
- 3) З'ясувати вплив війни на розвиток депресії у ВПО.
- 4) Дослідити психологічні фактори, що зумовлюють виникнення та розвиток депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку.
- 5) Розробити та апробувати корекційно-відновлювальну тренінгову програму, спрямовану на покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості, які виступають детермінантами у розвитку або прогресуванні депресивних станів та розладів серед внутрішньо-переміщених осіб віком 20-40 років.

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 та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і

кількісних даних емпіричного дослідження), методи математичної статистики (оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона).

Психодіагностичний комплекс методик склали: методика оцінки рівня тривожності (Ч. Спілбергер - Ю. Ханін), шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, шкала самооцінки депресії В. Занга, шкала депресії А. Бека та методика дослідження рівня самооцінки С. Будассі.

Експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження склали 48 осіб, які проживають на території м. Миколаєва віком від 20 до 40 років і мають статус внутрішньо переміщених осіб. Дослідження проводилось у змішаному форматі.

Теоретична значущість дослідження полягає в поглибленні наукових знань про психологічні та нейробіологічні аспекти депресивного розладу у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) під час війни. Дослідження розширює розуміння механізмів депресії на фізіологічному рівні, зокрема через аналіз змін у функціонуванні мозку, гормональних систем та психофізіологічних процесів. Отримані результати також дозволяють проаналізувати зв'язок між депресією, самооцінкою та базовими переконаннями про світ, що сприяє подальшому розвитку теоретичних підходів до вивчення психічних розладів у контексті тривалих стресових ситуацій, таких як війна.

Практична значущість дослідження полягає у розробці й апробації корекційної програми для зниження рівня депресії та тривожності у ВПО віком 20-40 років. Програма може бути використана у психологічній практиці як ефективний інструмент для надання допомоги людям, які постраждали від війни та перебувають у стані хронічного стресу. Окрім того, застосовані методики діагностики можуть бути корисними для психологів, які працюють із депресивними станами та тривожними розладами. Результати дослідження можуть слугувати основою для подальших розробок у сфері психотерапії, спрямованої на подолання наслідків війни для психічного здоров'я населення.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: 1) XXVII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання - 2024. Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (06-10.11.2024, м. Миколаїв, Україна); 2) VIII Міжнародної студентської наукової конференції «Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки» (08.11.2024, м. Вінниця, Україна).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 3 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у фаховому науковому виданні України категорії Б, 2 тез у збірниках матеріалів конференцій.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 129 сторінки, основний зміст викладено на 98 сторінках. Робота містить 17 таблиць, 2 рисунки та 8 додатків. Список використаних джерел складає 100 праць українських та зарубіжних авторів, з них 68 – іншомовні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРОСЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Феномен депресії в психологічній літературі

Депресія є складним психологічним явищем, яке викликає значний інтерес з огляду на розбіжності у його розумінні та використанні серед широких верств населення. Багато людей помилково ототожнюють депресію з тимчасовими станами сильної втоми чи суму, які тривають лише кілька днів. Деякі особистості використовують цей термін для виправдання свого стану, тоді як інші відчують панічний страх перед депресією, вважаючи її ознакою втрати психічної рівноваги, для лікування якої необхідне втручання психіатра.

Одним із завдань цього дослідження є підвищення обізнаності населення України щодо справжнього значення терміну «депресія», причин її виникнення, характерних симптомів і різновидів. Крім того, дослідження має на меті навчити людей вчасно розпізнавати ознаки депресії та звертатися по допомогу до фахівців.

За даними порталу даних Country Cassette Україна у 2024 році займає перше місце у рейтингу поширеності депресії з показником 6,3% від загального рівня населення, що складає 2 800 587 випадків. При цьому глобальний середній показник депресії серед населення всього світу становить 3,9% в цьому році. В перелік 10 країн з найвищим рівнем депресії також увійшли США, Австралія, Естонія – 5,9%, Бразилія – 5,8%, Греція, Португалія – 5,7%, Біларусь, Фінляндія та Латвія – 5,6% [51].

На основі аналізу даних, представлених у цьому дослідженні, а також інформації з офіційного сайту Всесвітньої організації охорони здоров'я, можна зробити висновок, що на глобальному рівні спостерігається тенденція до значного зростання поширеності депресивних розладів. При цьому слід враховувати різноманіття проявів депресії – від депресивних станів до стійкого

депресивного розладу (дистимії) – кожен з яких має серйозні негативні наслідки для психічного і фізичного здоров'я індивіда. Затяжні та важкі форми депресії можуть слугувати каталізатором суїцидальних дій, що, своєю чергою, впливає не лише на стан психічного здоров'я населення, але й на демографічну ситуацію в країні, підсилюючи існуючі ризики [55].

На тлі глобального зростання поширеності депресивних розладів, варто зазначити, що проблема ускладнюється відсутністю чіткого і загальновизнаного визначення депресії в науковій спільноті. Незважаючи на значний прогрес у вивченні цього феномену, у медичній та психологічній галузях досі ведуться дискусії щодо того, які саме стани можна класифікувати як депресію. Перед тим як детально дослідити суть цього поняття, важливо звернути увагу на його етимологію. Розуміння походження терміну допоможе не лише краще усвідомити його значення, але й забезпечить більш глибокий контекст для подальшого аналізу психологічних та медичних аспектів цього явища.

Як зазначає А. Содомора у своїй статті, термін «депресія» походить від латинського «*pressi, pressium*», що означає «тиснути, гнітити», а префікс «*de*» означає «рух згори вниз», що вказує тим самим на значення пригніченого стану, наче під сильним тиском. В українській мові, за твердженням автора, найбільш близьким синонімом до цього терміну є слово «пригнічення» [25].

Проте дослідник Х. Бернارد, аналізуючи етимологію терміну «депресія», пропонує використовувати слово «занурення» як інтерпретацію латинського «*depressio*». Це тлумачення видається більш точним і доцільним для глибшого розуміння суті самого поняття [91].

Вищезазначене лише підкреслює причини, через які люди часто помилково ототожнюють депресію з іншими схожими станами. З огляду на це, доцільно звернутися до подальшого аналізу наукової літератури, що детально розкриває сутність цього поняття.

Американська психологічна асоціація описує депресію як негативний афективний стан, що варіюється від відчуття невдоволення та пригніченості до глибокого смутку, песимізму та безнадії, які заважають нормальному

функціонуванню. Також зазначається, що депресія супроводжується фізичними, когнітивними та соціальними змінами, такими як порушення сну та апетиту, зниження енергії, проблеми з концентрацією та прийняттям рішень, а також відсторонення від соціальних контактів [52].

У психологічних словниках депресію описують як емоційний стан, що супроводжується негативним настроєм, змінами в мотивації, когнітивних установках і загальною пасивністю в поведінці. Це визначення ускладнюється у більш спеціалізованих джерелах, де депресія описується як специфічно-афективний стан індивіда, який супроводжується негативними емоціями, трансформаціями мотиваційних континуумів, когнітивних моделей уявлень та загальною релаксативністю і пасивністю поведінки. Обидва визначення відображають однакову суть цього психологічного явища [19], [23], [30].

Вивчення психіатричної літератури, зокрема діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), є надзвичайно важливим у контексті дослідження депресії. ДСМ-5 пропонує стандартизовані критерії для діагностики депресії, що дозволяє дослідникам чіткіше розуміти та виявляти симптоми, які потребують уваги фахівця. Важливо зазначити, що деякі з цих критеріїв є цікавими для психологів, оскільки за їх допомогою фахівець може попередньо оцінити стан клієнта та, за необхідності, направити його до психіатра, який в свою чергу визначить конкретний тип депресивного розладу або діагностує його відсутність. Співпраця психолога і психіатра є невід'ємною частиною терапевтичного процесу при роботі з клієнтами, що мають депресивні розлади, оскільки вона забезпечує комплексний підхід – психологічний та медичний. Така взаємодія сприяє більш ефективній допомозі клієнту, прискорює процес одужання та скорочує тривалість абілітації. Психолог, враховуючи психіатричний висновок щодо виду депресії та особливостей медикаментозного лікування (седативні засоби, транквілізатори тощо), може більш точно обирати та застосовувати відповідні психотерапевтичні методики, що підвищує ефективність терапії.

Депресивні розлади охоплюють широкий спектр порушень, таких як розлад порушення регуляції настрою, великий депресивний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія), передменструальний дисфоричний розлад, депресивний розлад, зумовлений прийманнями речовин або медикаментів, а також депресивні розлади, спричинені іншими медичними станами/захворюваннями. Крім того, існують уточнені та неуточнені форми депресивних розладів. Кожен з них характеризується специфічними передумовами та клінічною симптоматикою, які є важливими для діагностування психіатром [56].

Психологів цікавить загальна, спільна картина симптомів, за якими ми можемо рекомендувати звернутись до психіатра. Великий депресивний розлад є найбільш типово вираженим станом, що належить до групи депресивних розладів і більшість симптомів, які представлено для цього виду також наявні і в інших. Нижче подано ті характерні симптоми, на які варто звертати особливу увагу психологам на етапі первинної оцінки.

Депресивний настрій більшу частину дня, майже щодня, про що свідчить або суб'єктивна оцінка (наприклад, відчуття смутку, порожнечі, безнадії) або спостереження, зроблене іншими (наприклад, здається плаксивим). У деяких осіб, які скаржаться на відсутність почуттів або тривожність, наявність пригніченого стану можна визначити за виразом обличчя та поведінкою людини. Деякі – наголошують на соматичних скаргах (наприклад, тілесні болі), а не повідомляють про почуття смутку. Багато людей повідомляють про підвищену дратливість або демонструють її – наприклад, постійний гнів, схильність реагувати на події спалахами гніву або звинувачувати інших, перебільшене почуття розчарування через незначні речі [56, с.163].

Помітне зниження інтересу чи задоволення від усіх чи майже усіх видів діяльності протягом більшої частини дня, майже кожного дня. Людина зазначає про зменшення або повну втрату інтересу до свого хобі, більше не відчують інтересу до занять, які раніше приносили їм задоволення та наповнювали позитивними емоціями та ресурсом. Це також може бути помічено

й членами родини або друзями, наприклад, які спостерігають соціальну замкнутість або нехтування приємними для суб'єкта ранише справами (наприклад, жінка, яка раніше з задоволенням ходила на зустрічі з подружками тепер знаходить виправдання для того, аби з ними не зустрічатись, або чоловік, який обожнював грати на гітарі сховав її навіть зі своїх очей) [56, с.161].

Порушення апетиту (збільшення чи зменшення апетиту майже щодня) і, як наслідок, втрата ваги під час відсутності дієти або збільшення ваги. В даному випадку ця причина окремо може вказувати також і на наявність розладів харчової поведінки, тому цей пункт лише є підкріплюючим симптомом до інших [56, с.161].

Порушення сну може мати форму або труднощів із сном (безсоння) або надмірного сну (гіперсомнія). Коли безсоння присутнє, воно зазвичай приймає форму середнього безсоння (тобто, прокидатися вночі, а потім труднощі з поверненням до сну) або термінального безсоння (пробудження занадто рано і неможливість повернутися до сну). Також може виникнути початкове безсоння (труднощі з засипанням). Особи, які мають гіперсомнію, можуть спостерігати в себе подовжені епізоди сну вночі або посилений денний сон. Часто саме цей симптом є найпоширенішою причиною першого звернення до фахівця (психолога чи психіатра) [56, с.163].

Психомоторне збудження або загальмованість майже щодня. Психомоторні зміни включають збудження (неможливість сидіти на місці, заламування рук, посмикування одягу, чесання чи відтягування шкіри тощо) або загальмованість (сповільнена мова, мислення та рухи тіла, збільшення пауз перед відповіддю, мовлення зі звучністю тихіше, ніж зазвичай, флексією, кількістю чи різноманітністю або німота) Психомоторне збудження або загальмованість мають бути вираженими настільки, щоб їх могли об'єктивно спостерігати інші особи, а не сприйматися виключно суб'єктивно самим пацієнтом. Оскільки в таких станах здатність до саморефлексії може бути значно зниженою, важливо, щоб зовнішні спостерігачі могли помітити ці зміни [56, с.163].

Втома або втрата енергії майже щодня. Людина може повідомляти про сильну втому, навіть без фізичного навантаження. Навіть найменші завдання вимагають від людини значних зусиль. Ефективність, з якою виконуються завдання, суттєво знижується. Наприклад, такі рутинні справи як одягання, чищення зубів тощо займають більше часу, ніж зазвичай, а деякі з них стає ліньки виконувати, або це стає не важливим [56, с.164].

Почуття нікчемності або надмірної неадекватної провини майже щодня. Часто включає в себе нереалістичні негативні оцінки власної цінності, почуття провини або роздуми про незначні помилки в минулому. Люди часто неправильно сприймають нейтральні або тривіальні повсякденні події як доказ особистих недоліків і мають перебільшене почуття відповідальності за несприятливі події. Почуття нікчемності або провини може мати оманливі масштаби (наприклад, індивід впевнений, що саме він/вона несе відповідальність за якусь певну подію у світі, хоча об'єктивно це не так). Звинувачення себе в хворобі та невиконанні професійних чи міжособистісних обов'язків у результаті депресії є дуже поширеним явищем [28; 56, с.164].

Знижена здатність мислити чи зосереджуватись, або нерішучість, майже щодня. Багато людей помічають у себе порушення здатності думати, концентруватись або приймати навіть незначні рішення. Вони дуже легко відволікаються та скаржаться на проблеми з пам'яттю. Ті, хто зайнятий когнітивно вимогливою справою, часто не можуть функціонувати (наприклад, у студентів знижується успішність).

Повторювані суїцидальні думки без конкретного плану або спроби самогубства чи конкретного плану вчинення самогубства. Можуть варіюватися від пасивного бажання не прокидатися вранці або переконатися, що іншим було б краще, якби «я помер (-ла)» до тимчасових, але повторюваних думок про вчинення самогубства. Мотивація до самогубства може включати бажання здатися перед обличчям уявних нездоланих перешкод, сильне бажання покінчити з тим, що сприймається як нескінченний і нестерпно болісний емоційний стан, нездатність передбачити будь яке задоволення від життя або

бажання бути більш значущим показником зниження ризику самогубства, ніж відмова від подальших планів самогубства [27], [56], [84].

Порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності є останнім симптомом, який є більше наслідком прояву та впливу вищезазначених симптомів на життя індивіда в депресії.

Тривалість в середньому від двох тижнів до двох років. Такий висновок ми зробили з аналізу кожного виду депресивного розладу.

Деякі дослідники у сфері психології відзначають, що у пацієнтів з депресією часто простежуються така симптоматика: почуття неповноцінності; втрата або істотне зниження самоповаги; відчуття, що все є марним, даремним, безглуздим; відсутність або неспроможність адекватної реакції на похвалу; відношення до майбутнього – песимістичне, а сприйняття минулого – негативне; млявість, хронічна втома (часто без вагомої фізичної причини), уповільнені рухи та мовлення; значне або різке зниження продуктивності, робочої, учбової чи побутової ефективності [11].

Швейцарський психіатр Е. Блейер вказував, що класичний депресивний розлад характеризується тріадою ключових симптомів: зниженим настроєм (гіпотимія, дистимія), уповільненням когнітивних процесів та руховою загальмованістю. Гіпотимія або дистимія проявляються у стійкому почутті пригніченості та втраті інтересу до звичних активностей, тоді як уповільнення мислення виявляється у зниженій здатності до концентрації, труднощах у прийнятті рішень та загальній когнітивній інертності. Рухова загальмованість супроводжується повільними фізичними реакціями, зменшенням рухової активності та загальною втомою, що посилює вираження депресивної симптоматики [40].

Доктор С. Пфайфер у своїй роботі «Депресія. Хвороба сучасності» надає крім усього, всебічний огляд чотирьох ключових симптомів депресії, підкреслюючи їх важливість для клінічної діагностики та розуміння психопатологічного процесу.

1. *Депресивний розлад почуттів.* Пацієнти з депресією часто відчують глибокі емоційні порушення, такі як безрадісність, інтенсивне відчуття туги, внутрішній неспокій та страх. Дратівливість, почуття порожнечі та зневіра є типовими, поряд із почуттям провини, безнадійністю, апатією та емоційним «отупінням». Ці прояви створюють фундамент для суб'єктивної втрати сенсу життя, що значно ускладнює соціальне функціонування.

2. *Порушення мислення.* Депресивні пацієнти зазнають когнітивних розладів, включаючи загальмованість думок, негативні переконання стосовно себе, оточення та майбутнього. Цей депресивний стиль мислення супроводжується «когнітивними помилками», такими як перебільшення негативних аспектів або ігнорування позитивних (згідно з концепцією когнітивно-поведінкової терапії). Крім того, депресія ускладнює прийняття рішень, знижує концентрацію уваги та погіршує пам'ять, а у тяжких випадках може супроводжуватися депресивними мареннями – хибними уявленнями про власну гріховність, бідність або самоприниження.

3. *Розлади моторики.* Депресія часто супроводжується моторними порушеннями, такими як гіподинамія (зниження фізичної активності), депресивне заціпеніння, уповільненість рухів, маскоподібний вираз обличчя, опущені плечі (сутулість). У деяких випадках клієнти можуть проявляти зовнішній неспокій, який виражається у метушливості або беззмістовній діяльності.

4. *Соматичні та вегетативні порушення.* Ці симптоми охоплюють широкий спектр фізичних скарг, таких як відчуття слабкості, неможливість відновити енергію, швидка втомлюваність, порушення сну, головний біль, запаморочення, сухість у роті, тиск у грудях і серці, труднощі при ковтанні (відчуття «кому в горлі»), внутрішнє тремтіння, підвищена пітливість, зниження ваги, біль і відчуття тиску в шлунку, здуття, закрепи, хронічна діарея, часті позиви до сечовипускання, біль у нижній частині живота та хронічний біль, подібний до ревматичного. Порушення сексуальної функції та втрата ваги також є поширеними ознаками [20, с. 19-20].

Робота С. Пфайфера є важливим внеском у розуміння багатогранності депресії, яка охоплює не лише емоційні, але й когнітивні, моторні та соматичні аспекти, що потребує комплексного підходу до діагностики та терапії цього розладу.

Для глибшого розуміння природи депресивних розладів, особливо в контексті подолання депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку в умовах війни, важливо звернутися до робіт провідних дослідників, які пропонують різні підходи до аналізу та терапії депресії.

К. Абрахам, працюючи в рамках психоаналітичної теорії, досліджував зв'язок депресії з невротами та травматичними переживаннями, що набуває особливої актуальності у контексті осіб, які пережили втрати під час війни або змушені були залишити свій дім. Його роботи демонструють, що депресія може бути результатом глибоких внутрішніх конфліктів та невирішених психічних травм, часто пов'язаних з подіями раннього дитинства. Зокрема, вчений наголошував на важливості дитячих переживань, таких як народження другої дитини в сім'ї, або ж реальні втрати одного чи обох батьків через смерть, хворобу, розлучення або емоційну відсутність. Ці події можуть активувати психологічний механізм інтроекції, через який дитина намагається впоратися з болем втрати, «поглинаючи» образ об'єкта любові та згодом вступаючи у внутрішню боротьбу з цим інтроектованим об'єктом, що стає джерелом психічного напруження [34].

Важливим аспектом теорії К. Абрахама є зв'язок депресії з незадоволеними бажаннями. Відповідно до його гіпотези, депресія виникає як наслідок відмови від бажаного, але недосяжного об'єкта, який не здатен забезпечити очікуване задоволення. Людина, яка сприймає себе як нелюба чи недооцінена (або насправді є такою); людина, яка відчуває себе обманутою у своїх ранніх емоційних уподобаннях, стає нездатною любити й розчаровується в житті, що веде до розвитку депресивного стану. Центральною ланкою у цьому процесі є внутрішній конфлікт між любов'ю та ненавистю: нереалізована любов трансформується в ненависть, спрямовану всередину, що паралізує людину та викликає глибокі сумніви в собі. Часто цей конфлікт проектується зовні, коли

пацієнт вважає, що його не люблять або ненавидять інші через його недоліки. Це створює низку психологічних проблем, таких як почуття неповноцінності, схильність до самозвинувачень та міжособистісних труднощів, що вимагає психоаналітичної терапії для їх подолання [34].

А. Бек, засновник когнітивної теорії депресії, здійснив фундаментальний вплив на розвиток психологічного розуміння цього розладу. Його підхід зосереджується на ролі негативних когнітивних схем і автоматичних думок, що формуються на основі життєвого досвіду і впливають на сприйняття індивідом себе, світу та майбутнього. Він допустив, що у депресивних осіб ці когнітивні схеми стають надмірно негативними, що призводить до виникнення і підтримки депресивного стану [32].

А. Бек стверджував, що депресія виникає через спотворене мислення, яке включає три основні компоненти – так звану «когнітивну тріаду»: негативне бачення себе («я недостойний»), світу («все навколо погано») та майбутнього («нічого не зміниться на краще»). Ці автоматичні думки є результатом попереднього негативного досвіду, які формують стійкі когнітивні схеми. Ці схеми викликають хибні переконання і підживлюють депресивні настрої, посилюючи безнадійність і відчуття безвиході [37].

Одним із ключових досягнень психотерапевта стала розробка когнітивної терапії, спрямованої на виявлення та модифікацію цих негативних думок і переконань. Цей підхід став основою для когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка сьогодні є одним з найбільш ефективних методів лікування депресії. Психотерапевтичний процес за А. Беком включає навчання клієнтів розпізнавати свої автоматичні думки, оспорювати їх реальність та змінювати на більш адаптивні і реалістичні. Цей метод дозволяє індивіду знизити рівень емоційного дискомфорту та впоратися з депресивними симптомами, що робить його універсальним для широкого спектру пацієнтів, включно з внутрішньо переміщеними особами, які переживають травматичні події [48], [50], [77].

Вчений також розробив шкалу депресії, яка стала одним із найбільш поширених інструментів у діагностиці депресії. Ця шкала містить 21 пункт, що

оцінює ступінь вираженості депресивних симптомів, таких як сум, песимізм, відчуття провини, втома та порушення сну. Шкала дозволяє клініцистам об'єктивно оцінювати глибину депресивного стану особи, що є важливим у процесі моніторингу ефективності лікування [31].

Особливо актуальним підхід А. Бека є у контексті роботи з внутрішньо переміщеними особами, які через війну і втрату дому можуть мати спотворене сприйняття свого майбутнього та низький рівень впевненості у власних силах. Травматичні події, з якими вони зіткнулися, можуть сприяти формуванню негативних когнітивних схем, які ведуть до депресії. Застосування когнітивної терапії та шкали А. Бека в роботі з цією категорією пацієнтів дозволяє не лише коригувати їхні негативні переконання, а й створювати більш стійкі ресурси для адаптації до нових життєвих обставин.

Д. Мак-Каллоу, видатний американський психолог і психотерапевт, зробив значний внесок у розвиток методів лікування хронічної депресії, зокрема через інтеграцію когнітивно-поведінкових підходів з міжособистісною психотерапією. Його праці стали фундаментом для розуміння особливостей хронічної депресії, яка відрізняється від гострих епізодів тривалим перебігом, що може тривати роками і важко піддається лікуванню традиційними методами.

Однією з центральних ідей Д. Мак-Каллоу було дослідження зв'язку між депресією та міжособистісними стосунками. Він стверджував, що багато випадків хронічної депресії обумовлені порушеннями у соціальних зв'язках, що призводить до ізоляції, відчуження та втрати почуття належності до соціальної групи. Така ізоляція посилює депресивні стани, створюючи порочне коло, в якому соціальна відчуженість підживлює депресію, а вона, в свою чергу, поглиблює відчуття ізоляції [78].

Автор зосереджував свою увагу на тому, як хронічні депресивні стани можуть бути результатом не тільки індивідуальних когнітивних процесів, але й порушень у міжособистісних стосунках. На основі цього він розробив модель лікування хронічної депресії, яка включала когнітивні та міжособистісні інтервенції. Вона зосереджується на виявленні та зміні дезадаптивних

когнітивних схем і поведінкових моделей, що спричиняють труднощі у стосунках з іншими людьми. У межах цього підходу особа вчиться будувати здоровіші стосунки, що стає важливим аспектом процесу одужання.

Значним досягненням Д. Мак-Каллоу є впровадження міжособистісної реабілітації, яка полягає в навчанні особистостей навичкам ефективної комунікації, вирішення конфліктів та побудови підтримувальних соціальних стосунків. Його метод є також ефективним у контексті довготривалого терапевтичного супроводу людей з хронічною депресією, де лікувальний процес не обмежується короткостроковими когнітивними інтервенціями, а потребує постійної роботи над міжособистісними відносинами і відновленням почуття власної цінності. Такий підхід забезпечує більш стійкі результати та дозволяє запобігти рецидивам депресії [53].

Ці ідеї особливо актуальні для роботи з внутрішньо переміщеними особами, які часто стикаються з порушенням соціальних зв'язків через втрату дому, сім'ї або спільноти. Міжособистісна психотерапія у поєднанні з когнітивно-поведінковими методами може бути надзвичайно корисною для допомоги цим людям у відновленні їхнього психологічного здоров'я, побудові нових соціальних зв'язків та адаптації до нових життєвих умов [78].

А. Раш зробив значний внесок у розвиток знань про депресію, зосереджуючись на вивченні ефективності різних методів лікування цього психічного розладу. Особливу увагу він приділяв когнітивно-поведінковій терапії, яка зарекомендувала себе як один із найбільш результативних підходів до лікування депресивних станів. Крім того, він досліджував складніші форми депресії, зокрема так звану «депресію, стійку до лікування» (TRD – treatment-resistant depression). Це вид депресії, який не піддається стандартним терапевтичним методам, що часто ускладнює процес одужання пацієнтів. Також він цікавився тим, який метод лікування депресії – медикаментозний чи психотерапія є більш ефективним, про що свідчать декілька його праць [97; 47].

Його праці мають практичне значення для терапевтичної роботи з внутрішньо переміщеними особами, які піддаються специфічними чинниками

стресу, такими як втрата домівки, соціальних зв'язків та відчуття безпеки. Для таких людей традиційні методи лікування депресії можуть бути менш ефективними через глибину травматичного досвіду та складні життєві обставини. Саме тому дослідження А. Раша щодо депресії, стійкої до лікування, можуть стати підґрунтям для розробки адаптованих підходів до роботи з цією категорією пацієнтів. Його рекомендації можуть сприяти вибору комплексних терапевтичних стратегій, які враховують психологічні, соціальні та екзистенційні аспекти стану внутрішньо переміщених осіб.

Л. Хьелл та Д. Зіглер зробили важливий внесок у розуміння впливу особистісних рис на розвиток психічних станів, зокрема депресії. У своїх працях вони досліджували, як різні аспекти особистості, включаючи темперамент, самооцінку, схильність до самокритики, рівень тривожності та емоційну стійкість, можуть впливати на ймовірність розвитку депресивних розладів. Вони підкреслювали, що кожна людина реагує на стресові фактори по-різному, залежно від своїх внутрішніх особливостей, що робить певні типи особистості більш схильними до депресії, ніж інші [67].

Одним з основних аспектів їхніх досліджень було вивчення того, як специфічні риси особистості можуть посилювати або, навпаки, знижувати ризик виникнення депресивних станів у відповідь на зовнішні обставини, такі як стрес чи втрата. Наприклад, люди з високою тривожністю або низькою самооцінкою можуть бути більш схильними до розвитку депресії в умовах життєвих труднощів, тоді як особи з більш розвиненими навичками емоційної регуляції можуть мати кращі ресурси для подолання стресу [67].

Праці Л. Хьелла та Д. Зіглера мають практичне значення для роботи з внутрішньо переміщеними особами, які переживають надзвичайно складні обставини через війну. Вони надають змогу краще розуміти індивідуальні особливості цих людей і враховувати їх при розробці терапевтичних підходів. Внутрішньо переміщені особи можуть мати різні психологічні механізми реагування на стрес і втрату: деякі з них будуть більш вразливими до розвитку

депресії через певні риси характеру, тоді як інші можуть демонструвати вищу стійкість.

Отже, депресія є складним афективним розладом, що проявляється тривалим зниженням настрою, втратою життєвої активності, почуттям безнадійності та зниженням самооцінки, супроводжуючись порушеннями когнітивних, емоційних та фізіологічних функцій, такими як проблеми зі сном, апетитом, концентрацією уваги і зниженням фізичної активності. Причини депресії можуть бути генетичними, нейробиологічними, соціальними чи психологічними, що вимагає комплексного підходу до її лікування, який поєднує психотерапію та медикаментозну підтримку. У сучасній Україні, особливо в контексті воєнних подій, зростання рівня депресії серед населення потребує своєчасної діагностики та втручання через підвищений ризик суїцидів. Дослідження таких фахівців, як К. Абрахам, А. Бек, Дж. Мак-Каллоу та А. Раш, пропонують багатогранне розуміння депресії, підкреслюючи важливість урахування когнітивних, міжособистісних, психоаналітичних та психосоматичних факторів, особливо при роботі з внутрішньо переміщеними особами. Ці підходи сприяють розробці ефективних терапевтичних стратегій, що враховують психологічні, соціальні та екзистенційні аспекти, важливі для лікування депресії в умовах війни та вимушеної міграції.

1.2 Нейробиологія та нейрофізіологія депресії

Депресія супроводжується суттєвими змінами в біохімічних та фізіологічних процесах мозку, що тісно пов'язані з психологічним станом людини. Останні десятиліття досліджень значно розширили розуміння механізмів формування симптомів депресії та підвищили ефективність методів її лікування. Сучасний підхід до депресії виходить за межі емоційних розладів, визнаючи ключову роль фізіологічних процесів у мозку. Основними терапевтичними стратегіями залишаються фармакологічні втручання з використанням антидепресантів та психотерапія, що разом сприяють

поліпшенню стану пацієнтів. На біологічному рівні депресія охоплює складні процеси, які зачіпають нейротрансмітерні системи, гормональний баланс та імунну відповідь організму, що визначає її системний вплив на здоров'я людини [66].

На біохімічному рівні депресія тісно пов'язана з порушеннями у роботі нейротрансмітерів – хімічних месенджерів, які передають сигнали між нейронами мозку. Традиційне уявлення про депресію ґрунтується на так званій «гіпотезі дефіциту моноамінів», яка стверджує, що причиною є недостатня активність певних нейромедіаторів, таких як серотонін або норадреналін. Проте дослідники виявили, що не лише моноаміни можуть пояснити симптоми депресії. Велику роль у цьому процесі відіграють глутамат і гамма амінокислота (відповідає за нормалізацію режиму сну та безсоння, усунення психічного збудження, а також метаболізму), які є основними нейромедіаторами мозку [64]. Вони не лише регулюють зв'язки між нейронами, але й впливають на зміну та розвиток мозкових структур протягом життя. У випадку хронічного стресу чи тривоги ці зв'язки можуть пошкоджуватись, що призводить до «шуму» в комунікації між нервовими клітинами, сприяючи розвитку депресивних станів [68].

Більшість серотонінергічних, норадренергічних і дофамінергічних нейронів зосереджені в середньому мозку та стовбурі мозку, звідки вони проєктуються на великі ділянки мозку. Це вказує на їх участь у регуляції широкого спектру функцій мозку, включаючи настрій, увагу, обробку винагороди, сон, апетит і пізнання. Ліки, що підвищують рівень моноамінів у синаптичній щілині шляхом пригнічення їх зворотного захоплення або ферменту моноаміноксидази, мають антидепресивну дію [38]. Це стало основою гіпотези дефіциту моноамінів, яка стверджує, що патофізіологічною основою депресії є виснаження нейромедіаторів серотоніну, норадреналіну або дофаміну в центральній нервовій системі.

Серотонін – найбільш вивчений нейромедіатор у депресії. Зниження рівня серотоніну в мозку асоціюється з порушенням пам'яті, зміненим сприйняттям

винагороди та емоційним контролем, що підтримує гіпотезу про його дефіцит при депресії. Крім цього, сератонін серед інших функцій також виконує роль модулятора настрою, відчуття щастя та розсліблення. Також виявлено аномалії в серотонінових рецепторах, що впливають на його функціонування. Це спостерігається не лише при депресії, але й при панічних розладах та епілепсії. Однак механізми втрати серотоніну до кінця не з'ясовані, оскільки дослідження метаболітів дали суперечливі результати. Можливо, дефіцит серотоніну викликає підвищена активність моноаміноксидази або генетичні мутації, які впливають на його вироблення [65], [71].

Норадреналін допомагає зосередитись та підвищує усвідомленість/пильність, а також має важливе значення для регулювання виконавчих функцій (здатність вирішувати проблеми). Дисфункція норадренергічної системи може відігравати роль у розвитку депресії, що підтверджується зниженим метаболізмом норадреналіну та зменшенням кількості нейронів у локусі контролю осіб з депресією. Також виявлено зміни в альфа-адренорецепторах у мозку жертв суїциду. Однак через відсутність методів для дослідження норадреналіну, переконливих доказів аномалій цієї системи бракує [76].

Хоча ранні теорії депресії зосереджувалися на серотоніні й норадреналіні, дофамін також привертає увагу. Інгібітори зворотного захоплення дофаміну та агоністи дофамінових рецепторів показали ефективність у лікуванні депресії. Зниження рівня дофаміну та його рецепторів у пацієнтів з депресією асоціюється з ангедонією та притупленою реакцією на винагороду. Хоча майже всі антидепресанти націлені на моноамінові системи, їх обмежена ефективність свідчить про наявність більш глибоких причин депресії [77].

Система «гіпоталамус-гіпофіз-наднирники» відповідає за реакцію організму на стрес. При депресії часто спостерігається порушення цієї системи: підвищується рівень кортизолу, гормону стресу, що призводить до його тривалої дії на організм. Хронічно високий рівень кортизолу може викликати

пошкодження нейронів у таких важливих для регуляції емоцій структурах, як гіпокамп. Це впливає на пам'ять, концентрацію та емоційний стан [76].

Розвиток депресії зумовлюється взаємодією генетичних факторів і зовнішнього середовища, що є ключовим механізмом патогенезу цього розладу. Епігенетичні зміни, спричинені стресовими подіями, особливо в дитинстві, можуть змінювати експресію генів без зміни структури ДНК, що призводить до довготривалих порушень функціонування мозку та підвищує ризик психічних розладів, включаючи депресію. Наприклад, метилювання ДНК здатне змінювати активність генів, відповідальних за реакцію на стрес [95].

Генетичні фактори та позитивна сімейна історія депресії вважаються основними факторами ризику її розвитку. Існують також концепції перехресного успадкування між різними психічними розладами, як-от великим депресивним розладом та алкоголізмом. Наявність депресії у батьків утричі підвищує ризик розвитку депресивного епізоду у дітей. Дослідження показують, що сімейний анамнез не тільки корелює із симптоматикою, але й пов'язаний зі змінами в нейроанатомії [58].

Чинники зовнішнього середовища також суттєво впливають на розвиток депресії. Діатез-стресова модель, яка розглядає взаємодію генів із середовищем, використовується для оцінки клінічних випадків. Наприклад, пацієнти з депресією та раннім психотравматичним досвідом, мають генетичні варіанти рецептора серотоніну, що пов'язано із зменшенням сірої речовини в гіпокампі та префронтальній корі [85].

Перший епізод депресії часто провокується серйозними стресовими подіями, після чого наступні епізоди можуть проявлятися при менш інтенсивних стресорах [76].

Фізіологічні зміни при депресії часто стосуються гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі. Відхилення в роботі цієї осі проявляються підвищеними рівнями кортизолу та гіперреактивністю на стресові фактори. У пацієнтів із депресією виявлено порушення механізмів негативного зворотного зв'язку цієї осі, що пов'язано з аномальним рівнем глюкокортикоїдів, таких як кортикотропін-

рилізинг-гормон. Зниження експресії мРНК глюкокортикоїдних рецепторів у пацієнтів з депресією і їхніх родичів першого ступеня вказує на генетичну природу порушень гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі [85].

Дослідження близнюків, сімей та усиновлених дітей підтверджують спадковість депресивних розладів, що вказує на значну роль генетичних факторів. Дослідження показують, що вплив генетичних факторів становить близько 30-40%. Натомість екологічні впливи, як-от травматичні події в дитинстві, низька соціальна підтримка, конфлікти в стосунках, також мають значний вплив, пояснюючи 60-70% варіабельності чутливості до депресії [94].

Це свідчить про значний потенціал профілактики депресії через психосоціальні заходи, наприклад, в закладі освіти чи на роботі. Вони також підтверджують ефективність психотерапії, зокрема міжособистісної, психодинамічної та когнітивно-поведінкової, що орієнтовані на вирішення міжособистісних проблем. Водночас не виключається роль негенетичних та непсихосоціальних факторів ризику, таких як зміна клімату чи захворювання, для окремих пацієнтів.

Крім того, гендерні відмінності в реакції на стрес відіграють важливу роль у формуванні депресії. Чоловіки частіше реагують депресією на проблеми в роботі або стосунках, тоді як жінки більш чутливі до соціальних стресорів, таких як втрата близьких [74].

Хоча значна увага приділяється ролі генетики, дослідження конкретних генетичних факторів і їх взаємодії зі стресом залишаються непереконливими. Загальногеномні дослідження свідчать про складність визначення окремих генів, пов'язаних із депресією. Виявлено, що численні гени з невеликим впливом разом сприяють розвитку складних захворювань, що значно ускладнює їх ідентифікацію. Однак сімейний анамнез залишається одним із найнадійніших джерел для оцінки генетичних ризиків депресії.

Взаємодія між генетичними факторами та середовищем є ключовим механізмом у розвитку депресії. Епігенетичні зміни можуть відбуватися під впливом стресових життєвих подій, особливо в ранньому віці. Вони можуть

змінювати експресію генів без зміни самої ДНК, що призводить до довготривалих змін у роботі мозку та підвищеної вразливості до психопатологій, включаючи депресію. Наприклад, метилювання ДНК може змінювати активність генів, які регулюють реакції на стрес [57].

У людей з депресією спостерігаються зміни в структурі та функціях мозку, особливо в таких ділянках, як гіпокамп, префронтальна кора та мигдалина. Гіпокамп, який відповідає за пам'ять та навчання, може зменшуватися внаслідок хронічного стресу та підвищеного рівня кортизолу. Префронтальна кора, що регулює емоції та прийняття рішень, також втрачає свою функціональну активність під час депресії. Мигдалина, яка відповідає за обробку загроз і страху, стає гіперактивною, що призводить до посилення тривоги та негативних емоцій [84].

Сучасна нейробіологічна концепція депресії зосереджується на порушеннях функціонування кортико-лімбічних мереж. Зокрема, виявлено гіперактивність у мигдалині, поперечно-смугастому ядрі, лімбічних і підкіркових структурах. Після лікування антидепресантами або психотерапією ця гіперактивність нормалізується, що корелює з клінічним покращенням симптомів. Хоча механізми впливу психотерапії на нервову систему досліджені менше, початкове підвищення активності в лімбічній та підкірковій областях згодом змінюється на гіпоактивність при регулярному терапевтичному втручанні [98].

Префронтальна кора (ПФК) розташована попереду премоторної та первинної моторної зон і виконує мультимодальну функцію, інтегруючи сенсорно-моторну інформацію з мотиваційно-афективними аспектами, що є критично важливими під час епізодів великого депресивного розладу (ВДР). ПФК включає три основні відділи: дорсолатеральну префронтальну кору, орбітальну префронтальну кору та медіальну паралімбічну кору, а також передню поясну кору.

Вентромедіальна префронтальна кора з'єднана з поясною звивиною та гіпокампом, а також з дорсолатеральною префронтальною корою. Вона виконує

важливі функції, такі як генерація нормальних емоцій, зокрема соціально значущих, а також функцію регуляції автономних і нейроендокринних реакцій, модулювання болю, вираження агресії, сексуальної та харчової поведінки. Орбітальна префронтальна кора коригує емоційні та поведінкові реакції, частково зумовлені мигдалиною. Дорсолатеральна префронтальна кора залучена до когнітивного контролю, розв'язання складних завдань та управління інформацією в робочій пам'яті [85].

Префронтальна кора, мигдалеподібне тіло та гіпокамп вважаються ключовими структурами мозку, які безпосередньо пов'язані з депресивними розладами. Дослідження магнітно-резонансної томографії показують зменшення об'єму мозку у пацієнтів з депресією в порівнянні зі здоровими суб'єктами, зокрема зниження об'єму передньої поясної кори, орбітальної префронтальної кори та помірне зменшення в гіпокампі, путамені та хвостатому ядрі [85].

Вентромедіальна префронтальна кора має високі рівні рецепторів глюкокортикоїдів і регулює активність гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової системи в стресових умовах. Це підтверджує зв'язок між дисфункцією префронтальної кори та великими депресивними розладами. Крім того, у пацієнтів з депресією спостерігаються порушення сексуальної функції та негативне сприйняття майбутнього, що вказує на дисфункцію префронтальної кори [76].

Посмертні дослідження, проведені на пацієнтах з великим депресивним розладом, виявили знижену кількість гліальних клітин і зміни в їх морфології, особливо в префронтальній корі, в порівнянні з іншими ділянками мозку. Останні дослідження підтверджують, що вплив стресу викликає патології в гліальних клітинах, що відображається у зменшенні їх щільності в гіпокампі та зниженні щільності астроцитів у префронтальній корі у тварин, які зазнали хронічного стресу.

Ці результати свідчать про те, що гліальна функція є недостатньою або навіть порушеною в префронтальній корі, що може слугувати анатомічним субстратом для симптомів депресії. Це стосується міжклітинної комунікації, яка

включає проміжки між секціями, що призводять до змін у нейронній функції в префронтальній корі [76].

Під час депресії відзначається підвищена активність у лімбічних структурах, відповідальних за емоційне сприйняття. Ця активність контролюється префронтальною корою, яка може функціонувати неадекватно. Лімбіко-кортикальна модель показує, як різні ділянки мозку, зокрема латеральна і медіальна префронтальна кора, гіпокамп, таламус і мигдалина, взаємодіють. Важливість підкіркових структур для обробки інформації також підкреслює кортико-стріарна модель. Дисфункція смугастого тіла може призвести до симптомів психомоторної відсталості, а час реакції залежить від рівня оксигенації крові, що впливає на увагу та концентрацію [81].

Дослідження показують знижену активність у кортикальних ділянках у людей з клінічною депресією в порівнянні з контрольними групами, що складаються зі здорових осіб. Префронтальна кора має гальмівний вплив на лімбічні структури, і її порушення веде до дисбалансу в нейроланцюгах, що викликає клінічні симптоми, пов'язані з поведінкою та когнітивними функціями. Нейрофізіопатологія депресії включає розлади нейроендокринної, вегетативної систем та імунні порушення. Антидепресанти можуть покращити ситуацію, підвищуючи рівень нейромедіаторів і впливаючи на структурні зміни в лімбічній системі, що позитивно позначається на функціонуванні префронтальної кори [41].

Мигдалеподібне тіло відповідає за збір сигналів і координацію реакцій збудження в корі головного мозку, що, в свою чергу, призводить до нейроендокринної відповіді на неспецифічні стимули, такі як несподівані або неоднозначні ситуації. Воно також грає роль у процесах пам'яті та навчання, пов'язаних з емоціями. Дослідження показали, що гіперактивність мигдалеподібного тіла корелює з інтенсивністю депресії, включаючи схильність до нав'язливих думок і тривоги. У мета-аналізі, що охоплює чотири дослідження, вивчалася обсяги мигдалеподібного тіла у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, які зазнали різного роду жорстокого поводження в

дитинства. Результати вказали на значне зменшення обсягу мигдалеподібного тіла у цих пацієнтів у порівнянні з контрольними групами [75].

Мигдалеподібне тіло відіграє ключову роль у вираженні емоцій та настрою в стресових або загрозливих ситуаціях, організуючи ендокринну реакцію. У пацієнтів з депресією спостерігається гіперактивність мигдалеподібного тіла під час негативних впливів, тоді як в умовах позитивних стимулів відзначається його гіпоактивність. У таких пацієнтів також спостерігається підвищене виділення гормонів стресу [75].

Гіпокамп є однією з ключових структур, що вивчається в контексті депресії, через його важливу роль у навчанні, пам'яті та емоційній реакції на стрес. Він багатий на кортикостероїдні рецептори, які регулюють гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, впливаючи на реакцію організму на стрес. У гіпокампі продовжується нейрогенез у дорослому віці, що забезпечує його високу пластичність і робить його мішенню для дії антидепресантів [85].

Хронічний стрес, особливо в дитинстві, негативно впливає на гіпокамп, порушуючи нейрогенез і викликаючи синаптичні втрати, що призводить до дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Одночасно порушується контроль над секрецією кортикостероїдів при стресі. Це може викликати нейротоксичні зміни, зменшення об'єму гіпокампа та порушення пам'яті. Дослідження показують, що у дорослих, які пережили травми в дитинстві, об'єм гіпокампа зменшений, що корелює з депресією [49].

Зменшення об'єму гіпокампа спостерігається в пацієнтів з численними депресивними епізодами, але ці зміни можуть бути зворотними після успішного лікування антидепресантами. Однак у людей, які одужали без медикаментів, але мали рецидиви, об'єм гіпокампа залишається зменшеним. Це свідчить про те, що структурні зміни гіпокампа можуть бути маркером депресії [79].

Кортикальна сіра речовина відіграє ключову роль у когнітивних функціях, емоційній регуляції та поведінкових реакціях. У контексті депресії, особливо хронічної чи рецидивуючої, спостерігаються структурні зміни в мозку, що впливають на ці функції. Зокрема, депресія може бути пов'язана зі зменшенням

об'єму сірої речовини в кількох важливих ділянках мозку, що призводить до порушень виконавчих і емоційних процесів.

Серед основних ділянок, які страждають при депресії, є дорсолатеральна префронтальна кора, яка відповідає за виконавчі функції, робочу пам'ять та когнітивний контроль. Зменшення об'єму цієї області асоціюється з труднощами концентрації, прийняття рішень і розв'язування проблем, що є поширеними симптомами у депресивних пацієнтів. Вентромедіальна префронтальна кора, яка відповідає за емоційну регуляцію та інтеграцію емоційного досвіду, також піддається змінам, що спричиняє порушення контролю над емоціями, характерні для депресивних станів. Крім цього, передня поясна кора, що бере участь у регуляції емоцій та когнітивному контролі, теж зазнає змін, які можуть викликати апатію, втрату інтересу та загальне емоційне оніміння. Структурні аномалії в цих ділянках є важливим біомаркером депресії і визначають характерні порушення у пацієнтів із цим розладом [99].

У період ранньої дорослості (20-40 років) депресія супроводжується зниженням об'єму сірої речовини до 20% у правій тім'яній корі та до 10% у задніх частинах верхньої та нижньої скроневої звивин, що може бути результатом хронічного стресу або травматичних подій, які ініціюють нейродегенеративні процеси. У таких пацієнтів спостерігається порушення когнітивних функцій (пам'ять, увага, виконавчий контроль), що може негативно впливати на їхню продуктивність у професійній та особистій сфері. Дослідження показують, що раннє втручання та лікування (включаючи антидепресанти та психотерапію) здатні не лише зменшити симптоми, а й частково відновити об'єм сірої речовини, зокрема в тих ділянках, що відповідають за емоційну регуляцію [35], [36].

Нещодавні дослідження депресії все більше зосереджуються на підкіркових аномаліях білої речовини, хоча раніше увага приділялась переважно сірій. Аномалії білої речовини, особливо у пацієнтів із пізнім початком депресії, спочатку пов'язували з ішемічними змінами, спричиненими судинними порушеннями. МРТ показує гіперщільність білої речовини у префронтальній корі, що пов'язано зі зниженим метаболізмом і атрофією лобової частки мозку.

Зниження структурної зв'язності нервових шляхів білої речовини, таких як мозолисте тіло, гачкуватий пучок, *cingulum* (пучок нервових волокон, розташований під кортикальною сірою речовиною) та поздовжні пучки, є важливими факторами при депресії, особливо у випадках з дитячими психологічними розладами, що продовжують впливати на доросле життя. Мозолисте тіло, яке забезпечує зв'язок між двома півкулями мозку, є особливо чутливим до цих змін. Його порушення може знижувати здатність до інтеграції емоційної, когнітивної та мотиваційної інформації, що впливає на регуляцію настрою і поведінки. У ранньому дорослому віці (20-40 років) такі зміни в білій речовині можуть призводити до серйозних когнітивних порушень, зниження концентрації та здатності до планування, що є характерними для депресії [62].

Зменшення цілісності білої речовини також може впливати на реакцію на лікування, оскільки погіршення зв'язків між різними ділянками мозку ускладнює відновлення когнітивних та емоційних функцій. Тому, попри своєчасне лікування, депресивні симптоми можуть зберігатися або погіршуватись. Прогресування цих змін пов'язане з ризиковими чинниками серцево-судинних захворювань, такими як гіпертонія та куріння, і віком. Вони негативно впливають на лікування депресії та сприяють розвитку нових симптомів, хоча прямий причинно-наслідковий зв'язок між змінами білої речовини та депресією поки що не доведений. Проте є припущення, що зміни білої речовини можуть бути як наслідком депресії, так і результатом загального патологічного процесу [100].

Дослідження вказують на підвищення рівня запальних маркерів, таких як інтерлейкіни та С-реактивний білок, у людей з депресією. Запальні процеси впливають на функціонування мозку, зокрема на нейротрансмітерні системи та нейропластичність, що посилює симптоми депресії, а також знижує енергію та здатність до концентрації.

Нейропластичність – це здатність нервової системи адаптуватися, реорганізуючи свою структуру та функції. Цей процес, відомий як синаптична пластичність, є важливим для когнітивного навчання та пам'яті. Дослідження

вказують, що синаптична пластичність може бути ключовим механізмом навчання, хоча її деталі ще недостатньо вивчені.

Патофізіологія депресії пов'язана з імунологічними механізмами, зокрема прозапальні цитокіни, які можуть викликати втому, тривогу та депресію. Пацієнти, що отримують лікування інтерфероном, мають підвищений ризик розвитку депресії. Дослідження на тваринах підтверджують зв'язок між запаленням і депресивними симптомами, такими як ангедонія та втома [70].

Гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальна вісь є важливим регулятором стресової реакції, вивільняючи кортикотропін-рилізинг-гормон з гіпоталамуса, що стимулює секрецію адренокортикотропного гормону та глюкокортикоїдів. Підвищення рівня глюкокортикоїдів може призводити до нейронної дисфункції, зокрема загибелі нейронів у префронтальній корі та гіпокампі, що підтверджує зв'язок між тривалим підвищенням кортизолу та порушенням когнітивних функцій [86].

Депресія тісно пов'язана із запаленням мозку. Дослідження свідчать, що особи, які страждають на депресію протягом більш ніж десяти років, мають на 30% вищий рівень запалення головного мозку у порівнянні з тими, хто переживає короточасні депресивні епізоди. Це церебральне запалення може призводити до загибелі нейронів, що, в свою чергу, викликає численні ускладнення. Знищення нейронів і нейромедіаторів може викликати зниження нейропластичності – здатності мозку адаптуватися та змінюватися протягом життя. Ускладнення в утворенні нових нейронів і нейромедіаторів утруднює їх розвиток, що в свою чергу сприяє виникненню когнітивних проблем у осіб, які страждають на тривалу депресію [100].

При депресії спостерігаються значні зміни в рівнях гормонів, зокрема мелатоніну та тиреоїдних гормонів. Дефіцит мелатоніну, який є ключовим регулятором сну, може спричинити порушення сну, такі як безсоння або поверхневий (неглибокий) сон, що є одним із найпоширеніших симптомів депресії. Цей дефіцит може посилювати інші депресивні симптоми, створюючи порочне коло, яке важко порушити.

Крім того, порушення функції щитовидної залози, що проявляється в зміні секретії тиреоїдних гормонів, також тісно пов'язане з розвитком депресивних симптомів. Дослідження показують, що гіпотиреоз може мати подібні до депресії прояви, включаючи втому, зниження апетиту та зниження настрою. Це вказує на можливу біологічну зв'язок між ендокринними функціями щитовидної залози і психоемоційним станом особи.

Кортикотропін-рилізінг-гормон вивільняється з гіпоталамуса у відповідь на психологічний стрес, сприйнятий корковими областями мозку. Цей гормон стимулює секретію адренкортикотропного гормону з гіпофіза, що активує надниркові залози до вивільнення кортизолу в плазму. Реакція на стрес може варіювати в залежності від статі: жінки, як правило, реагують сильніше, що узгоджується з більшою частотою важкої депресії серед них. Чоловіки демонструють більшу реакцію кортизолу на стресори, пов'язані з досягненнями, тоді як жінки реагують сильніше на соціальне відторгнення [93].

Ці гендерні відмінності у гормональних реакціях на стрес можуть частково пояснити різницю в патернах прояву депресії та її перебігу у чоловіків і жінок. Дослідження в цій галузі підкреслюють важливість врахування ендокринних і психологічних факторів при розробці терапевтичних стратегій для лікування депресії, зокрема в контексті персоналізованого підходу до лікування на основі статевих і гормональних особливостей пацієнтів [54].

Генетичні чинники мають значний вплив на виникнення депресії, впливаючи на нейробіологічні та нейрофізіологічні процеси. Приблизно 30-40% випадків великого депресивного розладу мають спадковий характер, що свідчить про генетичну схильність. Ця схильність може проявлятися в аномаліях мозкових структур, таких як зменшення об'єму сірої речовини у гіпокампі та префронтальній корі, що безпосередньо впливає на емоційну регуляцію та когнітивні функції. Генетичні варіації можуть також впливати на функціонування нейромедіаторів, таких як серотонін, допамін і норадреналін, порушуючи нейронні ланцюги, що відповідають за настрій і стресову реакцію [74].

З точки зору нейрофізіології, люди зі спадковою схильністю до депресії часто мають порушення в роботі осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що регулює стресові реакції організму. Підвищена реактивність осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники і надмірна секреція кортизолу можуть сприяти розвитку депресивних симптомів, особливо у відповідь на стресові події або дитячі травми.

Отже, вивчення нейробиологічних та нейрофізіологічних аспектів депресії дозволяє глибше зрозуміти, як хронічний стрес, що його зазнають внутрішньо переміщені особи (ВПО) у період війни, може призводити до розвитку депресивних станів. Тривала активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі під дією стресу, підвищений рівень кортизолу і дисфункція нейронів, особливо у префронтальній корі, негативно впливають на когнітивні функції та здатність адаптуватися до нових умов. Окрім цього, порушення рівня гормонів, таких як мелатонін і тиреоїдні гормони, які впливають на сон та психоемоційний стан, сприяють поглибленню депресивних симптомів. Соціальна ізоляція та втрата зв'язків підсилюють ці біологічні процеси, підвищуючи ризик розвитку депресії серед ВПО. Комплексний підхід, що враховує біологічні, психологічні та соціальні чинники, є критично важливим для ефективного подолання депресивних станів у таких умовах.

1.3 Вплив війни на розвиток депресії.

Депресія є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних та фізіологічних факторів. Особливо високий ризик розвитку цього розладу спостерігається серед людей, які зазнали значних життєвих потрясінь або екстремальних обставин. Війна, як одна з найсерйозніших стресових ситуацій, призводить до зростання кількості людей із депресією щонайменше на 20%. За офіційними даними міжнародних організацій, війна також спричиняє збільшення рівня скоєння суїциду на 22%. Окрім того, особливо вразливою є група людей похилого віку, які прожили тривалий період у стресових умовах війни. У цій категорії кількість випадків суїциду може зрости до 20% [18].

Психічні розлади в умовах війни та після її завершення є серйозним тягарем для населення. За результатами огляду, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, який охопив 129 досліджень у 39 країнах, кожен п'ятий (22%) із тих, хто протягом останніх 10 років пережив війну або збройний конфлікт, страждав на такі розлади, як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), біполярний афективний розлад чи шизофренію. Поширеність депресивних розладів у цих групах на будь-якому етапі життя оцінюється на рівні 13%, що свідчить про значний вплив війни на психічне здоров'я постраждалих [80; 82].

Тривога та депресія вражають значну частину населення під час війни (близько 40-50%). Справедливо відзначити, що тривожні стани, в різних їх проявах, зустрічаються частіше, проте рівень депресії також суттєво зростає [46]. Це відбувається за рахунок того, що під час війни люди знаходяться під впливом постійного стресу, що активує парасимпатичну нервову систему, підвищує рівень кортизолу, що з часом виснажує ресурси мозку, тим самим сприяючи розвитку депресії та апатичних станів. Окрім цього, на підвищення рівня поширеності депресії впливають такі фактори, пов'язані з війною, як пережитий травматичний досвід, соціальна ізоляція, втрати близьких та житла, а також відчуття нестабільності майбутнього. А фізіологічні зміни, такі як порушення сну, апетиту та гормональні зрушення, можуть додатково посилювати депресивні симптоми серед населення.

Розглядаючи категорію внутрішньо переміщених осіб (ВПО) віком від 20 до 40 років, необхідно звернути увагу на взаємозв'язок між депресією та специфічними травматичними переживаннями, які є характерними для цієї групи населення. До таких переживань належать, перш за все, загальні стресові фактори, з якими стикаються всі українці: початок бойових дій, вплив пропаганди, втрата життєвих орієнтирів та майнові втрати. Однак внутрішньо переміщені особи стикаються з додатковими специфічними викликами, такими як вимушена внутрішня міграція, необхідність адаптації до нових умов життя,

соціальна ізоляція, розрив сімейних і соціальних зв'язків, що додатково ускладнює їх психологічний стан [12].

Російсько-українська війна з активними бойовими діями почалась у 2014 році. Тоді поняття «внутрішньо переміщені особи» не охоплювало настільки широке коло населення та не стосувалося більшості областей України. Однак навіть на той час значна кількість переселенців приходила з територій Автономної Республіки Крим, а також з частини Донецької та Луганської областей, що стало початком масштабного процесу внутрішньої міграції. Відповідно, досвід цих людей формує унікальний контекст для дослідження психологічних наслідків, зокрема розвитку депресії.

Агентство ООН у справах біженців визначає внутрішньо переміщених осіб як осіб або групи людей, які змушені були залишити свої домівки, щоб уникнути наслідків воєнних конфліктів, насильства, обмежень чи порушень прав людини, а також загрози стихійних лих чи техногенних катастроф. При цьому такі особи не перетинають кордони своєї країни [33].

За даними, представленими на порталі оперативних даних УВКБ ООН, загальна кількість ВПО в Україні станом на 31 серпня 2024 року складає 3 669 000 осіб. Миколаївська область займає 9 місце за чисельністю внутрішньо переміщених осіб, які налічують 144 000 людей [72].

У період воєнних конфліктів виникає безліч соціальних проблем, що безпосередньо пов'язані з надзвичайними обставинами. Серед них слід виділити розлучення родин, відчуття незахищеності, втрату засобів до існування, розрив соціальних зв'язків, зниження рівня довіри в суспільстві, дефіцит ресурсів та зростання кількості дітей, які залишилися без батьків. Гуманітарні аспекти, такі як переповненість тимчасових притулків, відсутність можливості для усамітнення і відпочинку, а також руйнування традиційних механізмів соціальної підтримки, лише погіршують цю ситуацію [8].

Ці фактори призводять до значних проблем психічного здоров'я, зокрема до загострення вже існуючих психічних захворювань, таких як депресія, шизофренія та залежність від алкоголю. У багатьох випадках спостерігаються

зміни у стані психічного здоров'я, викликані емоційними стражданнями, а також гострі реакції на стрес. Серед серйозних наслідків війни – розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривожних розладів, що вимагає термінової уваги з боку фахівців.

Дослідження психологічних проблем вимушених мігрантів показує їх комплексний характер, який охоплює всі основні аспекти особистості: емоційний, когнітивний, поведінковий, мотиваційний та комунікативний. Порушення в різних сферах психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб, які взаємодіють між собою, можуть призвести до серйозніших труднощів у розвитку особистості. Зміна соціального оточення викликає втрату підтримки з боку друзів і знайомих, з якими мігранти раніше підтримували тісні стосунки, що, у свою чергу, сприяє відчуттю самотності [4].

В Україні ці проблеми стали особливо актуальними внаслідок воєнних дій, які призвели до численних втрат – як людських, так і матеріальних. Ситуація ускладнюється внутрішньою та зовнішньою міграцією, інформаційною напругою, переживаннями за близьких, а також фінансово-економічною і соціальною кризою. Несподівані зміни у звичному житті, проблеми в родині, розпад сімейних зв'язків, втрата роботи, зменшення заробітної плати, а також психоемоційні порушення, такі як відчуття розчарування, тривоги та безнадійності, стають частиною повсякденного досвіду людей, які переживають ці складні часи. Важливість розуміння цих проблем полягає у необхідності розробки ефективних стратегій для підтримки психічного здоров'я населення, яке постраждало від наслідків війни [69].

Мета-аналіз, що оцінює поширеність депресії, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у регіонах, які постраждали від воєнних конфліктів, демонструє суттєві масштаби психічних розладів серед населення в умовах війни. Дослідження свідчить, що близько 38,7% населення страждає від депресії під час воєнних дій, тоді як тривожні розлади виявляються у 43,4% випадків [88].

Відсоток людей, які страждають від тривоги та депресії, значно зменшується з часом після закінчення війни. Дослідження, проведене під час конфлікту 2008-2009 років на кордоні між Ізраїлем та Газою, показало, що 45,2% дорослих ізраїльських цивільних осіб мали діагноз великого депресивного розладу, тоді як 57,8% страждали від генералізованого тривожного розладу. Це дослідження також виявило, що обидва ці розлади частіше реєструвались у жінок порівняно з чоловіками, хоча вищий рівень діагностування серед жінок може свідчити про можливість упередженого ставлення до їхньої психічної здоров'я [46].

Згідно з даними, зібраними після війни, відсоток осіб із діагнозом великого депресивного розладу знизився з 45,2% до 22,2% протягом двох-чотирьох місяців після конфлікту, а рівень тривоги впав з 57,8% до 21,5% за два місяці, і до 12,6% через чотири місяці після закінчення війни. Інші дослідження також підтверджують зменшення рівня депресії з 38,7% до 29,1% та тривоги з 43,4% до 30,3% через чотири місяці після завершення конфлікту [88]. При цьому зазначено, що жінки мають підвищений ризик розвитку симптомів як тривоги, так і депресії порівняно з чоловіками, що підкреслює важливість врахування гендерних аспектів у дослідженнях психічного здоров'я під час і після воєнних дій [46].

Через п'ятдесят років після завершення Корейської війни дослідження, присвячене ветеранам, показало, що 31,3% з них страждали від тривожних розладів, а 23,5% – від депресії. Ці показники значно вищі порівняно з тими, що виявлені у попередніх дослідженнях, зосереджених на цивільному населенні. Це може свідчити про те, що ветерани піддаються більш тривалим симптомам тривоги та депресії, що може бути пов'язано з відсутністю структурованої соціальної підтримки. Багато досліджень вказують на те, що значне зменшення тривожності та депресії можна частково пояснити наявністю доступної підтримки психічного здоров'я [46].

Ці результати є важливими для вивчення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб у контексті війни в Україні, оскільки вони стикаються з

подібними ризиками, такими як втрата соціальної підтримки, стресові ситуації та нестабільність у нових життєвих умовах. Спостереження закордонних клінічних психологів свідчать про те, що депресія є найпоширенішою причиною звернень вимушених переселенців до психологів та психіатрів. У цьому контексті важливість доступу до психічної підтримки для зменшення симптомів депресії та тривоги стає ще більш актуальною, оскільки внутрішньо переміщені особи потребують спеціалізованих програм допомоги для подолання наслідків конфлікту [1]; [3].

3. Спринська у своєму дослідженні підтверджує результати попередніх досліджень, вказуючи на високий рівень реактивної тривожності у внутрішньо переміщених осіб, незадоволеність їхніх потреб у визнанні та самовизначенні, а також значний рівень самотності. Крім того, для цих осіб характерні недовірливість та страх перед майбутнім [26].

М. Орос досліджував вплив війни на психологічний стан внутрішньо переміщених осіб з різних регіонів України. Одним з ключових результатів його роботи є те, що найбільш схильними до розвитку депресії виявилися особи з меланхолійним типом темпераменту, тоді як флегматики демонструють вищу стійкість до депресивних розладів. Щодо статевих відмінностей, то чоловіки і жінки мають подібний рівень ризику розвитку депресії, проте жінки виявилися дещо менш стійкими. Серед людей, готових повернутися додому, депресію діагностовано у 43%, а серед тих, хто не планує повертатися – у 79%. Це дозволяє зробити висновок, що найбільш уразливою групою є жінки-меланхоліки, які не готові до повернення додому [14].

Останні дослідження українських науковців виходять за межі традиційного підходу до вивчення впливу військових дій на психічне здоров'я. Т. Панько, зокрема, сформулювала клінічні особливості депресивних розладів, спричинених війною. До типових ознак таких розладів належать знижений настрій, втрата інтересу до життя, зниження енергії, песимістичні думки, суїцидальні ідеї та дії, а також порушення сну (безсоння або гіперсомнія). Додаткові симптоми будували розглянуті в підрозділі 1.2. цього дослідження.

Т. Панько виділила низку специфічних ознак депресивних розладів, пов'язаних із війною: затримка появи симптомів депресії та тривоги; зосередженість на переживаннях щодо поточної ситуації; очікування погіршення загальної ситуації в Україні; тривога через невизначеність закінчення війни та занепокоєння за близьких; когнітивні порушення, зокрема думки про негативний вплив війни на здоров'я; очікування обстрілів і сирен; страх втрати матеріальних ресурсів через втрату роботи; неочікувані спогади про травматичні події; уникання спілкування та жахливі сновидіння, пов'язані з пережитим. Дослідниця також зазначає, що в структурі цих розладів часто присутні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [18].

Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я, особливо серед внутрішньо переміщених осіб, є надзвичайно глибоким і різнобічним. Депресивні розлади, що виникають унаслідок таких подій, відрізняються комплексністю, охоплюючи емоційну, когнітивну, поведінкову та мотиваційну сфери особистості. Однією з ключових особливостей є відтермінований розвиток симптомів депресії та тривоги, які часто супроводжуються постійним стресом і тривогою щодо майбутнього. Така складна симптоматика вказує на серйозні психологічні наслідки, що потребують спеціалізованої допомоги [9].

Значний взаємозв'язок між депресією та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) вимагає системного підходу до лікування. Умови втрати соціальної підтримки та хронічного стресу, з якими стикаються вимушені переселенці, загострюють їхній психічний стан. Для таких осіб критично важливо забезпечити доступ до психотерапевтичних ресурсів, включаючи індивідуальні консультації та групову терапію, що допоможуть знизити рівень стресу та сприятимуть відновленню психічного благополуччя [87;89].

Отже, військові конфлікти суттєво впливають на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб, провокуючи розвиток депресії та ПТСР, які потребують комплексного підходу для ефективної реабілітації та відновлення їхнього психологічного стану.

Висновки до першого розділу

Депресія, яка спостерігається серед внутрішньо переміщених осіб в умовах війни, є складним афективним розладом, що характеризується не лише тривалим зниженням настрою, втратою життєвої активності, відчуттям безнадії та низькою самооцінкою, але й порушенням когнітивних, емоційних та фізіологічних функцій. Хронічний стрес, спричинений воєнними діями, активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь, що веде до підвищеного рівня кортизолу та дисфункції нейронів, зокрема у префронтальній корі. Це негативно впливає на когнітивні функції, адаптацію до нових умов і може викликати фізичні симптоми, такі як порушення сну, апетиту та концентрації уваги.

Причини депресії у внутрішньо переміщених осіб комплексні, оскільки охоплюють психологічні, біологічні та соціальні фактори, які взаємодіють між собою. В умовах війни постійна соціальна ізоляція та втрата зв'язків підсилюють біологічні процеси, підвищуючи ризик розвитку депресії. Важливо враховувати ці фактори при розробці терапевтичних стратегій, які мають бути комплексними і включати поєднання психотерапевтичних методів та медикаментозної підтримки.

Дослідження показують, що депресивні розлади у ВПО можуть супроводжуватися посттравматичним стресовим розладом, що вимагає спеціалізованої підтримки та уваги. Необхідність своєчасної діагностики та інтервенцій стає критично важливою, оскільки депресія може мати серйозні наслідки, включаючи підвищення ризику суїцидів. Доступ до ресурсів психічного здоров'я, включаючи індивідуальні консультації та групову терапію, може значно полегшити переживання внутрішньо переміщених осіб і сприяти відновленню їхнього психічного благополуччя.

Таким чином, врахування як біологічних, так і психологічних та соціальних аспектів важливо для ефективного лікування депресії у ВПО, що дозволяє створити цілісний підхід до їхнього лікування та абілітації в умовах війни.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

2.1 Організація та методи дослідження особливостей прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку.

Дослідження особливостей прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) раннього дорослого віку в період військової агресії РФ на території нашої країни є особливо актуальним, оскільки населення України стикаються зі значними соціально-психологічними змінами. Постійні бойові дії в більшості регіонів, загальна та особистісна тривожність на високому рівні, втрата дому чи вимушена міграція, велика відповідальність та страх за життя (своє та близьких), втрата стабільності, страх за майбутнє і багато інших чинників суттєво підвищують рівень стресу, що сприяє виникненню багатьох психологічних порушень та психічних розладів, в тому числі й депресивного розладу. Особливо вразливими в таких умовах є особи раннього дорослого віку, оскільки вони перебувають у критичному періоді свого життя, коли закладаються основи особистісної ідентичності, професійного та соціального становлення або ж переосмислюються.

В ході дослідження депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку була розроблена емпірична програма, яка складається з декількох етапів:

- 1) Теоретичний аналіз. Огляд сучасних досліджень з психології, нейробиології та нейрофізіології депресії, а також вивчення впливу соціальних, біологічних та когнітивних чинників на розвиток депресивних станів. З'ясування специфіки депресивних станів серед внутрішньо переміщених осіб в умовах війни.

- 2) Підбір психологічного інструментарію.

3) На другому етапі емпіричної програми здійснювався підбір експериментальної бази. Вибірку дослідження склали 48 осіб, які проживають на території України та мають статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО) раннього дорослого віку. За віковою періодизацією Г. Крайга до раннього дорослого віку відносяться особи віком від 20 до 40 років [5; 6]. Дослідження відбувалось у онлайн форматі.

4) Третій етап емпіричної програми передбачав проведення психодіагностичного зрізу за допомогою обраних методик та формування проміжних висновків загального дослідження з метою розуміння актуальних потреб.

5) Розробка та апробація корекційно-відновлювальної корекційної програми, спрямовану на покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості, які виступають детермінантами у розвитку або прогресуванні депресивних станів та розладів серед внутрішньо-переміщених осіб віком 20-40 років, зокрема зниження рівня тривожності, нормалізацію рівня самооцінки та самосприйняття, підвищення рівня саморозуміння, усвідомлення та прийняття власного стану; допомога у побудові персонального плану попередження виникнення депресії або плану одужання.

З метою вирішення поставлених завдань у роботі використовувались низка методів для забезпечення об'єктивності дослідження:

- системно-структурний метод;
- метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;
- метод психодіагностичного обстеження;
- метод психологічної корекції;
- метод констатувального та формувального експерименту;
- метод порівняльного аналізу та узагальнення теоретичних та експериментальних даних досліджень
- методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження)

- методи математичної статистики (оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Стюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона).

Психодіагностичний комплекс методик склали: методика оцінки рівня тривожності (Ч. Спілбергер - Ю. Ханін), шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, шкала самооцінки депресії В. Занга, шкала депресії А. Бека та методика дослідження рівня самооцінки С. Будассі.

Методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, відома також як «шкала тривожності Спілбергера» є інструментом, створеним для вимірювання рівня тривожності як особистої риси (властивої людині загалом) та ситуативної тривожності (рівень реактивної тривожності як стану в конкретний період). Тривожність як особистісна риса являє собою мотив або сформовану поведінкову схильність, що змушує індивіда сприймати широкий спектр об'єктивно безпечних ситуацій як потенційно загрозливі. Це призводить до того, що людина реагує на них тривожними станами, інтенсивність яких не відповідає рівню реальної небезпеки.

Більшість існуючих методик оцінки тривожності спрямовані на вимірювання або особистісної тривоги, або поточних тривожних станів, або конкретних (специфічних) реакцій. Єдиним інструментом, який дозволяє диференціювати тривожність як стійку рису особистості і як стан, є методика, розроблена Ч. Спілбергом і адаптована Ю. Ханіним. Вивчення тривожності як властивості особистості є важливим, оскільки цей показник значною мірою впливає на поведінку людини. Водночас певний рівень тривожності є природною і необхідною характеристикою активної діяльнісної особистості. У кожної людини є свій оптимальний (бажаний) рівень тривожності, який можна назвати корисною тривожністю. Методика складається з двох самостійних шкал, кожна з яких містить по 20 тверджень.

Перша шкала (ситуативна тривожність) розроблена для оцінки емоційного стану респондента в певний момент або ситуації, спираючись на суб'єктивні відчуття страху, напруженості, нервозності, неспокою та активації вегетативної

нервової системи. Ситуаційна тривожність виникає як емоційна реакція на стресові обставини і може варіювати за інтенсивністю та динамікою протягом часу.

Друга шкала (особиста тривожність) фокусується на відносно стабільних характеристиках особистості, таких як схильність до занепокоєння та відчуття спокою й безпеки. Вчені визначають особисту тривожність як усталену рису, яка вказує на тенденцію індивіда сприймати різноманітні ситуації як загрозливі та відповідати на них певним чином. Особа з високим рівнем особистісної тривожності розглядає певні подразники як небезпечні [22].

Вимірювання особистісної та ситуативної тривожності є ключовим у дослідженні депресії серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) під час війни, оскільки ці показники дозволяють глибше зрозуміти психологічні реакції на травматичні події та зміни в житті. Особистісна тривожність відображає схильність індивіда до переживання тривоги в різних ситуаціях, що може підвищувати ризик розвитку депресії. Ситуативна тривожність, у свою чергу, дозволяє оцінити реакцію на конкретні стресові події, з якими стикаються ВПО під час війни, такі як втрата дому, рідних чи соціального статусу. Обидва аспекти є важливими для комплексного розуміння психічного стану людини та виявлення факторів, що сприяють виникненню депресивних розладів у контексті воєнних травм і переміщення.

Шкала основних переконань про світ, створена Р. Янов-Бульман, також відома як методика фундаментальних припущень. Цей інструмент ґрунтується на когнітивній концепції базових переконань особистості і призначений для клінічно-психологічної діагностики осіб, які зазнали психічної травми та, можливо, перебувають у депресивному стані. Ця методика дозволяє виявити найпроблемніші області когнітивної сфери, які можуть бути скореговані під час психотерапевтичної роботи.

Базові переконання – це стабільні, загальні уявлення особистості про себе та навколишній світ, які формуються в дитинстві та впливають на її мислення, емоційний стан і поведінку на протязі всього життя. Як зазначає Р. Янов-Бульман,

під час тривалої залежності від інших у ранньому віці у людини виникає почуття безпеки, яке зберігається і в дорослому житті. Ранні соціальні взаємодії сприяють формуванню світогляду, що забезпечує відчуття захищеності, навіть коли межі цього світу розширюються. Фундаментальні припущення, які розвиваються на основі раннього досвіду, включають три ключові компоненти:

1) *Світ доброзичливий.* Людина сприймає світ як позитивний простір, де більшість подій і людей є доброзичливими. Оцінюючи доброзичливість світу в цілому, люди насправді враховують доброзичливість свого особистого оточення – частини світу, що існує навколо них. Загальні уявлення про світ формуються на основі індивідуального досвіду, включаючи власний досвід взаємодії з іншими людьми та подіями.

2) *Світ має сенс.* Люди вірять у зв'язок між їхніми вчинками та наслідками, що дає змогу бачити світ як передбачуваний і керований соціальними законами справедливості. Коли люди зустрічаються з подіями, що відбуваються у їхньому оточенні, вони зазвичай спираються на загальновизнані соціальні норми, щоб зрозуміти, чому відбувається те чи інше. У західній культурі, до якої належить як Р. Янов-Бульман, так і українські психологи, пояснення причин подій часто базується на концепціях справедливості та контролю. Це дає змогу індивідам вірити, що негативні події не є випадковими, а, скоріше, наслідками своїх вчинків. Таким чином, люди розглядають негативні досвіди як покарання за неправильні дії, а позитивні – як нагороди за добрі вчинки. Віра в цей зв'язок між діями та наслідками підкріплює відчуття контролю над життям і впевненість у тому, що, діючи правильно, можна досягти бажаних результатів.

3) *Я – гідна людина.* Це припущення охоплює загальну оцінку людиною самої себе, де більшість сприймають себе як добрих, здібних і моральних особистостей. Як і віра у зв'язок між діями та їх наслідками, що відображає справедливість і контроль, відчуття власної гідності базується на аналогічних уявленнях про «Я». Справедливість включає судження про характер людини, оцінюючи її доброту та моральність, а контроль – про поведінку, зокрема про

ефективність та мудрість дій. Р. Янов-Бульман розробила методику для вивчення того, як ці переконання формуються або руйнуються під впливом життєвих травм [29].

Шкала базових переконань Р. Янов-Бульман складається з 32 тверджень, які респондент оцінює за ступенем своєї згоди або незгоди. Ці твердження стосуються основних переконань людини про світ, інших людей та власну особистість. Респондент оцінює кожне твердження за шкалою від 1 до 6, де 1 означає «повністю не згоден», а 6 – «повністю згоден».

Шкала самооцінки депресії В. Занга, розроблена Дж. Зангом у 1965 році, є 20-питальним опитувальником, який оцінює рівень депресії. Питання охоплюють різні аспекти, такі як настрій, апетит, сон і концентрація уваги. Пацієнт оцінює свої симптоми за шкалою від 1 до 4 балів, де 1 означає «зовсім ні» або «рідко», а 4 – «дуже часто» або «постійно». На основі відповідей формується загальна оцінка рівня депресії. Результати варіюються від 20 до 80 балів і поділяються на чотири категорії: нормальний стан (20-49 балів), легка депресія (50-59), помірна депресія (60-69) та важка депресія (70-80).

Шкала депресії А. Бека – це один із найпоширеніших інструментів для оцінки рівня депресії. Вона була розроблена американським психотерапевтом А. Беком у 1961 році і відтоді активно використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Методика призначена для оцінки інтенсивності депресивних симптомів і допомагає визначити, наскільки виражена депресія у людини.

Шкала містить 21 пункт, кожен з яких описує певний симптом або аспект депресії, таких як смуток, песимізм, відчуття провини, втрата інтересу до життя, порушення сну та апетиту. Кожен пункт включає чотири варіанти відповіді, які відображають різний ступінь вираженості відповідного симптому. Наприклад, варіанти можуть варіюватися від «я не відчуваю смутку» до «я настільки засмучений, що не можу цього терпіти». Респондент вибирає варіант, що найбільше відповідає його стану за останній тиждень.

Оцінювання результатів базується на підрахунку балів, де кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів, а максимальна сума може становити 63 бали. Залежно від загальної кількості балів, результати інтерпретуються так: 0-13 балів свідчать про відсутність або мінімальну депресію, 14-19 балів вказують на легку депресію, 20-28 балів – на помірну, а 29-63 бали означають важку депресію.

Шкала депресії Бека є дуже корисним інструментом для діагностики та моніторингу депресивних розладів. Вона також допомагає оцінювати ефективність лікування та спостерігати за змінами стану пацієнта протягом терапії. Завдяки простоті у використанні та точності, цей опитувальник залишається одним із найчастіше застосовуваних у практиці психічного здоров'я [13].

Методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі дозволяє кількісно оцінювати самооцінку через процес ранжування. Цей підхід допомагає фахівцю виявити взаємозв'язок між уявленнями людини про її ідеальні якості та її реальні риси. У методиці самооцінка визначається через співвідношення між Я-ідеальним і Я-реальним, яке відіграє ключову роль у формуванні самооцінки.

Людина зазвичай вважає свої уявлення про себе переконливими, незалежно від того, чи вони засновані на об'єктивних фактах чи суб'єктивних переконаннях. Часто ці уявлення адекватні, але самооцінка завжди має суб'єктивний характер, оскільки базується на власних судженнях або впливах інших людей та соціокультурних норм. Рівень самооцінки відображає ступінь відповідності між реальними та ідеальними уявленнями про себе.

Адекватна самооцінка (іноді з тенденцією до переоцінки) сприяє позитивному ставленню до себе, самоповазі та прийняттю власної особистості. Натомість низька самооцінка (з тенденцією до недооцінки) може призводити до негативного ставлення до себе, почуття неповноцінності та відторгнення власних якостей. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем амбіцій, мотивацією та емоційними особливостями, впливаючи на інтерпретацію досвіду та очікувань від себе та оточення.

Важливість діагностики самооцінки у контексті цієї роботи визначається тим, що сприйняття особистістю власних рис та її місця серед інших істотно впливає на характер соціальних взаємодій, зокрема в умовах кризових ситуацій, таких як переміщення через війну. У випадку внутрішньо переміщених осіб з низькою самооцінкою можуть проявлятися такі риси, як невпевненість, соціальна ізоляція та відчуження, що є психологічними факторами, які можуть сприяти розвитку депресії або поглиблювати вже існуючі депресивні стани.

Отже, обраний діагностичний інструментарій відповідає тематиці визначеного проблемного питання та меті дослідження, а також дозволяє дослідити якісні та кількісні показники стресостійкості студентів-психологів з різними когнітивними стилями.

2.2. Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту.

Для дослідження наявності депресії, а також впливу особистої та ситуативної тривожності, самооцінки та фундаментальних переконань про світ на розвиток депресії у ВПО раннього дорослого віку, були обрані наступні психодіагностичні методики: методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна, шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, шкала самооцінки депресії В. Занга, шкала депресії А. Бека та методика дослідження рівня самооцінки С. Будасі.

Психологічна база дослідження склала 48 осіб, що мають статус внутрішньо переміщених осіб. Досліджувані склали дві групи вибіркової сукупності: контрольна досліджувана група – 24 особи та експериментальна група – теж 24 особи. Вік обстежуваних – від 20 до 40 років, де переважна більшість особи віком від 25 до 37 років. Емпірична частина дослідження проводилась у онлайн форматі.

Аналіз результатів відбувався у такому ж порядку, як подавались діагностичні методики респондентам. Спочатку запропонована методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера Ю. Ханіна для діагностики ситуативної

тривожності з метою визначення інтенсивності впливу подій в країні на особу та особистісної тривожності для діагностики внутрішнього стану, який може виступати однією з суттєвих першопричин розвитку депресивного розладу. Наступним кроком було діагностування респондентів за шкалою базових переконань про світ Р. Янов - Бульман для аналізу вираженості фундаментальних переконань, що є ключовими когнітивними компонентами та можуть слугувати основою для виникнення та розвитку депресії, оскільки порушення таких переконань, як довіра до світу, відчуття безпеки та власної гідності, можуть суттєво впливати на розвиток симптомів депресивного розладу у стресових умовах, що зараз пов'язані з війною. Проміжними методиками дослідження виступили шкала самооцінки депресії В. Занга та шкала депресії А. Бека, які були застосовані для виявлення наявності депресії у респондентів, а також для визначення їхнього ступеня у разі підтвердження депресії. Останньою застосовувалась методика самооцінки особистості С. Будассі, яка слугувала важливим інструментом для оцінки рівня самооцінки респондента, що дозволяє зрозуміти, чи є цей критерій потенційним ризиком для розвитку депресивного розладу, або ж підкреслити вплив наявного депресивного стану на самооцінку особистості.

Результати дослідження тривожності за методикою оцінки рівня тривожності Ч.Спілбергера – Ю.Ханіна для експериментальної та контрольної групи відображені у таблиці 2.1 :

Таблиця 2.1

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	66	71	25	28	63
2	43	43	26	45	53

Продовження таблиці 2.1

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
3	58	52	27	21	29
4	48	42	28	39	55
5	34	41	29	47	33
6	62	63	30	66	50
7	27	44	31	26	67
8	40	68	32	63	34
9	58	46	33	27	27
10	38	61	34	65	50
11	42	47	35	54	42
12	30	35	36	33	59
13	30	28	37	36	40
14	43	66	38	55	43
15	55	63	39	69	64
16	59	22	40	59	37
17	43	56	41	23	66
18	22	26	42	21	34
19	41	40	43	40	70
20	21	28	44	61	44
21	43	58	45	23	45
22	63	37	46	48	60
23	57	44	47	37	48
24	57	69	48	45	34

Виходячи з даних, представлених в таблиці 2.1, робимо висновок про те, що учасники демонструють різні рівні ситуативної тривожності – від дуже низьких (21 бал) до високих (69 балів). Це вказує на індивідуальні відмінності в реакціях на стресові ситуації та події.

Під час проведення корекційної програми варто звернути особливу увагу на учасників з високою тривожністю (№ 1, 6, 22) та з низькою (№ 18, 19, 20), щоб забезпечити їм відповідну підтримку.

Показники особистісної тривожності також значно варіюються серед учасників, що підтверджує індивідуальні відмінності в тривожності як стійкій особистісній характеристиці. Особливої уваги потребують респонденти № 1, 8, 24 з високими показниками тривожності та учасники № 3, 18, 19 з низькими результатами.

Загалом, результати дослідження свідчать про підвищений рівень тривожності серед учасників, що може бути пов'язано з військовими діями в Україні, викликами, з якими стикаються внутрішньо переміщені особи, та іншими факторами, які потребують подальшого вивчення. Ці висновки підкреслюють важливість продовження психокорекційної програми, яка може допомогти знизити рівень тривожності та покращити психоемоційний стан учасників.

На рис. 2.1 у вигляді стовпчастої діаграми подано середні показники за кожною зі субшкал наступної методики, яка була нами застосована для комплексної оцінки респондентів під час нашого дослідження – шкали базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, яка дозволяє оцінити фундаментальні переконання людини про світ, інших людей та власне «я».

Зазначена методика є особливо цінною в контексті діагностики ВПО, оскільки дозволяє дослідити зміни у сприйнятті світу, що часто відбуваються під впливом тривалих стресових ситуацій, таких як війна, переміщення та адаптація до нових умов.

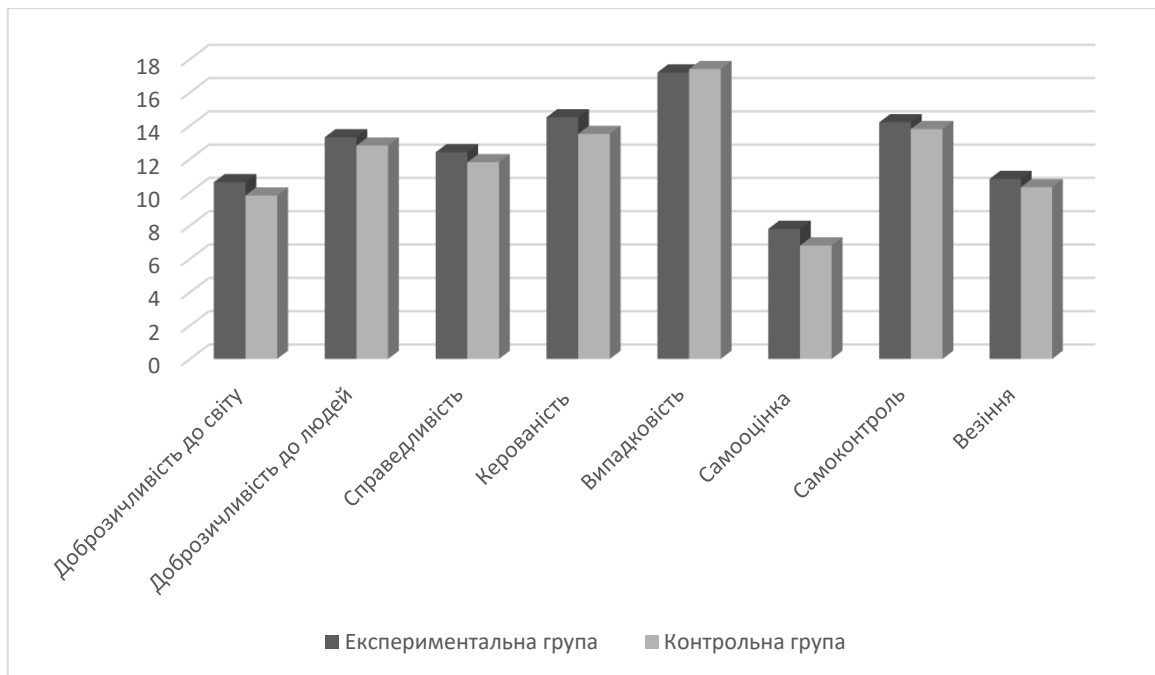


Рис. 2.1. Середні показники експериментальної та контрольної груп за кожною субшкалою «Шкали базових переконань про світ» (Р. Янов-Бульман).

Аналіз результатів за кожною субшкалою показав різноманітні психологічні особливості учасників. Вивчення таких аспектів, як доброзичливість до світу, справедливість, випадковість, самооцінка та везіння, допомогло виявити певні тенденції у сприйнятті світу та власної ролі в житті. Наприклад, результати свідчать про позитивне сприйняття світу та людей серед деяких учасників, що вказує на їхню здатність краще адаптуватися до змін і стресових ситуацій. Віра у справедливість та контроль над життям відображає психологічну стійкість, що є важливим чинником для ефективного подолання стресу.

Схожі показники за шкалою випадковості серед усіх учасників вказують на те, що фактор випадкових подій сприймається як важливий, але не обов'язково пов'язаний із відчуттям безпорадності. Це дає уявлення про те, як респонденти інтерпретують непередбачувані події у своєму житті.

Самооцінка та здатність до емоційної регуляції є ще одним важливим аспектом, оскільки ті учасники, які демонструють більшу впевненість у своїх силах, можуть краще впоратися з викликами, що стоять перед ними. Високий

рівень самооцінки та самоконтролю є ключовими для подолання стресових ситуацій і сприяють успішному залученню до терапевтичної програми.

Також варто відзначити, що оптимістичне сприйняття життєвих обставин та віра у везіння можуть позитивно впливати на загальний емоційний стан учасників і допомагати їм бачити можливості навіть у складних умовах.

Загалом, результати демонструють, що частина учасників має позитивне сприйняття світу та вищий рівень психологічної стійкості, що є важливим фактором для успішного проведення корекційної програми. Водночас, виявлені індивідуальні відмінності у рівнях самооцінки, тривожності та сприйнятті випадкових подій підкреслюють необхідність адаптації терапії до специфічних потреб кожного учасника. Це дозволить ефективніше працювати над подоланням стресу та депресії, що є важливим для внутрішньо переміщених осіб, які стикаються з багатьма викликами.

Для оцінки рівня депресії у внутрішньо переміщених осіб у рамках нашого дослідження було застосовано шкалу самооцінки депресії В.Занга та шкалу депресії А. Бека. Шкала В.Занга надає можливість оцінити загальний стан депресії, зокрема виявити її легкі та субклінічні прояви, тоді як шкала А.Бека дозволяє глибше оцінити інтенсивність депресивних симптомів і визначити їхній вплив на життєдіяльність. Результати обох шкал для експериментальної та контрольної груп подано в таблицях 2.2 та 2.3:

Таблиця 2.2

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за шкалою самооцінкою депресії В. Занга

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Результат	Інтерпретація	№	Результат	Інтерпретація
1	46	Нормальний стан	25	53	Легка депресія
2	48	Нормальний стан	26	51	Легка депресія
3	48	Нормальний стан	27	54	Легка депресія
4	52	Легка депресія	28	55	Легка депресія
5	50	Легка депресія	29	52	Легка депресія

Продовження таблиці 2.2

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Результат	Інтерпретація	№	Результат	Інтерпретація
6	53	Легка депресія	30	56	Легка депресія
7	55	Легка депресія	31	50	Легка депресія
8	50	Легка депресія	32	53	Легка депресія
9	51	Легка депресія	33	49	<i>Нормальний стан</i>
10	54	Легка депресія	34	55	Легка депресія
11	56	Легка депресія	35	52	Легка депресія
12	47	<i>Нормальний стан</i>	36	56	Легка депресія
13	53	Легка депресія	37	51	Легка депресія
14	50	Легка депресія	38	50	Легка депресія
15	49	<i>Нормальний стан</i>	39	54	Легка депресія
16	55	Легка депресія	40	53	Легка депресія
17	52	Легка депресія	41	48	<i>Нормальний стан</i>
18	54	Легка депресія	42	55	Легка депресія
19	50	Легка депресія	43	51	Легка депресія
20	53	Легка депресія	44	46	<i>Нормальний стан</i>
21	48	<i>Нормальний стан</i>	45	52	Легка депресія
22	56	Легка депресія	46	54	Легка депресія
23	51	Легка депресія	47	48	<i>Нормальний стан</i>
24	56	Легка депресія	48	53	Легка депресія

Таблиця 2.3

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за шкалою депресії А. Бека

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Результат	Інтерпретація	№	Результат	Інтерпретація
1	54	Важка депресія	25	26	Помірна депресія

Продовження таблиці 2.3

Експериментальна група			Контрольна група		
№	Результат	Інтерпретація	№	Результат	Інтерпретація
2	9	Нормальний стан	26	19	Помірна депресія
3	7	Нормальний стан	27	27	Помірна депресія
4	20	Помірна депресія	28	24	Помірна депресія
5	30	Важка депресія	29	31	Важка депресія
6	45	Важка депресія	30	23	Помірна депресія
7	35	Важка депресія	31	29	Помірна депресія
8	25	Помірна депресія	32	8	Нормальний стан
9	15	Легка депресія	33	32	Важка депресія
10	40	Важка депресія	34	28	Помірна депресія
11	22	Помірна депресія	35	21	Помірна депресія
12	18	Легка депресія	36	26	Помірна депресія
13	28	Помірна депресія	37	18	Легка депресія
14	31	Важка депресія	38	22	Помірна депресія
15	16	Легка депресія	39	31	Важка депресія
16	38	Важка депресія	40	25	Помірна депресія
17	21	Помірна депресія	41	20	Помірна депресія
18	29	Помірна депресія	42	33	Важка депресія
19	14	Легка депресія	43	27	Помірна депресія
20	34	Важка депресія	44	24	Помірна депресія
21	17	Легка депресія	45	28	Помірна депресія
22	19	Помірна депресія	46	16	Легка депресія
23	30	Важка депресія	47	25	Помірна депресія
24	33	Важка депресія	48	30	Важка депресія

Аналіз результатів за шкалою самооцінки депресії В. Занга свідчить про наявність як нормальних показників, так і ознак легкої депресії серед учасників.

Частина респондентів демонструє відсутність або незначні прояви депресії, що може вказувати на стійкість до стресових факторів, таких як військовий конфлікт та вимушена міграція.

У більшості учасників фіксується легкий рівень депресії, який може бути зумовлений хронічним стресом та складними життєвими умовами, що наголошує на важливості психологічної підтримки.

За шкалою депресії А. Бека результати варіюються від нормальних до важких рівнів депресії, що потребують негайного втручання. Спостерігаються як легкі, так і помірні форми депресії серед учасників, причому значна частина респондентів демонструє важкі депресивні симптоми. Це вказує на високий рівень психоемоційного навантаження та необхідність ретельної роботи з психотерапевтичними методами.

Загальний аналіз результатів обох шкал свідчить про наявність значної депресивної симптоматики серед респондентів, незалежно від індивідуальних відмінностей. Високий рівень депресії, зафіксований у багатьох учасників, вказує на потребу в проведенні комплексної психокорекційної програми, що включає як індивідуальні, так і групові методи терапії. Результати підкреслюють актуальність психотерапевтичної підтримки для зниження рівня депресії та покращення психоемоційного стану учасників, що є важливим завданням у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Останнім етапом діагностики респондентів обох груп стала методика дослідження рівня самооцінки за С. Будассі, яка дозволяє оцінити адекватність сприйняття власних можливостей і особистісних якостей учасників дослідження. Зібрані дані надають змогу проаналізувати тенденції розвитку самооцінки в кожній групі та їхні відмінності, що може свідчити про взаємозв'язок між її рівнем та депресивними станами респондентів. Результати оцінки рівня самооцінки представлені на рис. 2.2, що наочно ілюструє різницю у характеристиках самооцінки між експериментальною та контрольною групами.

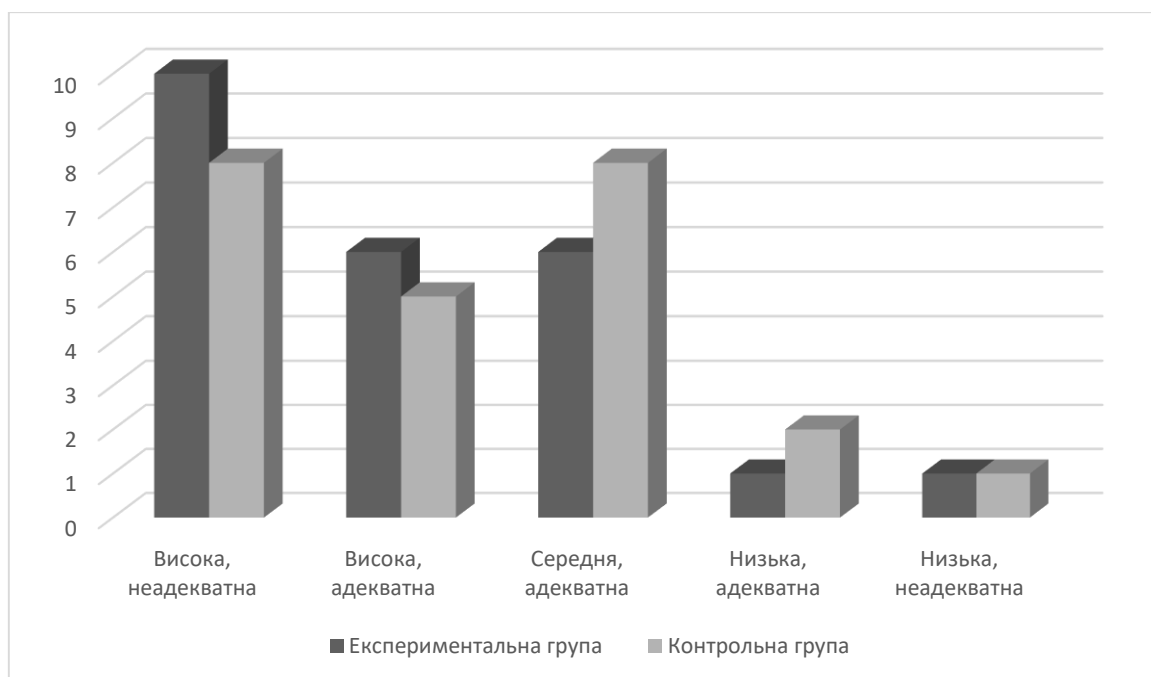


Рис. 2.2 Результати експериментальної та контрольної груп за методикою дослідження рівня самооцінки С.Будассі

Аналіз результатів свідчить про високий рівень випадків неадекватної самооцінки серед учасників, що, ймовірно, пов'язано з проявами депресивних симптомів, які також були виявлені за іншими шкалами. Це вказує на те, що зі зростанням рівня депресії самооцінка може страждати, приймаючи як адекватні, так і неадекватні форми. Важливим є те, що серед учасників обох груп значна частина демонструє середній рівень адекватної самооцінки. Це свідчить про наявність потенціалу для покращення їхнього психоемоційного стану в результаті психокорекційної програми.

Результати підкреслюють важливість роботи над самооцінкою в межах терапії, оскільки її корекція може позитивно вплинути на загальний стан учасників. Психотерапевтичне втручання може сприяти стабілізації самооцінки та її розвитку в адекватному напрямку, що є важливим для підвищення впевненості та покращення здатності справлятися з депресією. Таким чином, подальша робота в межах психокорекційної програми може мати позитивний вплив на учасників і допомогти їм досягти кращих результатів у процесі подолання депресивних станів.

Висока неадекватна самооцінка, зазвичай, означає, що людина оцінює себе значно краще, ніж це відповідає об'єктивній реальності. Це може виражатися в надмірній впевненості, відчутті власної переваги, або ж у запереченні власних недоліків і проблем. Такий тип самооцінки може здаватися парадоксальним у контексті депресії, оскільки часто очікується, що депресія супроводжується низькою самооцінкою [96].

Висока неадекватна самооцінка може бути формою психологічного захисту, коли людина свідомо або несвідомо відмовляється визнавати свої емоційні труднощі та проблеми, створюючи «захисний бар'єр» у вигляді підвищеного почуття власної значущості. Це може бути способом уникнення глибокого емоційного болю або безпорадності, характерної для депресії. Часто така самооцінка може показувати, що людина намагається компенсувати свою внутрішню нестабільність шляхом зовнішньої демонстрації впевненості або навіть переваги над іншими, що може бути також і способом впоратися з відчуттям втрати контролю або слабкості, приховуючи глибше відчуття безнадії чи тривоги. Люди з високою неадекватною самооцінкою можуть відчувати великий внутрішній конфлікт: зовні вони можуть демонструвати впевненість і самозакоханість, але насправді можуть страждати від внутрішнього емоційного болю. Цей дисонанс, коли їхні зовнішні переконання не відповідають внутрішнім емоціям, може сприяти або погіршувати депресивні симптоми. Люди з такою самооцінкою можуть ставити перед собою надмірні або нереалістичні цілі й, коли вони не досягають їх, це може викликати глибоке розчарування та накопичення емоційного стресу, що веде до депресії, навіть попри те, що вони можуть не визнавати цього відразу, оскільки їхня самооцінка захищає їх від такого усвідомлення.

Низька неадекватна самооцінка, натомість, теж може корелювати з депресією, але вона часто проявляється як результат тривалої депресії або хронічної невпевненості. Однак висока неадекватна самооцінка може бути більш складним випадком, оскільки такі люди часто не визнають свою потребу в допомозі, що ускладнює діагностику та терапію депресії. Таким чином, висока

неадекватна самооцінка – це захисний механізм, який допомагає уникати зіткнення з реальними емоціями, проте погіршує стан, якщо депресія залишається невирішеною [73].

Отже, емпіричне дослідження виявило, що рівень тривожності та депресії серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) варіюється від легких до важких форм, що свідчить про різні реакції на стресові фактори, пов'язані з війною. Виявлено, що депресивні стани можуть корелювати із низькою самооцінкою та порушенням базових переконань про світ, особливо зниженням відчуття безпеки та довіри до світу. Психологічна підтримка є критично важливою для корекції депресивних станів та покращення психоемоційного стану респондентів.

Висновки до другого розділу

У другому розділі роботи було представлено детальний аналіз результатів констатувального експерименту, метою якого було дослідження особливостей прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) раннього дорослого віку. Використання психодіагностичних методик дозволило виявити різні аспекти емоційного та когнітивного стану респондентів, що дозволило глибше зрозуміти їхній психоемоційний стан у контексті війни та вимушеного переміщення.

За методикою оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю.Ханіна виявлено значні відмінності у рівнях ситуативної та особистісної тривожності серед учасників. Ситуативна тривожність, яка відображає реакцію на поточні стресові події, мала високі показники в обох групах, що може бути зумовлено травматичними подіями, такими як військові дії, переміщення та інші труднощі. Особистісна тривожність виявилася більш сталою характеристикою, і в обох групах фіксувались як високі, так і низькі рівні цього показника. Такі дані підтверджують важливість роботи над зниженням тривожності у ВПО.

Наступною була використана шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, за результатами якої учасники показали індивідуальні відмінності у переконаннях про світ, людей та самих себе. Особливо важливими є результати,

які показали позитивне сприйняття світу та соціальних взаємодій у частини респондентів, що вказує на здатність до адаптації до стресових умов. Однак значна кількість учасників продемонструвала нестійкість базових переконань, що свідчить про необхідність психокорекційної роботи для зміцнення почуття безпеки та довіри до світу.

Використання шкали депресії В. Занга та шкали А. Бека дозволило виявити депресивні симптоми у значної частини учасників. У більшості респондентів фіксувалися легкі або помірні форми депресії, однак у частини учасників були виявлені важкі форми депресивного розладу, які потребують негайного психотерапевтичного втручання. Це свідчить про значний рівень емоційного навантаження та необхідність довготривалої роботи з психологічною підтримкою для цієї категорії населення.

Дослідження самооцінки за методикою С. Будассі показало наявність як адекватної, так і неадекватної самооцінки серед учасників. Висока неадекватна самооцінка може бути захисним механізмом, коли людина несвідомо ігнорує свої проблеми. Це підкреслює важливість роботи з самооцінкою в межах психокорекційної програми, оскільки корекція цього показника може сприяти покращенню загального емоційного стану учасників.

Підсумовуючи результати констатувального експерименту, можна зробити висновок про наявність високого рівня тривожності, депресивних симптомів та когнітивних спотворень серед ВПО раннього дорослого віку. Дослідження виявило ключові психологічні проблеми, такі як підвищена ситуативна тривожність, нестабільність базових переконань про світ та наявність низької або неадекватної самооцінки, які є суттєвими факторами ризику для розвитку депресивних розладів. Ці дані підкреслюють необхідність розробки та впровадження психокорекційної програми, орієнтованої на зниження тривожності, корекцію самооцінки та покращення емоційного стану. Особливо важливим є індивідуальний підхід до кожного учасника з урахуванням його специфічних потреб і реакцій на стресові фактори, що забезпечить більш ефективні та довготривалі результати в подоланні депресивних станів.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

3.1 Структура та зміст корекційної програми.

Зважаючи на результати проведеного емпіричного дослідження, була розроблена корекційна програма для можливого покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості респондентів, які виступають детермінантами у розвитку або прогресуванні депресивних станів та розладів. Для її впровадження була сформована експериментальна група з 24 респондентів. Завдання корекційного етапу експерименту було виокремлено:

1. Розробка та впровадження психокорекційної програми, спрямованої на нормалізацію прояву психологічних детермінант, що сприяють розвитку депресивних станів і розладів (зниження рівня тривожності; нормалізація рівня самооцінки та самосприйняття; підвищення рівня саморозуміння, усвідомлення та прийняття власного стану; допомога у побудові персонального плану попередження виникнення депресії або плану одужання) .

2. Проведення контрольного зрізу діагностики психологічних факторів, що впливають на виникнення депресії, з метою оцінки змін у респондентів, що формують експериментальну групу.

3. Проведення аналізу ефективності впливу психокорекційної програми на зниження ризику виникнення та прояву депресивних станів і розладів у респондентів експериментальної групи.

Корекційна програма для зниження ризику виникнення та прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) раннього дорослого віку (20-40 років) включає вісім групових занять. Після групової психотерапії передбачаються 1-2 індивідуальні консультативні бесіди для вирішення додаткових питань, на які або не було зроблено акцент під час групової психотерапевтичної роботи, або які

потребують додаткового обговорення між психологом та учасником. Тривалість кожного виду роботи 60 хвилин, які проводиться з періодичністю два рази на тиждень у форматі очних зустрічей. Програма розрахована на чоловіків та жінок, що мають статус ВПО, віком від 20 до 40 років. Для більшої ефективності корекційної роботи експериментальна група була розподілена на 2 підгрупи за критерієм випадковості.

Метою розробленої корекційно-розвивальної програми є зменшення симптомів депресії, покращення емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції та зміцнення психологічної стійкості внутрішньо переміщених осіб.

Основними завданнями програми є:

- підвищення рівня обізнаності в темі депресії – респонденти отримують базову інформацію про депресію, її причини та наслідки, що сприятиме кращому розумінню власного емоційного стану;
- зниження рівня тривожності особистості – через використання технік саморегуляції та релаксації учасники зможуть навчитись знижувати рівень стресу та тривоги;
- підвищення рівня саморозуміння та самооцінки – робота над прийняттям себе, покращенням образу себе та своїх можливостей;
- зниження рівня депресії або попередження виникнення депресивних станів – через комплекс психотерапевтичних заходів та практик;
- нормалізація рівня емоційної стабільності за допомогою когнітивно-поведінкових технік.

Очікувані результати програми:

- Зменшення симптомів депресії. Очікується, що респонденти зможуть краще розуміти свій стан, навчитись вчасно розпізнавати депресивні симптоми та керувати ними за допомогою методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), технік емоційної регуляції та поведінкової активації.

- Покращення емоційного стану. Очікується, що учасники відчуватимуть зниження рівня стресу та тривожності завдяки використанню релаксаційних технік (м'язова релаксація, медитація, дихальні вправи).
- Розвиток навичок саморегуляції. На завершення програми нами очікується, що респонденти зможуть навчитися розпізнавати негативні думки та емоції, працювати з ними, опанують ефективні техніки для самоконтролю у стресових ситуаціях.
- Підвищення рівня активності. Завдяки поведінковій активації учасники зможуть збільшити свою щоденну активність, подолати апатію та навчатися планувати невеликі досягнення, що сприятиме поступовому поверненню до активного життя.
- Покращення міжособистісних стосунків. Завдяки роботі над поліпшенням комунікативних навичок, учасники краще зрозуміють важливість соціальних зв'язків та зможуть будувати здорові стосунки з іншими.
- Покращення навичок управління стресом. Очікується, що респонденти зможуть, використовуючи техніки управління стресом, виявляти та знижувати стресові тригери у повсякденному житті.
- Створення індивідуального плану дій для підтримки психічного здоров'я. Кожному учаснику буде запропоновано створити власний план для запобігання рецидиву депресії, що включатиме стратегії для підтримання позитивного психоемоційного стану в майбутньому.
- Зміцнення групової підтримки. Групова динаміка програми сприятиме створенню довірчого середовища, де учасники можуть підтримувати один одного, що допоможе їм відчути себе частиною спільноти за збільшити мотивацію до змін.

Групове заняття №1

Завданням цього заняття є знайомство з учасниками, встановлення довіри, проведення психоедукації про депресію, представлення техніки м'язової релаксації та визначення стану й перспективи роботи.

1. **Вступ** та коротка теоретична довідка про дослідження та його важливість. Обговорення та складання правил поведінки під час занять. (Правило конфіденційності, правило свободи слова, правило поваги до інших тощо).

Тривалість: 10 хв.

2. **Вправа «Моє ім'я»**.

Інструкція: кожен учасник обирає те ім'я, яким хотів би, щоб його називали під час групових занять.

Тривалість: 5 хв.

3. **Коротка психоедукація про депресію.** Освітня частина про природу депресії, її нейробіологічні та психологічні механізми.

Тривалість: 10 хв.

4. **Обговорення індивідуального досвіду депресії, депресивного стану або апатії.**

Тривалість: 15 хв.

5. **Техніка м'язової релаксації.**

Інструкція: цю техніку бажано вперше виконувати за наглядом психолога. «Згадайте ситуацію, яка відбулась нещодавно і викликала у вас сильну тривогу. Прийміть стабільне, стійке положення тіла (сядьте). Якщо ваша спина спирається на стінку стільця, відчуйте цей контакт. Відчуйте, як ваше тіло щільно притиснулось до неї. Людина має кілька точок опори, які допомагають подолати паніку та стрес, а також запобігти травматизації:

1) Першою точкою є стопи. Подивіться на свої ноги. Якщо ви отримуєте інформацію, яка вас лякає, спробуйте одразу сфокусуватися на своїх стопах. Коли ви встановлюєте контакт із ними, з'являється можливість діяти.

2) Друга точка – спина. Якщо ви можете спертися на щось, зробіть це. Коли вам страшно, притуліться до стіни чи спинки стільця або знайдіть іншу точку опори.

3) Третя точка – це очі. Огляньте простір навколо. Що ви зараз бачите? Погляньте на людину поруч. Це важливий крок для відновлення зв'язку зі своїм тілом під час сильного стресу. Під час страху зіниці розширюються, щоб охопити

більшу кількість об'єктів. Це може призвести до потемніння або розмитості зору, що є нормальною реакцією організму на тригер. Спробуйте покліпати очима і знайти яскраву точку для фокусування.

4) Четверта точка – це ваші руки. Стисніть їх у «замок», потім розтисніть їх й потріть долоні. Під час цього процесу потирання рук ми допомагаємо собі вийти зі стресової фази. Обійміть себе. Коли ми відчуваємо сильний страх і знаходимося у стані сильного стресу, зв'язок з власним тілом втрачається. Відчувається ніби ми «відокремлюємося» від нього. Однак саме тіло здатне впоратися з тією напругою, яку ми переживаємо.

5) *Тривалість: 15 хв.*

6. Комплексна вправа на візуалізацію з методами арт-терапії та із застосуванням метафоричних асоціативних карт (МАК) «Я до/під час/після депресії» (для учасників, у яких не виявлено депресивних симптомів пропонується альтернатива «Я в минулому/ теперішньому/ майбутньому» власної адаптації автора дослідження).

Обладнання: аркуш, кольорові олівці, папір (або блокнот) та ручка, МАК.

Інструкція: учасникам пропонується розділити аркуш паперу на три рівні частини та підписати їх відповідно «Я до/під час/після депресії». Необхідно намалювати (допускається схематично) як людина бачить/відчуває себе до, під час та після депресії. Інструмент МАК у цій вправі виступає як допоміжний, у випадках, коли людина не може виконати вправу або губиться у власних думках.

Тривалість: 15 хв.

7. Рефлексія.

Тривалість: 5 хв.

Домашнє завдання: завести «особливий» блокнот - щоденник. Почати від сьогодні записувати в ньому три (маленькі) радості дня. На початку це можуть бути «Я поснідала», «Я встав з ліжка», «Я випила смачний чай» тощо.

Групове заняття №2

Робота з негативними думками та тривожністю.

1. Вступ і налаштування. Привітання учасників та коротке обговорення результатів попередньої зустрічі та домашнього завдання).

Тривалість: 10 хв.

2. Психоедукація про важливість використання методу когнітивно-поведінкової терапії у роботі з депресією та про автоматичні негативні думки.

Тривалість: 10 хв.

3. Техніки КПТ: дистанціювання/відволікання від депресивних думок.

Інструкція. Після психоедукації про депресію та обговорення досвіду кожного учасника на минулому занятті, логічним кроком є пояснення взаємозв'язку між негативними думками та емоційним самопочуттям, а відповідно й поведінкою, саме тому наступним кроком є ознайомлення з техніками дистанціювання та опанування ними. Приклади технік:

Техніка «Трамвай»

Інструкція. Коли відчуваєте стрес або тривожні думки, запитайте себе: «Про що я зараз думаю?». Як тільки помітите, що ці думки викликають стрес або занепокоєння, скажіть: «У мене є думки, що...» (наприклад, «У мене є думки, що я можу втратити роботу і не знайду нової»). Візуалізуйте трамвай і «посадіть» ці думки в нього. Трамвай зупиняється перед вами, але ви не сідаєте, а кажете собі: «Це не мій трамвай» і просто спостерігаєте, як він від'їжджає. Після цього перенесіть свою увагу на те, що є важливим і корисним у поточному моменті. Якщо не перемкнете увагу на щось важливе, тривожні думки повернуться. Коли це трапиться, повторіть попередні дії.

Техніка «Час для переживань»

Інструкція. В умовах, що склались в нашій країні зараз, багато людей відчують сильну тривогу щодо майбутнього. Переживання про майбутнє можуть заповнити ваш день і залишити без ресурсу для вирішення актуальних проблем. Саме тому дуже важливо відводити обмежений час на ці переживання і приділяти увагу подоланню поточних викликів та проблем, які виникають майже

кожного дня. Переживання не вирішують реальних проблем, вони лише забирають енергію та ресурси. Щоб контролювати свої тривоги, виконуйте наступні дії:

1. Оберіть конкретний час кожного дня (15 – 30 хвилин), коли ви зможете зосередитись винятково на своїх тривожних думках та переживаннях. переживанням. Наприклад: 15 хв після роботи з 19:00 до 19:15;

2. Відтермінуйте тривожні думки, переживання. Кожного разу, коли помічаєте, що вони охоплюють вас, скажіть собі: «Стоп, це просто думки, я зараз не буду включатися в це, я вирішу (переживу) це у призначений для переживань час». Запишіть свої тривоги в нотатки на телефоні або в кишеньковий записничок. (+ секретна техніка від автора корекційної програми для доведення до автоматизму цього пункту).

3. Перекніться на корисну діяльність: робоча задача, прогулянка, розмова, перегляд фільму тощо. Якщо ви не будете переключати увагу, то думки будуть продовжувати атакувати вас. Якщо думки повертаються знову, повторіть попередні кроки. У виділений час ви зможете дозволити собі повністю зосередитися на своїх переживаннях.

Тривалість: 15 хв.

4. Робота з автоматичними думками. Вправа «9+5».

Ця вправа є одним із найбільш дієвих інструментів для роботи не лише з негативними думками, але й з тривогою, що робить її надзвичайно важливою в умовах війни.

Обладнання: бланк з питаннями (додаток А), ручка.

Запропонувати цю вправу як *домашнє завдання*, а для тренування зробити наступну:

Обладнання: аркуш паперу, ручка.

Інструкція: учасники отримують аркуші паперу, їм необхідно розділити їх на дві колонки: у першій колонці вони записують свої автоматичні негативні думки, а в другій – шукають альтернативні, більш конструктивні або реалістичні

думки. Наприклад: «Я ніколи не впораюсь із цим завданням.» – «Це складно, але я можу зробити крок за кроком.»

Можна провести іншим чином: кожен учасник групи по черзі озвучує одну свою негативну думку, інші – записують її. Надалі кожен вибирає до цієї думки позитивний альтернативний варіант і через певний час озвучує її. Найбільш приємний варіант автор занотовує до себе.

Тривалість: 20 хв.

5. Рефлексія та обговорення зустрічі.

Домашнє завдання: вправа «9+5», практика технік дистанціювання.

Тривалість: 5 хв.

Групове заняття №3

Мета цього заняття - допомогти учасникам зменшити рівень стресу.

1. Вступ: привітання, обговорення стану учасників та виконаного домашнього завдання. Бесіда про вплив стресу на організм і пояснення, як медитація та арттерапія можуть допомогти керувати стресом.

Тривалість: 5 хв.

2. Медитація «Безпечне місце».

Обладнання: музика для медитації (за згодою групи).

Тривалість: 25 хв.

3. Арттерапія: малювання «Безпечного місця» з медитації.

Обладнання: папір, кольорові олівці.

Інструкція: учасники малюють своє «безпечне місце», яке уявили під час медитації. Малюнок може бути схематичним або детальним, абстрактним або конкретним, головне – передати почуття спокою та захищеності. Під час обговорення учасники, за бажанням, можуть поділитися своїми роботами, розказавши, чому вони вибрали цей образ і яке значення він має для них. Також обговорюється, як техніка створення «безпечного місця» може допомогти зменшити стрес у повсякденному житті.

Тривалість: 25 хв.

4. Рефлексія та завдання на наступний тиждень: коли учасники відчуватимуть стрес, їм пропонується закрити очі на кілька хвилин і уявити своє «безпечне місце», або подивитися на свій малюнок. При необхідності, зображення можна змінювати або доопрацьовувати.

Тривалість: 5 хв.

Групове заняття №4

Завданням цього заняття є управління емоціями

1. Вступ та налаштування. Привітання учасників, коротке обговорення минулої зустрічі: чи використовували техніки, вивчені раніше, і як це допомогло?

Тривалість: 10 хв.

2. Вправа «Карта емоцій»

Обладнання: аркуш з конурами людської фігури (додаток Б), кольорові олівці.

Інструкція. Вправа спрямована на розпізнавання емоцій та усвідомлення їх фізичних проявів у тілі. Учасникам роздають аркуші паперу з контурами людської фігури, де вони мають позначити на своєму тілі місця, де відчують різні емоції (гнів, радість, страх, смуток тощо). Це допомагає візуалізувати, як емоції впливають на тіло. Кожен коротко презентує свою карту та ділиться, де і як він відчуває певні емоції.

Тривалість: 10 хв.

3. Обговорення стратегій конструктивного вираження емоцій

Інструкція. Психолог пояснює, як емоції можуть бути виражені конструктивно (наприклад, через комунікацію, фізичну активність, мистецтво тощо). Обговорюються можливі наслідки придушення емоцій або їх неконтрольованого вираження.

Групова дискусія: кожен учасник ділиться, як зазвичай виражає свої емоції; обговорення прикладів із життя, коли емоції були виражені не конструктивно та як це вплинуло на них або їхні стосунки.

Тривалість: 15 хв.

4. Техніки дихання та медитації.

Психолог інформує учасників про техніки, які допомагають керувати власними емоціями. Ось декілька прикладів:

Техніка «Усвідомлене дихання»

Інструкція: усі учасники закривають очі, повільно вдихають через ніс на 4 секунди, затримують дихання на 2 секунди, а потім повільно видихають через рот протягом 6 секунд. Це повторюється 5-7 разів.

Медитація «Фокус на диханні»

Інструкція: учасники сідають у зручну позицію, закривають очі та зосереджуються на своєму диханні; протягом 5-7 хвилин психолог спрямовує учасників через усвідомлення кожного вдиху і видиху, звертаючи увагу на відчуття в тілі та емоціях, що можуть виникати.

Техніка «Метелик».

Ця техніка спрямована на нормалізацію дихання та допомогу у відстороненні від тригера. Пропонується виконати техніку «Метелик» разом.

Інструкція. «Прийміть зручну для вас позу, ви можете сісти або лягти таким чином, щоб вам було комфортно та безпечно розслабитись. Заплющте очі, сконцентруйтеся на своєму тілі, дозвольте собі поступово розслабитись. Зробіть глибокий вдих через ніс і повільний видих через рот (якщо є труднощі з диханням, виберіть комфортний для вас ритм). Відчуйте як ваше тіло поступово розслабляється з кожним вашим видихом: кінчики ніг, кінчики рук ... шия, м'язи обличчя...Спостерігайте за своїм диханням, відчуйте, як воно проходить через ваше тіло, наповнюючи легені та поширюючись по тілу: від легень, до кінчиків пальців рук та кінчиків пальців ніг. Схрестіть руки на плечах або талії, ніби обіймаючи себе. Уявіть місце, яке асоціюється у вас з безпекою і затишком (це може бути як реальний спогад, так і ваша фантазія). Що ви відчуваєте в цьому місці? Які звуки чуєте? Що бачите? Постарайтеся уявити кожну деталь, навіть най несуттєвішу на перший погляд. Залиштеся там на деякий час, вбираючи спокій, комфорт і позитивні емоції, пов'язані з цим місцем».

Тривалість: 15 хв.

5. Рефлексія.

Тривалість: 10 хв.

Групове заняття №5

Завданням цього заняття є підвищення активності

1. Вступ. Привітання, коротке обговорення минулої зустрічі.

Тривалість: 5 хв.

2. Психоедукація про апатію, пасивність. Огляд концепції поведінкової активації.

Учасникам пояснюється, що навіть найпростіші дії можуть привести до відчуття задоволення і поліпшення настрою. Коли людина перебуває в депресивному стані, вона зазвичай уникає активності, що призводить до замкненого кола погіршення стану. Поведінкова активація – це спосіб «переломити» це коло. Обговорення важливості планування маленьких дій: маленькі, конкретні кроки допомагають уникнути перевантаження, позитивна оцінка навіть найменших досягнень зміцнює мотивацію продовжувати активність.

Тривалість: 15 хв.

3. Вправа: Складання індивідуальних планів активності.

Обладнання: індивідуальні бланки для планування тижневої активності, де є місце для написання маленьких досяжних завдань на кожен день, розбитих на категорії: фізична активність, соціальна взаємодія, хобі та самообслуговування. (додаток В), ручка.

Процес виконання:

1) Початковий аналіз: учасники аналізують свій поточний рівень активності і виділяють сфери, де відчувають найбільшу пасивність або апатію.

2) Складання плану на тиждень: кожен учасник пише мінімум три маленькі, конкретні кроки, які можна виконати щодня (наприклад, 10 хвилин прогулянки, короткий телефонний дзвінок другові, прочитання 5 сторінок книги). Особливі рекомендації від психолога: «переконайтесь, що всі завдання - прості та реалістичні, уникайте великих та складних цілей щоб не додавати

стресу; почніть із маленьких кроків, які легко виконати щодня». Якщо учасники стикаються з труднощами у вигадуванні маленьких дій, психолог пропонує декілька простих прикладів: приготування нової страви, написання листа, легка фізична зарядка тощо.

3) Після того як кожен складе свій план, учасники діляться своїми ідеями в групі. («Що було складно чи легко під час складання плану?», «Чи всі завдання є досяжними чи щось потребує спрощення або змін?»).

4) Учасникам пропонується створити систему самозаохочення – відзначати кожне маленьке досягнення (наприклад, ставити «плюс» біля виконаного завдання або робити короткі записи у щоденнику). Якщо учасники стикаються з труднощами у вигадуванні маленьких дій, психолог пропонує декілька простих прикладів: приготування нової страви, написання листа, легка фізична зарядка тощо.

Тривалість: 30 хв.

4. Рефлексія та домашнє завдання (ведення щоденника активності).

Тривалість: 10 хв.

Групове заняття №6

Ціллю цього заняття є допомогти учасникам усвідомити важливість соціальних зв'язків, розробити індивідуальні стратегії зміцнення соціальної підтримки для покращення психоемоційного стану.

1. Вступ.

- Запитання до учасників про їхні успіхи з попереднім завданням щодо поведінкової активації. Чи змогли вони підвищити свою активність і як це вплинуло на їхній стан?

- Обговорення ролі соціальних стосунків у житті людей та впливу соціальної ізоляції на розвиток депресивних станів.

Тривалість: 5 хв.

2. Пояснення концепції соціальної підтримки.

1) Обговорення ролі соціальних зв'язків (як стосунки з людьми впливають на психоемоційний стан і як підтримка з боку близьких може допомогти долати депресію; різниця між якісною та кількісною підтримкою).

2) Обговорення соціальної ізоляції. Учасники діляться власним досвідом соціальної ізоляції та її наслідків.

Тривалість: 5 хв.

3. Вправа: «Колесо підтримки» (адаптація «Колеса балансу»).

Обладнання: бланк до вправи (додаток Г)

Інструкція. Учасники отримують аркуші паперу з намальованим колом, розділеним на кілька сегментів, кожен з яких відповідає певній сфері життя (сім'я, друзі, робота/навчання, здоров'я, хобі, відпочинок). Необхідно написати в кожному сегменті людей, які надають підтримку в цій сфері життя. Якщо в певній сфері підтримка відсутня, це також варто позначити.

Процес виконання:

1) Аналіз наявних соціальних ресурсів: заповнення «колеса підтримки», відзначаючи, де у є підтримка, а де її не вистачає.

2) Роздуми про важливість кожної сфери: необхідно допомогти учасникам звернути увагу на ті сфери, де підтримки недостатньо, і обговорити, як це може впливати на загальний психоемоційний стан.

3) Після завершення вправи учасники діляться своїми результатами: в яких сферах вони мають сильну підтримку, а де відчувають нестачу.

Тривалість: 20 хв.

4. Робота над навичками комунікації.

Теоретичний блок: психоедукація щодо основ ефективної комунікації (активне слухання, висловлення власних потреб та емоцій, побудова емпатичних взаємодій). Підкреслюється важливість здатності не лише отримувати підтримку, але й пропонувати її оточуючим.

Вправа «Рольові ігри»

Інструкція: учасники діляться на пари та практикують ефективну комунікацію за допомогою рольових ігор, де один грає роль людини, яка шукає підтримку, а інший – роль слухача.

Тривалість: 10 хв.

5. Розробка стратегії зміцнення соціальних зв'язків.

Інструкція. Учасники разом з психологом створюють план, як покращити або відновити свої соціальні зв'язки. Психолог наголошує на важливості поступовості та маленьких кроків у відновленні контактів з оточуючими. Учасники також визначають кілька простих кроків, які вони можуть зробити для покращення своїх соціальних стосунків. Це можуть бути маленькі дії, як-от написати повідомлення старому другу, домовитися про зустріч або просто провести більше часу з близькими.

Тривалість: 10 хв.

6. Домашнє завдання.

Завдання на тиждень: виконати щонайменше одну дію, яка спрямована на зміцнення або відновлення соціальних зв'язків (це може бути особиста зустріч, телефонний дзвінок або інший акт спілкування, що зміцнює підтримку). Також респондентам пропонується відслідковувати як вони відчують себе після кожного акту соціальної взаємодії, і чи покращується їхній емоційний стан.

Тривалість: 5 хв.

Групове заняття №7

Завданням цього заняття є робота із самооцінкою та самоцінністю

1. Вступ.

Коротке обговорення цілей зустрічі та важливості самооцінки. Питання для обговорення: «Що для вас означає самооцінка? Як ви відчуваєте свою цінність у різних сферах життя?».

Тривалість: 5 хв.

2. Вправа «Рослинка».

Обладнання: аркуш, кольорові олівці, ручка, блокнот або додатковий аркуш.

Інструкція:

- 1) Респондентам пропонується намалювати рослину: кімнатну чи вуличну, велику чи маленьку, будь якого кольору, можна неіснуючу.
- 2) Дайте їй назву.
- 3) Написати інструкцію по догляду за цією рослиною: як за нею доглядати, скільки їй потрібно сонця і води, скільки їй треба простору, чим і як її удобрюють, який їй треба ґрунт, розказати про особливості цієї рослини.
- 4) Тепер у вас є інструкція як правильно доглядати за цією рослиною, за вашою особливою рослиною. А тепер уявіть, що ця рослина, яка потребує особливих умов для того, аби рости, квітнути і почувати себе добре – це ви.
- 5) Як гадаєте, чи буде ця рослина почувати себе добре, якщо потрапить не у свій ґрунт? Чи буде вона квітнути, якщо її поливати більше або менше, ніж потрібно? Чи розквітне вона, якщо змінити її освітлення або добриво на таке, яке не підходить їй?
- 6) Чи є у вас умови, щоб «квітнути»? Чи можливо їх треба змінити, щоб рослина розквітла?

Обговорення:

1. Кожен учасник ділиться своїм малюнком та інструкцією.
2. Чи допомогло створення цієї «інструкції» усвідомити власні потреби та важливість дбати про себе?

Тривалість: 20 хв.

3. Вправа «Підвищення самооцінки».

Обладнання: аркуш, ручка.

Інструкція:

1. Написати своє ім'я в центрі аркуша. Навколо нього запишіть всі свої позитивні риси, досягнення, навички, якими ви пишаєтесь. Згадайте моменти, коли ви відчували себе впевнено та пишались собою.

2. Необхідно зробити паузу та обміркувати, як ці риси та досягнення допомогли у минулому й можуть допомогти в майбутньому.

3. Наприкінці кожен записує, що може зробити сьогодні для зміцнення цих рис і як може підвищити впевненість у собі.

Тривалість: 15 хв.

4. Техніки самопідтримки та афірмації.

Пояснення технік для підтримки позитивного образу себе через афірмації та самопідтримку. Приклад: «Я цінний, бо можу підтримати себе й інших», «Мої досягнення роблять мене сильним/сильною», «Я заслуговую на щастя та любов».

Тривалість: 15 хв.

5. Підсумки та рефлексія.

1. Що нового ви дізналися про себе?

2. Як змінилося ваше сприйняття себе після цієї зустрічі?

3. Що з цієї зустрічі ви можете застосувати у повсякденному житті?

Тривалість: 5 хв.

Групове заняття №8

1. Вступ та рефлексія.

Короткий огляд усіх пройдених зустрічей та досягнень групи. Кожен учасник ділиться своїми почуттями щодо завершення програми. Пропонується відповісти на такі запитання:

1. Що було найбільш корисним для вас у цій програмі?

2. Які зміни ви відчуваєте в своєму стані з моменту першої зустрічі?

3. Які зміни у своєму емоційному стані помітили?

4. Які нові навички ви здобули? Які з них виявились найбільш корисними для подолання депресивних станів?

Учасникам пропонується поділитись своїми рефлексивними спостереженнями про позитивні зміни у стані кожного з них (за згоди учасника).

Тривалість: 15 хв.

2. Вправа: створення персонального плану дій для запобігання рецидиву депресії.

Інструкція. Учасники створюють персональний план дій, який допоможе їм підтримувати психічне здоров'я після завершення програми та запобігти рецидиву депресії.

1) Розмірковування над тригерами: кожен учасник має визначити свої особисті тригери та фактори ризику, що можуть сприяти поверненню депресії (стресові ситуації, соціальна ізоляція, внутрішні конфлікти тощо).

2) План дій: учасники складають список дій, які вони можуть виконувати у випадку погіршення психічного стану. Це можуть бути техніки саморегуляції, звернення до соціальної підтримки або професійної допомоги.

3) Довгострокові цілі: учасники визначають конкретні кроки для підтримки стабільного емоційного стану (регулярні фізичні вправи, здорове харчування, планування активного відпочинку, продовження практик релаксації та медитації).

4) План підтримки: учасники прописують, до кого вони можуть звернутися за підтримкою в складних ситуаціях (друзі, родина, психолог, групи підтримки).

5) Обговорення: кожен учасник презентує свій план групі та отримує зворотний зв'язок від інших учасників. Важливо підкреслити, що цей план може бути переглянутий та доповнений у майбутньому.

Тривалість: 30 хв.

3. Ритуал завершення програми.

Символічна вправа на закриття групового процесу.

Обладнання: аркуш, маркер або ручка

1) Учасники стають у коло, кожен бере аркуш паперу і пише на ньому одне слово, яке символізує їхній прогрес або емоцію, що вони відчувають на момент завершення програми (наприклад, «впевненість», «надія», «спокій»).

2) Після цього аркуші передаються один одному по колу, і кожен учасник може написати кілька слів підтримки або побажань для іншого.

3) Врешті-решт кожен отримує свій аркуш із словами підтримки від групи.

4) Прощальне слово ведучого: слова подяки за активну участь, підкреслення значущості отриманих навичок та нагадування про можливість звертатися за підтримкою в майбутньому.

Тривалість: 15 хв.

Отже, була впроваджена психокорекційна тренінгова програма, яка складалася з восьми групових занять та індивідуальних консультацій, метою якої було зменшення симптомів депресії, покращення емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції та зміцнення психологічної стійкості внутрішньо переміщених осіб. Після проведення програми було здійснено дослідження за методиками Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна, Р. Янов-Бульман, В. Занга та А. Бека, які представлені в розділі 3.2, що дозволило оцінити зміни в психоемоційному стані учасників.

3.2 Аналіз результатів формувального експерименту.

Після проведення психокорекційної програми, спрямованої на нормалізацію прояву психологічних детермінант, що сприяють розвитку депресивних станів і розладів у респондентів, для проведення контрольного зрізу було повторно проведено наступний комплекс психодіагностичних методик: методика оцінки рівня тривожності (Ч. Спілбергер - Ю. Ханін), шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, шкала самооцінки депресії В. Занга, шкала депресії А. Бека та методика дослідження рівня самооцінки С. Будассі.

З метою підтвердження можливої ефективності проведення корекційної програми, психодіагностичну базу контрольного дослідження повторно склали 48 осіб. Перша частина респондентів, для даного дослідження є найбільш значущою, оскільки формує експериментальну групу, на якій проводилась корекційна психологічна програма, розроблена в межах цього дослідження; друга частина респондентів формує контрольну, групу, яка є важливою в дослідження для візуального відслідкування того, чи зазнали учасники першої групи якісних змін.

Мета емпіричного дослідження випливає із поставлених завдань: чи було доцільним та ефективним використання емпіричних методів та корекційної програми, спрямованої на покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості, які виступають детермінантами у розвитку або прогресуванні депресивних станів та розладів.

Обробка результатів повторно проведеної методики – шкали оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна дозволяє побачити рівень ситуативної та особистісної тривожності респондентів експериментальної та контрольної груп. Варто зазначити, що показники шкал ситуативної та особистісної тривожності можуть бути завищеними через специфічні умови, в яких перебуває ця категорія населення (ВПО) у контексті російської військової агресії в Україні, а також варто враховувати гіпотезу, що жінки можуть демонструвати вищий рівень тривожності порівняно з чоловіками.

Результати експериментальної групи демонструють зниження рівня ситуативної тривожності, порівняно з початковими показниками, що може вказувати на зменшення стресової реакції на зовнішні подразники після проведення психокорекційної програми. Наприклад, бенефіціари № 1, 6, 14 та 22, які під час першого тестування за цією методикою мали високий рівень ситуативної тривожності (близько 60 балів), тепер показали значне зниження до помірного рівня тривожності (45-55 балів). Це свідчить про можливий позитивний вплив психокорекційної програми. Показники особистісної тривожності також демонструють позитивні зміни, хоча вони менш виражені, ніж у випадку ситуативної тривожності. Респонденти з найвищими показниками (наприклад, № 1, 6, 10) досі мають високий рівень особистісної тривожності, однак спостерігається помітне зниження порівняно з початковими даними. Це вказує на поступове зменшення тривожної реакції, яка є більш сталою особистісною характеристикою і важче піддається змінам. Учасники з найнижчими показниками особистісної тривожності (№ 16, 18, 20) показали значне покращення у здатності усвідомлювати та контролювати свою тривожність.

У контрольній групі рівні ситуативної тривожності залишаються високими у значної частини респондентів. Деякі учасники (наприклад, № 30, 39) демонструють дуже високі показники ситуативної тривожності (понад 70 балів), що може свідчити про тривалий вплив стресових чинників за відсутності корекції. Учасники з низькими показниками ситуативної тривожності (наприклад, № 27, 33, 42) демонструють стабільні результати, що свідчить про відсутність значних змін у рівні тривожності порівняно з початковими показниками. Рівні особистісної тривожності в контрольній групі також залишаються практично незмінними: респонденти з найвищими показниками (№ 31, 39, 41) демонструють стабільно високий рівень тривожності (понад 60 балів), що вказує на стійкий тривожний стан у цих осіб.

Для наочного представлення змін у вибірках нами було відображено середні показники за кожною субшкалою методики (шкали) оцінки рівня тривожності особистості Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна до та після проведення психокорекційної програми. Результати для експериментальної групи відображено у таблиці 3.4:

Таблиця 3.4:

Середні показники тривожності експериментальної групи за шкалою оцінки рівня тривожності особистості Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна до та після проведення психокорекційної програми

Шкала	До	Після
Ситуативна тривожність	45	40,42
Особистісна тривожність	47,42	43,04

Таблиця 3.5 репрезентує результати для контрольної групи:

Таблиця 3.5

Середні показники тривожності контрольної групи за шкалою оцінки рівня тривожності особистості Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна до та після проведення психокорекційної програми

Шкала	До	Після
Ситуативна тривожність	42,96	44,75
Особистісна тривожність	47,79	48,13

Підбиваючи підсумки за результатами першого та контрольного зрізу за даною методикою, можемо зробити висновок, що в експериментальній групі спостерігається зниження рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності, що може свідчити про успішне засвоєння учасниками технік для зменшення тривожності та покращення емоційного самоконтролю. У контрольній групі помітного зниження рівня тривожності не спостерігається – більшість респондентів залишилися на високих або середніх рівнях як ситуативної, так і особистісної тривожності. Гіпотетична ефективність психокорекційної програми була більш помітною для ситуативної тривожності, яка легше піддається впливу, оскільки вона є реакцією на поточні стресові фактори і може бути швидко модифікована через навчання технік управління стресом і регуляції емоцій, тоді як особистісна тривожність є стійкішою характеристикою, яка формується тривалий час і потребує більше часу для її корекції.

Другою повторно була проведена шкала базових переконань про світ Р. Янов-Бульман, яка дозволила оцінити чи відбулись у учасників дослідження зміни в сприйнятті світу, інших людей та власного «Я». Середні показники за кожною зі субшкал експериментальної групи, що були отримані за допомогою цієї методики, відображені в таблиці 3.6 :

Таблиця 3.6

Результати експериментальної групи за шкалою базових переконань про світ Р. Янов-Бульман до та після психокорекційної програми

Субшкала	До	Після
Доброзичливість до світу	10,6	12,0
Доброзичливість до людей	13,3	14,5
Справедливість	12,4	13,6
Керованість	14,5	15,5
Випадковість	17,2	16,8
Самооцінка	7,8	9,5
Самоконтроль	14,2	15,2
Везіння	10,8	11,5

Середні показники за кожною зі субшкал контрольної групи, що були отримані за допомогою шкали базових переконань про світ подано в таблиці 3.7:

Таблиця 3.7.

Результати контрольної групи за шкалою базових переконань про світ Р. Янов-Бульман до та після психокорекційної програми

Субшкала	До	Після
Доброзичливість до світу	9,8	9,6
Доброзичливість до людей	12,8	12,7
Справедливість	11,8	11,7
Керованість	13,5	13,4
Випадковість	17,4	17,3
Самооцінка	6,8	6,8
Самоконтроль	13,8	13,7
Везіння	10,3	10,2

Аналіз результатів контрольного зрізу обох груп за цією методикою виявив суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами. В експериментальній групі спостерігається значне покращення у ряді показників, зокрема щодо доброзичливості до світу, людей, справедливості, самооцінки та самоконтролю. Підвищення показника «Доброзичливість до світу» (12 балів) свідчить про більш позитивне сприйняття навколишнього середовища учасниками після завершення психокорекційної програми. Подібно, зростання «Доброзичливості до людей» (14,5 балів) вказує на покращення соціальних зв'язків і підвищення рівня довіри до інших. Це можна інтерпретувати як наслідок емоційної стабілізації та розвитку соціальної підтримки, отриманої в рамках програми.

Інші показники, такі як «Справедливість» (13,6 балів) та «Керованість» (15,5 балів), також демонструють позитивну динаміку, що вказує на підвищення відчуття контролю над життям та сприйняття світу як більш справедливого. Це може бути результатом розвитку навичок емоційної регуляції та формування стратегії подолання стресу. Особливо помітне зростання показника самооцінки (9,5 балів) свідчить про позитивні зміни в самосприйнятті учасників. Підвищений рівень самоконтролю (15,2 балів) свідчить про покращення

здатності управляти своїми емоціями та поведінкою, що є важливим досягненням програми.

На відміну від експериментальної групи, контрольна група не продемонструвала суттєвих змін у жодному з показників. Показники доброзичливості до світу, людей та справедливості залишаються на низькому рівні, що свідчить про стійкість негативного сприйняття середовища та міжособистісних відносин. Показники керованості (13,4) та самоконтролю (13,7) залишаються помірними, а самооцінка (6,8) – низькою, що вказує на відсутність позитивних змін в емоційному стані респондентів контрольної групи. Це підтверджує ефективність психокорекційної програми для покращення емоційного благополуччя та підкреслює її значення для розвитку емоційного самоконтролю та покращення самооцінки.

Для оцінки рівня депресії у внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку в нашому дослідженні використовувалися дві методики. Першою з них було використано шкалу самооцінки депресії В. Занга. В наведеній нижче таблиці 3.8 відображено порівняльні данні щодо кількості осіб за двома показниками («нормальний стан» та «легка депресія») до проведення психокорекційної програми та після за даною методикою для експериментальної групи (для більш глибокого аналізу до таблиці з показниками було додано середні показники за цією методикою для цієї групи):

Таблиця 3.8.

**Результати повторного дослідження експериментальної групи за
шкалою самооцінки депресії В. Занга**

Показник	До	%	Після	%
Нормальний стан (к-ть)	6	25	15	62,5
Легка депресія (к-ть)	18	75	9	37,5
Середній показник результатів	51,54		44,38	

В наведеній нижче таблиці 3.5 відображено порівняльні данні щодо кількості осіб за двома показниками («нормальний стан» та «легка депресія») до проведення психокорекційної програми та після за даною методикою для

експериментальної групи (для більш глибокого аналізу до таблиці з показниками було додано середні показники за цією методикою для цієї групи):

У таблиці 3. 9, яка подана нижче наведено порівняльні дані щодо кількості осіб за двома категоріями шкали самооцінки депресії В.Занга («нормальний стан» та «легка депресія») до та після проведення психокорекційної програми для контрольної групи, де для більш детального аналізу також додано середні показники для цієї групи за цією методикою:

Таблиця 3.9

**Результати повторного дослідження контрольної групи за шкалою
самооцінкою депресії В. Занга**

Показник	До	%	Після	%
Нормальний стан (к-ть)	4	16,67	4	16, 67
Легка депресія (к-ть)	20	83,33	20	83,33
Середній показник результатів	52,13		52,29	

Аналіз результатів показав суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами щодо психоемоційного стану респондентів. У експериментальній групі, після завершення психокорекційної програми, більшість учасників (62,5 %) перебувають у нормальному стані, що свідчить про значне покращення їхнього психоемоційного благополуччя. Легка депресія спостерігається у 37,5 % респондентів (9 осіб) однак її рівень є нижчим, ніж до початку програми, що може вказувати на потребу в додатковій підтримці для повного відновлення. Про можливу ефективність проведеної роботи із бенефіціарами також свідчить суттєва зміна середнього показника, який до проведення психокорекції становив 51,54, а після – 44,48.

У контрольній групі, де психокорекційна програма не проводилася, легка депресія переважає у 83,33 % респондентів, а інші учасники демонструють нормальний стан. Це свідчить про стійкість депресивних симптомів у більшості учасників контрольної групи, що вказує на необхідність психокорекційного втручання для покращення їхнього психоемоційного стану.

Наступною ми використали шкалу депресії А. Бека для дослідження рівня депресії у внутрішньо переміщених осіб, що дозволило оцінити депресивні симптоми з іншого боку. Для наочного представлення змін у вибірках, у таблиці 3.10 подано результати за показниками цієї шкали, зокрема кількість осіб і середні значення для кожної групи до та після проведення психокорекційної програми, для експериментальної групи:

Таблиця 3.10

Результати повторного дослідження експериментальної групи за шкалою оцінки рівня депресії А. Бека

Показник	До	%	Після	%
Нормальний стан (к-ть)	2	8,33	10	41, 67
Легка депресія (к-ть)	5	20,83	5	20,83
Помірна депресія (к-ть)	7	29,17	4	16,67
Важка депресія (к-ть)	10	41, 67	5	20,83
Середній показник результатів	26,35		16,83	

Побачити чи зазнала контрольна група змін можна у таблиці 3.11 , де подано результати за показниками шкали депресії А. Бека, зокрема кількість осіб і середні значення для кожної групи до та після проведення психокорекційної програми:

Таблиця 3.11

Результати повторного дослідження контрольної групи за шкалою оцінки рівня депресії А. Бека

Показник	До	%	Після	%
Нормальний стан (к-ть)	1	4,17	1	4,17
Легка депресія (к-ть)	2	8,33	2	8,33
Помірна депресія (к-ть)	16	66, 67	16	66,67
Важка депресія (к-ть)	5	20,83	5	20,83
Середній показник результатів	24,71		25,08	

Аналіз результатів за цією методикою виявив суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами щодо психоемоційного стану учасників. В експериментальній групі після завершення психокорекційної програми більшість респондентів (41, 67 %) перебувають у нормальному стані,

що свідчить про значне покращення їхнього психоемоційного благополуччя. Легка депресія спостерігається у 20,83 % учасників, а помірна – у 16,67% респондентів. Однак, важка депресія все ще залишається у 5 осіб (20,83 %), що вказує на потребу в додаткових заходах для цих учасників. Показники середніх значень вибірки до та після проведення психокорекційної програми з експериментальною групою підкреслюють, що бенефіціари отримали якісну допомогу і покращення в їх стані, оскільки середній показник до роботи з ними становив 26,35, а після – 16,83. Різниця є очевидною та позитивною.

У контрольній групі, де психокорекційна програма не проводилася, результати контрольного зрізу не показали суттєвих змін. Розподіл респондентів за рівнями депресії залишився таким самим, як і на початку дослідження, хоча у деяких учасників відзначено незначні коливання в показниках депресії. Це вказує на стійкість депресивних симптомів у більшості респондентів контрольної групи та потребу у психокорекційних заходах для покращення їхнього психоемоційного стану.

Таким чином, експериментальна група демонструє явне покращення за обома шкалами, що підтверджує ефективність психокорекційної програми. Більшість учасників мають нормальний стан або легку депресію, тоді як у контрольній групі спостерігається відсутність значних змін, і більшість респондентів продовжують демонструвати легку або помірну депресію, що вказує на недостатність природного відновлення без зовнішнього втручання.

Заключною методикою, використаною для повторної діагностики респондентів обох груп, була методика дослідження рівня самооцінки за С. Будассі. Ця методика дозволяє відстежити чи змогли ми за допомогою психокорекційної програми вплинути на покращення одного з можливих симптомів депресії. Аналіз отриманих результатів повторного дослідження за цією методикою репрезентовано у таблиці 3.12 для експериментальної групи:

Таблиця 3.12

Результати повторного дослідження експериментальної групи за методикою дослідження рівня самооцінки С. Будассі

Показник	До	%*	Після	%
Висока, неадекватна самооцінка (к-ть)	10	41,66	5	20,83
Висока, адекватна самооцінка (к-ть)	6	25	10	41,67
Середня, адекватна самооцінка (к-ть)	6	25	7	29,17
Низька, адекватна самооцінка (к-ть)	1	4,17	2	8,33
Низька, неадекватна самооцінка (к-ть)	1	4,17	0	0
*похибка у % = 0,01				
Середній показник результатів	0,62		0,60	

Аналіз отриманих результатів повторного дослідження за методикою дослідження рівня самооцінки С. Будассі представлено у таблиці 3.13 для контрольної групи:

Таблиця 3.13

Результати повторного дослідження контрольної групи за методикою дослідження рівня самооцінки С. Будассі

Показник	До	%*	Після	%*
Висока, неадекватна самооцінка (к-ть)	8	33,33	8	33,33
Висока, адекватна самооцінка (к-ть)	5	20,83	5	20,83
Середня, адекватна самооцінка (к-ть)	8	33,33	7	29,17
Низька, адекватна самооцінка (к-ть)	2	8,33	2	8,33
Низька, неадекватна самооцінка (к-ть)	1	4,17	2	8,33
*похибка у % = 0,01				
Середній показник результатів	0,46		0,46	

Аналіз результатів за методикою самооцінки С. Будассі після проведення корекційної програми в експериментальній групі дозволяє зробити кілька ключових висновків:

1) У експериментальній групі відбулося суттєве зниження кількості респондентів із високою неадекватною самооцінкою. На початку програми цей показник мали 10 осіб, які становили 41,66% від загальної кількості учасників вибірки, тоді як після проведення роботи із групою цей показник зменшився до 20,83%, (5 осіб). Це може свідчити про позитивний вплив корекційної програми на сприйняття учасником власних можливостей. У контрольній групі цей

показник залишився незмінним (33,33%), що підкреслює відсутність позитивної динаміки без корекційного втручання.

2) Учасники експериментальної групи демонструють помітне покращення самооцінки. Зокрема, після завершення корекційної програми, 41,67% респондентів мають високу адекватну самооцінку, 29,17% – середню адекватну, 8,33% – низьку, але адекватну самооцінку. Один респондент із низькою перейшов до групи з низькою, але адекватною самооцінкою. Це дозволяє припустити, що корекційна програма виявилася ефективною для підвищення рівня самооцінки більшості учасників, хоча для більш складних випадків рекомендується додаткова психотерапевтична робота.

3) У контрольній групі спостерігаються незначні зміни. Кількість респондентів із середньою адекватною самооцінкою знизилася з 33,33 % до 29,17 %, а кількість тих, хто має низьку неадекватну самооцінку, зросла з 4,17 % до 8,33 %. Це свідчить про певну динаміку групи навіть без психологічного втручання, хоча позитивної динаміки в напрямку покращення адекватності самооцінки не спостерігається.

Таким чином, результати вказують на значне покращення адекватності самооцінки в експериментальній групі, зокрема на зростання кількості респондентів із високою адекватною самооцінкою та відсутність випадків низької неадекватної самооцінки. Це підкреслює ефективність психокорекційної програми. У контрольній групі значних змін не зафіксовано, і більша кількість респондентів продовжує демонструвати неадекватну самооцінку, як високу, так і низьку.

Оскільки дослідження вимагає статистичної перевірки гіпотези про те, що розроблена в рамках цього дослідження психокорекційна програма є ефективною, у завершення аналізу отриманих даних, була проведена оцінка розбіжностей в них на початку та в кінці корекційної програми за допомогою *t*-критерія Стюдента для залежних вибірок.

Для порівняння отриманих результатів із табличними значеннями (додаток Д) попередньо було розраховано число ступенів свободи (df) для вибірки з 24

осіб за формулою: $df = n - 1$, яке дорівнює 23. Відповідно до табличних значень, для рівня значущості $p = 0,05$ (0,95) критичне значення t складає 2,07, а для $p = 0,01$ (0,99) – 2,81.

Відповідно до розрахунків t -критерію Стьюдента за результатами, отриманими експериментальною групою, отримуємо наступні результати, що представлені у таблиці 3.14:

Таблиця 3.14

**Емпіричний t -критерій, розрахований за результатами
експериментальної вибірки**

№	Методика	Показник	t -критерій
1	Методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна	Рівень особистісної тривожності особистості	5,63
		Рівень ситуативної тривожності особистості	5,15
2	Шкала самооцінки депресії В.Занга	Рівень депресії особистості	5,63
3	Шкала депресії А.Бека	Рівень депресії особистості	5,91
4	Методика дослідження самооцінки особистості С.Будасі	Рівень самооцінки особистості	<i>0,80</i>

Розраховані значення t -критеріїв для рівня ситуативної, особистісної тривожності (Ч.Спілбергер-Ю.Ханін), рівнів депресії (В. Занг, А. Бек) значно перевищують як критичне значення для рівня значущості $p = 0,05$ (2,07), так і для $p = 0,01$ (2,81). Це говорить про те, що корекційна програма, що була проведена з учасниками експериментальної вибірки була найбільш ефективною для цих показників.

Розраховане значення t -критерію для рівня самооцінки виділена курсивом, оскільки вказує на те, що результат не увійшов у зону значущості $p = 0,05$, а отже психокорекційна програма не була ефективною для цього показника. Тому це стане предметом наших подальших розробок в лонгitudному аспекті.

Варто зазначити, що за відведений короткий період корекційної програми значно змінити рівень самооцінки та особистісної тривожності, особливо в умовах війни, не є можливим. Більш помітні зміни цих показників можуть бути досягнуті під час подальшої індивідуальної терапії з психологом.

Відповідно до розрахунків t-критерію Стьюдента за результатами контрольної групи, отримуємо результати, що представлені у таблиці 3.15:

Таблиця 3.15

Емпіричний t-критерій, розрахований за результатами контрольної вибірки.

№	Методика	Показник	t-критерій
1	Методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна	Рівень особистісної тривожності особистості	-1,85
		Рівень ситуативної тривожності особистості	-0,37
2	Шкала самооцінки депресії В.Занга	Рівень депресії особистості	-1,28
3	Шкала депресії А.Бека	Рівень депресії особистості	-1,57
4	Методика дослідження самооцінки особистості С.Будасі	Рівень самооцінки особистості	1

Розрахунки t-критерію Стьюдента для показників методик контрольної групи показали результати, які є не достовірними, оскільки не увійшли у рівень значущості $p = 0,05$ (2,07), тобто зміни відсутні. Що підкреслює той факт, що відсутність психологічної корекційної роботи з респондентами, що склали цю вибірку ніяк не вплинуло на зміну їх показників, а отже вони все ще мають проблемні зони за вищезазначеними показниками.

Нами було прийнято рішення, про знаходження кореляційного зв'язку між шкалами за третью діагностованою методикою та шкалами (показниками)

перших двох методик за критерієм Пірсона для того, аби довести необхідність, ефективність та значущість розробленої корекційної програми. Це представлено у таблиці 3.16:

Таблиця 3.16

Кореляційні зв'язки за критерієм Пірсона між субшкалами методики базових переконань про світ Р. Янов-Бульман з показниками методики оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна, шкалою самооцінки рівня депресії В. Занга та шкалою депресії А. Бека

Шкала базових переконань про світ Р.Янов-Бульман	Методика оцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна		Шкала самооцінки рівня депресії В.Занга	Шкала депресії А.Бека
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність		
Доброзичливість до світу	-0,314	-0,297	-0,167	-0,125
Доброзичливість до людей	-0,076	0,001	-0,115	-0,245
Справедливість	0,432	0,126	0,230	0,088
Керованість	0,429	-0,324	0,236	0,098
Випадковість	-0,110	-0,324	-0,164	-0,236
Самооцінка	-0,038	-0,333	0,039	0,247
Самоконтроль	-0,276	-0,154	-0,570	0,351
Везіння	0,212	-0,104	0,098	0,163

Згідно з результатами кореляційного аналізу за методом Пірсона, отриманими для різних психологічних змінних (тривожності за Спілбергером-Ханіним, депресії за Зангом і Беком), було виявлено декілька важливих взаємозв'язків між показниками тривожності, депресії та особистісними характеристиками (доброзичливість, справедливість, керованість тощо).

Перш за все, *доброзичливість до світу* показала негативний зв'язок із ситуативною та особистісною тривожністю, а також із рівнем депресії за обома шкалами. Найсильніша кореляція спостерігалася з ситуативною тривожністю ($r = -0,314$), що свідчить про те, що чим більше людина відчуває доброзичливість до світу, тим менший рівень тривожності та депресії в неї проявляється.

Подібний, але менш виражений негативний зв'язок спостерігався між доброзичливістю до людей і показниками тривожності та депресії, хоча ці кореляції були слабкими або близькими до нуля.

Іншою важливою змінною є *справедливість*, яка виявилася тісно пов'язаною із ситуативною тривожністю ($r = 0,432$). Це означає, що відчуття справедливості корелює з вищим рівнем ситуативної тривожності. Позитивний зв'язок із депресією та іншими змінними був менш виражений, але показує тенденцію до збільшення тривожності у людей, які надають великого значення справедливості. Аналогічно, *керованість* продемонструвала позитивну кореляцію із ситуативною тривожністю ($r = 0,429$), проте мала негативний зв'язок із особистісною тривожністю ($r = -0,324$). Це свідчить про те, що люди, які відчують контроль над своїм життям, менш схильні до особистісної тривожності, але водночас більш тривожні в конкретних ситуаціях.

Інші показники, зокрема *випадковість* та *самооцінка*, мали в основному слабкі негативні кореляції з тривожністю та депресією. Наприклад, випадковість негативно корелювала з особистісною тривожністю ($r = -0,324$) та депресією за обома шкалами. Це свідчить про те, що люди, які вважають події випадковими, загалом менш тривожні та депресивні. *Самооцінка* показала середню негативну кореляцію з особистісною тривожністю ($r = -0,333$), що вказує на важливість позитивної самооцінки у зниженні рівня тривожності.

Один із найбільш цікавих результатів стосується *самоконтролю*, який продемонстрував сильний негативний зв'язок із депресією за шкалою Занга ($r = -0,570$). Це означає, що люди з високим рівнем самоконтролю значно менш схильні до депресії. Проте цей показник мав позитивну кореляцію з депресією за шкалою Бека ($r = 0,351$), що може свідчити про різні аспекти депресивних симптомів, вимірюваних різними шкалами.

Наостанок, *везіння* мало слабкі позитивні кореляції з ситуативною тривожністю ($r = 0,212$) і депресією за шкалою Бека, що може свідчити про невелику роль цього чинника у підвищенні рівня тривожності або депресії.

Таким чином, проведений кореляційний аналіз показав, що певні особистісні характеристики, зокрема доброзичливість, справедливість, керованість, самооцінка і самоконтроль, мають значний вплив на рівні тривожності та депресії. Різні аспекти особистості можуть як позитивно, так і негативно корелювати з психічними показниками, що дозволяє глибше розуміти внутрішні психологічні процеси та їх взаємозв'язок із емоційним станом людини.

Отже, підводячи підсумки теоретичного та математично обґрунтованого аналізу результатів формувального експерименту можна зробити кілька ключових висновків щодо ефективності психокорекційної програми.

По-перше, спостерігається значне зниження рівня тривожності в експериментальній групі після проведення програми. Конкретно, учасники з високим рівнем ситуативної тривожності продемонстрували зниження цього показника до помірного рівня, що вказує на успішне засвоєння технік управління стресом. Особистісна тривожність, яка є більш стійкою характеристикою, також показала позитивну динаміку, хоча зміни в цьому випадку були менш вираженими. Це свідчить про те, що психокорекційна програма допомогла знизити стресову реакцію респондентів на зовнішні подразники.

По-друге, результати за шкалою базових переконань про світ Р. Янов-Бульман демонструють покращення в ряді показників, зокрема щодо доброзичливості до світу та людей, справедливості і самооцінки. Це свідчить про позитивний вплив програми на сприйняття навколишнього середовища та соціальних відносин, що є важливим аспектом емоційної стабілізації. Вдосконалення доброзичливості до світу вказує на більш оптимістичне ставлення учасників до їхнього оточення, що може сприяти покращенню їхнього психоемоційного стану.

По-третє, за результатами шкали самооцінки депресії В. Занга та шкали депресії А. Бека, в експериментальній групі спостерігається суттєве зниження кількості респондентів із легким і помірним рівнем депресії. Значна частина учасників після програми переходить у «нормальний стан», що свідчить про

ефективність психокорекційної програми у зменшенні депресивних симптомів. Це, в свою чергу, може мати позитивний вплив на якість життя респондентів.

По-четверте, результати за методикою дослідження самооцінки С. Будассі показали зниження кількості респондентів із високою неадекватною самооцінкою, а також зростання кількості осіб із адекватною самооцінкою. Це вказує на те, що програма позитивно вплинула на сприйняття учасниками своїх можливостей. Підвищення рівня адекватної самооцінки є важливим фактором для особистісного розвитку та емоційного благополуччя.

З іншого боку, контрольна група, в якій не проводилася психокорекційна програма, не продемонструвала суттєвих змін у показниках тривожності, депресії та самооцінки. Це підкреслює важливість корекційного втручання для покращення психоемоційного стану, оскільки учасники контрольної групи залишаються на високих або середніх рівнях тривожності та депресії.

У загальному підсумку, психокорекційна програма виявилася ефективною для зменшення рівня тривожності, депресії та покращення самооцінки учасників експериментальної групи. Однак особистісна тривожність та деякі аспекти депресії можуть вимагати додаткових і більш тривалих психотерапевтичних втручань для досягнення стійких результатів. Це вказує на необхідність подальших досліджень і розвитку корекційних стратегій, орієнтованих на довгострокове психоемоційне благополуччя респондентів.

3.3. Рекомендації щодо виходу з депресивного стану.

Депресивний стан є складним емоційним і фізичним переживанням, яке значно впливає на повсякденне життя, знижуючи здатність людини виконувати навіть найпростіші завдання. Люди, які стикаються з депресією, часто відчують почуття безнадії, втрату інтересу до речей, що раніше приносили задоволення, і фізичне виснаження. Проте існує багато методів та стратегій, які можуть допомогти вийти з цього стану, відновити внутрішню рівновагу та повернутися до активного і повноцінного життя.

У цьому розділі наведено рекомендації, які охоплюють різні аспекти самотійної допомоги під час депресії: від емоційної та когнітивної регуляції до фізичної активності, соціальної підтримки та професійної допомоги. Використання цих порад може допомогти не лише покращити стан, але й запобігти поглибленню депресивних симптомів. Важливо пам'ятати, що вихід із депресивного стану є процесом, і кожен крок до покращення, навіть найменший, є важливим на шляху до одужання. Також варто наголосити на тому, що регрес на шляху до одужання (великий він чи маленький) – це ще одна важлива сходинка до свого благополуччя, яка часто показує, що щось ми упустили,десь не вистачило наших ресурсів або ж ця частина шляху потребує більшої нашої уваги, часу та плідної роботи над собою.

У період війни в Україні наші ресурси (емоційні, фізичні, фінансові тощо) часто є обмеженими через дію постійного стресу, часті виклики, до яких ми не готові, необхідність постійної абілітації та інше. Все це може слугувати тригером для нашої депресії, але однією із цілей цього дослідження є допомогти людям вчасно виявити в себе симптоми депресії, навчити їх самотійно допомагати собі і вчасно звертатись за допомогою до спеціалістів.

Рекомендації, які подані нижче, можна застосовувати й при інших пригнічених станах (наприклад висока тривожність чи апатія), оскільки ми спробували зробити їх якомога більш універсальними з метою допомоги населенню нашої країни.

Першим кроком на шляху до одужання є саморефлексія та усвідомлення наявності депресії або депресивного стану. Для цього можуть бути корисними самотійне вивчення літератури, складання списку симптомів та ідентифікація тих, що характерні саме для вас на даний момент; використання визнаних тестових методик та консультація з психологом. Важливо пам'ятати, що визнання проблеми є ключовим кроком на шляху до її вирішення. Окрім цього, не варто критикувати або засуджувати себе (наприклад, за те, що ви відчуваєтеся менш ефективними чи продуктивними, ніж раніше). Таке ставлення лише посилить ваш негативний стан і не сприятиме відновленню.

Незалежно від того, чи звернулись ви до фахівця чи ще ні, варто розуміти, що успішність процесу одужання та абілітації залежить в першу чергу від вас самих. Не потрібно виснажувати себе, вимагати від себе негайно повернутися до того стану, який був раніше. Пам'ятайте про одне золотий принцип – принцип маленьких кроків, адже часто саме вони приводять до великих змін. Також не забувайте про те, що у депресивному стані ваші ресурси обмежені, а внутрішніх ворогів, таких як апатія, безнадія, зневіра та негативні думки, багато. Їх потрібно долати поступово, крок за кроком: спочатку розпізнати, потім «обеззброїти» і врешті-решт подолати. Цей підхід використовуємо й ми, щоб надати вам практичні рекомендації для самодопомоги.

Отже, для початку варто отримати чітке уявлення про те, як ви витрачаєте свій час. Важливо зосередитися на тому, як виглядає ваша активність зараз, а не порівнювати її з тим, як було раніше. Збір інформації про поточний стан активності та її вплив на ваш настрій допоможе краще усвідомити ситуацію. Не варто згадувати як було до, оскільки це не принесе нічого корисного – це змусить вас думати, що нічого цінного ви не зробили і не від чого задоволення не отримали. Краще спостерігайте за собою протягом тижня (мінімум) в режимі реального часу. Використайте методику «Таблиця активності» (додаток Е). Кожного дня записуйте те, чим займалися протягом години. Коли зробили запис – оцініть скільки отримали задоволення від цього заняття (3) та на скільки, за вашими відчуттями впорались із тим, що було складно зробити за шкалою від 0 (зовсім ні) до 10 (максимально можлива міра). Шаблон таблиці можна адаптувати під себе: змінюйте час початку відліку або оформлюйте таблицю творчо, щоб зробити цей процес більш приємним або розробити власну систему.

На цьому етапі корисно буде також за можливості кожного дня прописувати мінімум 3 радості дня чи компліменти собі. Спочатку це може бути «я прокинулась до 14:00/ приготувала сніданок сама/вимив посуд» тощо, а потім – це може стати «я займалась йогою годину/я закінчив проєкт і т.д.».

Наступним кроком є корекція вашої активності. Використайте інформацію, зібрану під час спостережень, як план і зосередьтесь на виконанні тих справ, які

приносять задоволення або відчуття досягнення. Додавайте приємні заняття, які можуть слугувати винагородою, наприклад, тепла ванна чи горнятко улюбленого напою. Ви можете вибрати власну стратегію: виконувати рутинні справи, коли настрій поганий, або коли він покращується, чи розробити щось індивідуальне, що працюватиме саме для вас.

Впровадження таких аспектів, як регулярна фізична активність, творчі заняття, збалансоване харчування, встановлення чіткого режиму дня та нормалізація сну є фундаментальними кроками на шляху до відновлення емоційного та фізичного здоров'я. Важливо вводити ці зміни поступово, оскільки різке навантаження на організм і психіку може викликати додатковий стрес. Поступовість дає змогу адаптуватися та закріпити нові звички, що сприятиме покращенню загального самопочуття.

Фізичні навантаження, навіть легкі прогулянки, сприяють підвищенню рівня ендорфінів, що допомагає поліпшити настрій та знизити тривожність [59; 60]. Творчі заняття, як малювання, музика чи письмо, не тільки сприяють релаксації, але й допомагають вивільнити емоції та створюють відчуття самовираження. Правильне харчування відіграє важливу роль у підтримці енергії та стабільності настрою, забезпечуючи організм необхідними вітамінами та мінералами, які, згідно з дослідженнями, можуть безпосередньо впливати на психоемоційний стан [92]. Режим дня, зокрема нормалізація сну, допомагає встановити стабільність біологічних ритмів, що сприяє зниженню симптомів депресії та тривожних розладів [61].

Доведено, що всі ці компоненти значно покращують стан осіб з депресією. Наприклад, фізичні вправи допомагають не тільки покращити фізичну форму, але й знижують рівень кортизолу (гормону стресу) і сприяють виробленню серотоніну та дофаміну, що покращують настрій. Творчість допомагає вивільнити емоційне напруження, а правильне харчування та режим сну підтримують стабільність настрою і знижують загальну вразливість до стресових факторів.

Дослідження у галузі психотерапії та неврології підтверджують ефективність таких змін. Згідно з дослідженнями Американської асоціації психіатрії, регулярна фізична активність може бути настільки ж ефективною у лікуванні депресії, як і медикаментозна терапія. Також багато досліджень показують, що творчі підходи у психотерапії значно знижують рівень тривожності та покращують емоційний стан .

Негативні автоматичні думки (НАД) – це один із найбільш серйозних ваших ворогів. значущих ворогів на шляху до емоційного благополуччя. Існує безліч технік і методик для їх опрацювання, і в додатку ____ ви знайдете комплексний підхід до роботи з НАД. Пропонуємо ще один корисний метод, який допоможе вам їх розпізнати та опрацювати [42].

Перший крок – це виявлення цих думок. Протягом певного часу записуйте негативні думки, що виникають у вас, намагаючись фіксувати їх максимально близько до моменту їх появи. Якщо під рукою немає блокнота чи таблиці, скористайтесь нотатками в телефоні, а пізніше перенесіть інформацію у таблицю для детального аналізу. Вам не потрібно витратити на це весь свій час, достатньо записувати всі думки – достатньо 2-3 найхарактерніших або найбільш повторюваних.

У таблиці зазначайте дату і час, коли відчули погіршення настрою, опишіть ситуацію (наприклад, де та з ким ви були і що трапилось тощо), а також опишіть свої емоції. Якщо складно розпізнати емоції, скористайтесь картою емоцій з додатка Є. Оцініть інтенсивність емоцій за шкалою від 0 до 100, і зафіксуйте негативні думки, оцінюючи рівень їх правдивості від 0 (повністю неправда) до 100 (абсолютна правда). Іноді думки приходять до нас через фантазії та картинки, в такому випадку опишіть те, що на вашу думку вам хоче сказати ця думка. Приклад подано у таблиці 3.17 нижче.

Таблиця 3.17

**Приклад заповнення таблиці для відстеження негативних
автоматичних думок**

Дата, час	Ситуація	Сила емоцій (0-100)	Думки, переконання (0-100)
01.06 10:00	Діти погано поводились	Злість (50) Сум (80)	«Діти завжди погано поведуться» (75%) «Я дуже погана мама»

Коли ви виявили ці думки, необхідно знайти спосіб відволіктись від них. Ось кілька методів, які можуть допомогти:

1. Займіться активністю, яка приносить вам задоволення (спорт, творчість, медитація, хобі).
2. Відновіть або створіть нові приємні ритуали.
3. Використовуйте техніки концентрації, такі як підрахунок об'єктів за спільною ознакою (наприклад, червоні машини або круглі речі), або спробуйте техніку «5-4-3-2-1» для заземлення, яку ви знайдете у додатку Ж, яка може бути корисною й під час панічних атак.

Ці стратегії є короткостроковими, тому варто переходити до наступного етапу – перевірки та випробування думок. Для цього можна залучити довірену людину, щоб отримати зовнішній погляд на ситуацію. Далі проаналізуйте, чи присутні у вас «помилки мислення». Запишіть докази, які підтверджують або спростовують вашу думку, і знайдіть альтернативні способи мислення. Для остаточної перевірки своєї думки проведіть поведінковий експеримент: зробіть те, про що думаєте.

Після цього потрібно вирішити проблему або переконатися, що її вирішення неможливе. Для цього: визначте проблему, знайдіть кілька можливих варіантів її вирішення і виберіть найкращий, використовуючи метод «за та проти». Створіть план для досягнення цього рішення, розбивши його на кроки. Зробивши перший крок, проаналізуйте його результати і продовжуйте діяти за цією схемою (крок-аналіз, крок-аналіз), поки не вирішите проблему або не переконаєтеся, що вона невирішувана.

Зрештою, важливо розуміти, що не всі техніки підходять однаково для всіх, оскільки кожна людина унікальна. Однак, якщо ви не спробуєте, ви ніколи не дізнаєтесь, що саме вам підходить.

Поряд із техніками самодопомоги, важливо звертати увагу на те, як ваше оточення може впливати на процес одужання. Оточення відіграє важливу роль у підтримці під час депресивних станів, адже воно може або сприяти вашому відновленню, або, навпаки, підсилювати негативні стани. Тому варто залучати найближчих людей до процесу вашого одужання, що може значно покращити результати.

Підтримка від родини та друзів є одним із ключових факторів у процесі виходу з депресії. Важливо розуміти, що близькі можуть бути не лише джерелом емоційної допомоги, але й допомагати вам підтримувати здорові звички, що сприятимуть покращенню стану. Для цього важливо відкрито говорити про свої почуття та потреби, пояснювати, чого очікуєте від близьких. Активне слухання, безоцінкове ставлення та надання часу для розмови без тиску – це ті інструменти, які допомагають підтримати людину в депресивному стані. Також важливо розпізнавати, коли слід звернутись до професіонала, особливо якщо стан не покращується або погіршується. Навчання оточення базовим навичкам психологічної підтримки може значно знизити стресовий фон і допомогти у процесі одужання.

Ще одним ефективним підходом до подолання депресії є використання методик усвідомленості (майндфулнес). Це практики, що допомагають людині зосереджуватися на моменті «тут і зараз», дозволяючи краще контролювати емоційні реакції і знижувати рівень стресу. Майндфулнес вчить бути уважним до своїх думок, емоцій та фізичних відчуттів, не оцінюючи їх, а приймаючи такими, як вони є. Регулярна практика усвідомленості допомагає знижувати інтенсивність негативних думок та автоматичних реакцій, розвиває навички управління стресом і підвищує рівень самосвідомості, що сприяє покращенню загального психоемоційного стану.

Одним із ключових компонентів відновлення є встановлення досяжних і реалістичних цілей. У депресивному стані виконання навіть найпростіших завдань може здаватися надмірно складним, тому важливо починати з малого. Складання списку щоденних або тижневих цілей, які можна досягнути, допомагає підвищити відчуття контролю над життям і додати мотивації до дій. Наприклад, це можуть бути такі прості речі, як прогулянка на свіжому повітрі або приготування здорового обіду. Кожне досягнення, яким би малим воно не було, допомагає побудувати позитивну динаміку і додати віри в себе, що є важливим елементом у процесі одужання.

Отже, для виходу з депресивного стану важливо усвідомити свій емоційний стан та впроваджувати поступові зміни у повсякденне життя. Фізична активність, творчі заняття, підтримка близьких, правильне харчування та дотримання режиму дня сприяють поліпшенню психоемоційного здоров'я. Особливу увагу слід приділити самодопомозі, роботі з негативними думками та підтримці мотивації через встановлення досяжних цілей, що допоможе поступово відновити внутрішню рівновагу і подолати депресивні симптоми.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі було представлено опис, результати та аналіз впровадження корекційної програми, спрямованої на зниження рівня депресії та покращення психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку. Програма, що включала вісім групових занять і додаткові індивідуальні консультації, продемонструвала позитивний вплив на учасників експериментальної групи. Було виявлено значне зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, що свідчить про успішне засвоєння технік управління стресом і покращення емоційного самоконтролю.

Результати також показали суттєві покращення за шкалами доброзичливості до світу і людей, справедливості, самооцінки і самоконтролю, що свідчить про позитивні зміни в сприйнятті респондентами оточуючого світу

та власної особистості. Ці зміни можна пояснити ефективністю використання когнітивно-поведінкових технік і психотерапевтичної підтримки в процесі подолання депресивних станів. За допомогою шкали депресії В. Занга та А. Бека було підтверджено зменшення кількості осіб із депресивними симптомами.

Порівняння результатів з контрольної групи, яка не проходила корекційної програми, виявило відсутність значущих змін. Учасники контрольної групи продовжували демонструвати високі рівні тривожності і депресії, що вказує на важливість втручання у процес емоційної підтримки та допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Статистичний аналіз за допомогою t-критерію Стьюдента підтвердив ефективність програми, зокрема в аспектах зниження тривожності та депресивних станів. Хоча зміни в рівні самооцінки потребують подальшого дослідження та додаткових індивідуальних підходів, загальні результати підтверджують ефективність розробленої програми для покращення психоемоційного стану респондентів.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретико-методологічний підхід до дослідження депресії серед внутрішньо переміщених осіб раннього дорослого віку. Визначено класичні симптоми депресії, розглянуто її нейробіологічні та нейрофізіологічні детермінанти, а також виділено основні фактори розвитку депресії в умовах війни. Констатувальний експеримент підтвердив потребу в розробці та апробації корекційної програми, що було здійснено в межах дослідження.

Виходячи з завдань дослідження, сформульовано такі висновки:

1) Аналіз теоретичних і методологічних підходів визначив депресію як складний афективний стан, що включає тривале зниження настрою, когнітивні та мотиваційні порушення, а також фізіологічні дисфункції, такі як втомлюваність, порушення сну, апетиту, нерішучість і песимістичне сприйняття майбутнього. Депресія, що має генетичні, нейробіологічні, соціальні й психологічні причини, потребує комплексного лікування з використанням психотерапії та медикаментозної підтримки. Зростання депресії серед внутрішньо переміщених осіб в Україні під час війни підкреслює важливість своєчасної діагностики та втручання. Науковці, такі як К. Абрахам, А. Бек та інші, наголошують на необхідності врахування когнітивних, міжособистісних і психосоматичних чинників для розробки ефективних терапевтичних стратегій в умовах війни й вимушеної міграції.

2) Вивчення нейрофізіологічних та нейробіологічних особливостей депресії показує, що вона супроводжується змінами в біохімічних процесах мозку, зокрема дисфункцією нейромедіаторів (серотонін, дофамін, норадреналін). Це знижує активність мозкових структур, відповідальних за регуляцію настрою та мотивації. Тривалий стрес також може спричиняти структурні зміни, зокрема зменшення гіпокампу, що впливає на пам'ять і здатність до навчання. Такі зміни виявляються через емоційну вразливість, когнітивні та фізіологічні порушення, що потребують комплексного лікування та реабілітації.

3) Війна суттєво підвищує ризик розвитку депресії у ВПО через хронічний стрес, травматичні переживання та втрату соціальних зв'язків. Внутрішньо переміщені особи особливо вразливі до депресії через тривалий стрес і відчуття безвиході. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики та психологічної підтримки для збереження їх психоемоційного здоров'я.

4) На основі аналізу психологічних детермінант депресії у ВПО було сформовано психодіагностичний комплекс методик: оцінка тривожності (Спілбергер-Ханін) для розуміння реакцій на стрес, шкала базових переконань про світ (Янов-Бульман) для виявлення когнітивних проблем, шкали депресії (Занг, Бек) для оцінки стану та інтенсивності симптомів, а також методика самооцінки (Будассі). Високий рівень тривожності, депресії та неадекватної самооцінки респондентів підтвердив потребу у розробці психокорекційної програми.

5) Корекційно-відновлювальна програма продемонструвала свою ефективність, про що свідчать позитивні зміни в показниках психоемоційного стану респондентів, які були оцінені за допомогою обраного психодіагностичного комплексу методик. Після завершення програми відзначено покращення в аспектах самооцінки, емоційної регуляції та міжособистісних комунікацій.

Аналіз даних, отриманих до та після проведення корекційних заходів, із застосуванням t-критерію Стюдента для залежних вибірок виявив статистично значущі зміни на рівні $p=0,05$ та $p=0,01$ за показниками ситуативної та особистісної тривожності та депресії. Це свідчить про успішність корекційної роботи з особами, які мають підвищений ризик депресивних розладів, підтверджуючи необхідність подальшого впливу на виявлені фактори. Отримані результати підкреслюють важливість тривалих інтервенцій у рамках наступних досліджень, зокрема, у лонгітюдному аспекті, що підтверджується виявленими кореляційними зв'язками між самооцінкою, тривожністю та іншими психологічними аспектами, що впливають на загальний психоемоційний стан респондентів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андріяш В., Громадська Н., Малікіна О. Основні проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 4(70). С. 5–12. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-4\(70\)-1](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-4(70)-1) (дата звернення: 03.11.2024).
2. Біскуп М., Волинець Н. Психологічні заходи підвищення стресостійкості внутрішньо переміщених осіб. *Grail of science*. 2024. № 40. С. 521–526. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.06.2024.088> (дата звернення: 03.11.2024).
3. Біскуп М., Волинець Н. Соціально-психологічний портрет внутрішньо переміщених осіб. *Grail of science*. 2024. № 40. С. 533–535. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.06.2024.091> (дата звернення: 03.11.2024).
4. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції : наук. доп. / ред. О. Балакірева. Київ : ДУ «Ін-т економіки та прогнозування НАН України», 2016. 140 с. URL: <http://ief.org.ua/docs/sr/295.pdf> (дата звернення: 02.11.2024).
5. Вікова і педагогічна психологія: навч. посіб. / В. М. Поліщук. Суми : «Університська книга», 2019. 352 с.
6. Вікова психологія : навч. посіб. / О. Сергєєнкова та ін. Київ : «Центр учб. літ.», 2012. 376 с.
7. Власова Т. М. Психокорекція стресових станів у жінок-ВПО. URL: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/21172> (дата звернення: 02.11.2024).
8. Войналович І., Кримова М., Щетініна Л. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні. *Соціально-трудова відносини: теорія та практика*. 2014. № 2(8). С. 250–257.
9. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62–65.

10. Діброва В. Особистісне майбутнє внутрішньо переміщених осіб: стратегії конструювання. *Проблеми політичної психології*. 2023. Т. 13. URL: <https://doi.org/10.33120/popp-vol13-year2023-130> (дата звернення: 02.11.2024).
11. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник МНУ ім. В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. № 1 (16). С. 77–81. URL: <http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/psihol-visnik-16-2015-15.pdf> (дата звернення: 02.11.2024).
12. Михлюк Е., Логовський І. Психологічні особливості життєстійкості внутрішньо переміщених осіб. *Disaster and crisis psychology problems*. 2024. № 7. URL: <https://doi.org/10.52363/dcpr-2024.1.8> (дата звернення: 02.11.2024).
13. Опитувальник депресії бека. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/ШКАЛА-ДЕПРЕСІЇ-БЕКА_21.pdf (дата звернення: 02.11.2024).
14. Орос М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. № 2 (154). URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2023/05/5271.pdf> (дата звернення: 02.11.2024).
15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. Т. 3. 236 с.
16. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / ред. Л. Царенко. Київ, 2018. Т. 2. 240 с.
17. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. / ред. Н. Пророк. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.
18. Панько Т. Депресія і війна. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2023. № 1(64). С. 10–11. URL: <https://health-ua.com/multimedia/7/2/4/2/4/1683041284.pdf> (дата звернення: 02.11.2024).

19. Психологічний словник. *Інституційний репозиторій Київського університету ім. Б. Грінченка*. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf (дата звернення: 02.11.2024).
20. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності / пер. з нім. О. Кушніков. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.
21. Рего С., Фейдер С. Когнітивно-поведінкова терапія для психічного здоров'я. Робочий зошит. Науково обґрунтовані вправи для перетворення негативних думок та управління своїм благополуччям. Київ : Наук. світ, 2024. 172 с.
22. Родіна Н. Методи наукових досліджень, аналіз та презентація результатів дослідження. Одеса : Національний ун-т ім. І.І.Мечнікова, 2021. 32 с. URL: https://onu.edu.ua/pub/bank/userfiles/files/edu-programm/psy/053phd2020/MR_Metody_naukovykh_doslidzhen_analiz_ta_prezentatsiia_rezultativ_doslidzhennia.pdf (дата звернення: 02.11.2024).
23. Словник психологічних термінів. Національний фармацевтичний університет. URL: <https://nuph.edu.ua/slovník-psihologichnih-terminiv/> (дата звернення: 02.11.2024).
24. Сміт Дж. Чому мені раніше цього не казали? Стратегія спокійного життя в буремні часи / пер. з англ. Д. Кожедуб. Харків : Книжк. клуб «Клуб Сімейн. Дозвілля», 2023. 256 с.
25. Содомора А. Депресія // Zbruc. URL: <https://zbruc.eu/node/114449> (дата звернення: 02.11.2024).
26. Спринська З. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 6. С. 50–56. URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2018/11.pdf (дата звернення: 02.11.2024).
27. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. Луцьк : Волинський національний ун-т ім. Л. Українки, 2011. 260 с.
28. Фукс К. Депресія: чому хвороба викладає сором?. *Український тиждень*. 2019. № 31 (611), 2-8.08.2019. С. 54–55.

29. Чайка Г. В. Український переклад методики вивчення фундаментальних припущень Р. Янов-Бульман. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: психологія*. 2024. Т. 35 (74), № 2. С. 18–24.
30. Шагар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник: близько 2500 термінів. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
31. Шкала депресії Бека // Cognitive behavioural therapy. URL: <https://cbt-therapist.net/BDI> (дата звернення: 02.11.2024).
32. A.Beck Diagnosis and management of depression. *University of Pennsylvania Press*, 1973.
33. About UNHCR in Ukraine. The UN Refugee Agency. URL: <https://help.unhcr.org/ukraine/about-unhcr-in-ukraine/> (date of access: 02.11.2024).
34. Abraham K. Selected papers on psychoanalysis. Routledge, 1988. 528 p. URL: <https://www.ccmps.net/PT10/ABRAHAM.PAPERS.pdf> (date of access: 02.11.2024).
35. Andersson G. Internet treatments for depression: adults. *Internet-Delivered CBT*. London, 2024. P. 112–115. URL: <https://doi.org/10.4324/9781003453444-23> (date of access: 03.11.2024).
36. Andersson G. Internet treatments for depression: older adults. *Internet-Delivered CBT*. London, 2024. P. 116–118. URL: <https://doi.org/10.4324/9781003453444-24> (date of access: 03.11.2024).
37. Beck A. T., Alford B. A. Depression: causes and treatment. University of Pennsylvania Press, 2014. 432 p.
38. Belmaker R. H., Agam G. Major depressive disorder. *New England journal of medicine*. 2008. Vol. 358, no. 1. P. 55–68. URL: <https://doi.org/10.1056/nejmra073096> (date of access: 02.11.2024).
39. Bettouche N. Overcoming depression: depression solution. Independently Published, 2020.
40. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, 2011. 744 p.

41. Brain changes in depression / S. C. Trifu et al. *Romanian journal of morphology and embryology*. 2020. Vol. 61, no. 2. P. 361–370. URL: <https://doi.org/10.47162/rjme.61.2.06> (date of access: 02.11.2024).
42. Brown L. A., Foa E. B. CBT for PTSD. Evidence-Based treatment for anxiety disorders and depression. 2021. P. 177–194. URL: <https://doi.org/10.1017/9781108355605.012> (date of access: 03.11.2024).
43. Burchynskyi S. H. Depression, anxiety and sleep disturbances: how to get out of the vicious circle. *International neurological journal*. 2022. T. 18, № 3. C. 25–29. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.3.2022.950> (date of access: 02.11.2024).
44. Cavanagh K., Strauss C. Working with depression. Clinical psychology. Third edition. New York: Routledge, 2021., 2020. P. 91–109. URL: <https://doi.org/10.4324/9780429059537-9> (date of access: 03.11.2024).
45. Chronic and persistent depression. CBT for depression: an integrated approach. London, 2019. P. 174–200. URL: <https://doi.org/10.4135/9781526452351.n9> (date of access: 03.11.2024).
46. Chronicles of conflict: a psychological overview of the impacts of war / A. Chatterjee et al. *OxJournal*. 2024. URL: <https://www.oxjournal.org/chronicles-of-conflict-a-psychological-overview-of-the-impacts-of-war/> (date of access: 02.11.2024).
47. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) may not be superior to other treatments for chronic depression: correspondence / T. D. Habtewold et al. *Journal of affective disorders*. 2022. Vol. 308. P. 188–189. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.049> (date of access: 02.11.2024).
48. Cognitive therapy of personality disorders / ed. by F. A. M, D. D. D. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2004. 412 p.
49. Corticosteroid receptor function is decreased in depressed patients / S. Modell et al. *Neuroendocrinology*. Vol. 65, no. 3. P. 216–222. URL: <https://karger.com/nen/article-abstract/65/3/216/224975/Corticosteroid->

- Receptor-Function-Is-Decreased-in?redirectedFrom=fulltext (date of access: 02.11.2024).
50. Davidson K. M. Cognitive therapy for personality disorders. Oxford University Press, 2017. URL: <https://doi.org/10.1093/med/9780199997510.003.0017> (date of access: 02.11.2024).
 51. Depression rates by country 2024. Country Cassette. URL: <https://countrycassette.com/depression-rate-by-country/> (date of access: 02.11.2024).
 52. Depression. APA Dictionary of Psychology. URL: <https://dictionary.apa.org/depression> (date of access: 31.10.2024).
 53. Depression. Clinical psychology. 2012. P. 185–224. URL: <https://doi.org/10.4324/9780203097632-13> (date of access: 03.11.2024).
 54. Depression. Psychology Today. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/basics/depression> (date of access: 02.11.2024).
 55. Depressive disorder (depression). World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (date of access: 02.11.2024).
 56. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / ed. by American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
 57. Donnelly P. Progress and challenges in genome-wide association studies in humans. *Nature*. 2008. Vol. 456, no. 7223. P. 728–731. URL: <https://doi.org/10.1038/nature07631> (date of access: 02.11.2024).
 58. Early life adversity is associated with brain changes in subjects at family risk for depression / A. Carballedo et al. *The world journal of biological psychiatry*. 2012. Vol. 13, no. 8. P. 569–578. URL: <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.661079> (date of access: 02.11.2024).

59. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials / M. Noetel et al. *BMJ*. 2024. P. e075847. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847> (date of access: 02.11.2024).
60. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews / B. Singh et al. *British journal of sports medicine*. 2023. P. bjsports-2022-106195. URL: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195> (date of access: 02.11.2024).
61. Effects of physical activity and sedentary time on depression, anxiety and well-being: a bidirectional Mendelian randomisation study / F. Casanova et al. *BMC medicine*. 2023. Vol. 21, no. 1. 501. URL: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03211-z> (date of access: 02.11.2024).
62. Juruena M. Stress as a model for neurobiology of depression. *Journal of systems and integrative neuroscience*. 2018. Vol. 4, no. 2. URL: <https://doi.org/10.15761/jsin.1000197> (date of access: 02.11.2024).
63. Gamlin A. Depression. *Encyclopedia of religious psychology and behavior*. Cham, 2024. P. 1–24. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-031-38971-9_175-1 (date of access: 03.11.2024).
64. Gamma-aminobutyric acid (GABA): what it is, function & benefits. Cleveland Clinic. URL: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/22857-gamma-aminobutyric-acid-gaba> (date of access: 02.11.2024).
65. Grobler G. Major depressive disorder. *South African journal of psychiatry*. 2013. Vol. 19, no. 3. P. 7. URL: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v19i3.946> (date of access: 02.11.2024).
66. Hapon A. Somatic depression: medical and psychological support. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2023. Vol. 8, no. 2. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i2.432> (date of access: 03.11.2024).
67. Hjelle L. A., Ziegler D. J. *Personality theories: basic assumptions, research and applications*. McGraw-Hill Publishing Co., 1992. 624 p.

68. How depression affects the brain. Yale Medicine. URL: <https://www.yalemedicine.org/news/neurobiology-depression> (date of access: 02.11.2024).
69. Human Impact Assessment reveals stark consequences of war on Ukrainian society. UNDP. URL: <https://www.undp.org/ukraine/press-releases/human-impact-assessment-reveals-stark-consequences-war-ukrainian-society> (date of access: 02.11.2024).
70. IL-1 β , IL-6, TNF- α and CRP in elderly patients with depression or Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis / A. Ng та ін. Scientific reports. 2018. T. 8, № 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-30487-6> (date of access: 02.11.2024).
71. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression / N. Risch et al. *Jama*. 2009. Vol. 301, no. 23. P. 2462. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.878> (date of access: 02.11.2024).
72. Internally displaced persons (Ukraine). Operational Data Portal. URL: <https://data.unhcr.org/en/country/ukr> (date of access: 02.11.2024).
73. Kärchner H., Schöne C., Schwinger M. Beyond level of self-esteem: exploring the interplay of level, stability, and contingency of self-esteem, mediating factors, and academic achievement. *Social psychology of education*. 2021. Vol. 24, no. 2. P. 319–341. URL: <https://doi.org/10.1007/s11218-021-09610-5> (date of access: 31.10.2024).
74. Kendler K., Thornton L., Prescott C. A. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *The American journal of psychiatry*. Vol. 158, no. 4. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.587> (date of access: 02.11.2024).
75. Kim Y.-K., Ham B.-J., Han K.-M. Interactive effects of genetic polymorphisms and childhood adversity on brain morphologic changes in depression. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2019. Vol. 91. P. 4–13. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.03.009> (date of access: 02.11.2024).

76. Kupfer D. J., Frank E., Phillips M. L. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Focus*. 2016. Vol. 14, no. 2. P. 266–276. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140208> (date of access: 02.11.2024).
77. Lee S.-H., Cho S. J. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. Major depressive disorder. Singapore, 2021. P. 295–310. URL: https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0_16 (date of access: 03.11.2024).
78. McCullough J. P. Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). The Guilford Press, 2003. 326 p.
79. McIntosh A. M., Whalley H. C., Lawrie S. M. Genetics and neurobiology of anxiety and depression. *European psychiatry*. 2015. Vol. 30. P. 117. URL: [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)30097-3](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30097-3) (date of access: 02.11.2024).
80. Mental disorders. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (date of access: 02.11.2024).
81. Mineralocorticoid receptor function in major depression / E. A. Young et al. *Archives of general psychiatry*. Vol. 60, no. 1. P. 24–28. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207101> (date of access: 02.11.2024).
82. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. / F. Charlson et al. *Lancet*. 2019. No. 394(10194). P. 240–248. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31200992/> (date of access: 02.11.2024).
83. O’Leary K. Culturally adapted CBT for postnatal depression. *Nature medicine*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1038/d41591-024-00077-3> (date of access: 03.11.2024).
84. Ordway G. A. Suicide, depression, and brain biology. 2016. URL: <https://dc.etsu.edu/etsu-works/8662> (date of access: 03.11.2024).

85. Palazidou E. The neurobiology of depression. *Brithish medical bulletin*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22334281/> (date of access: 02.11.2024).
86. Pariante C. M., Lightman S. L. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends in neurosciences*. Vol. 31, no. 9. P. 464–468. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.06.006> (date of access: 02.11.2024).
87. Post-traumatic stress, prevalence of Temporomandibular Disorders in war veterans: systematic review with meta-analysis / G. Minervini et al. *Journal of oral rehabilitation*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1111/joor.13535> (date of access: 02.11.2024).
88. 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. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.978703> (date of access: 02.11.2024).
89. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis / S. H. Ahmed et al. *General psychiatry*. 2024. Vol. 37, no. 3. P. e101438. URL: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101438> (date of access: 02.11.2024).
90. Rhea B. Depression book : how to fight depression: situational depression. Independently Published, 2021.
91. Rondón Bernard J. E. Depression: a review of its definition. *MOJ addiction medicine & therapy*. 2018. Vol. 5, no. 1. URL: <https://doi.org/10.15406/mojamt.2018.05.00082> (date of access: 02.11.2024).
92. Rössler W. Nutrition, sleep, physical exercise: impact on mental health. *European Psychiatry*. 2016. Vol. 33, S1. P. 12. URL: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.804> (date of access: 02.11.2024).
93. Stroud L. R., Salovey P., Epel E. S. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biological psychiatry*. Vol. 52, no. 4. P. 318–

327. URL: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01333-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01333-1) (date of access: 02.11.2024).
94. Sullivan P. F., Neale M. C., Kendler K. S. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. Vol. 157, no. 10. P. 1552–1562. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552> (date of access: 02.11.2024).
95. The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans / C. Heim et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2008. Vol. 33, no. 6. P. 693–710. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008> (date of access: 02.11.2024).
96. The role of self-esteem in depression: a longitudinal study / S. Hilbert et al. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 2018. Vol. 47, no. 2. P. 244–250. URL: <https://doi.org/10.1017/s1352465818000243> (date of access: 31.10.2024).
97. The treatment of chronic depression, part 1: study design and rationale for evaluating the comparative efficacy of sertraline and imipramine as acute, crossover, continuation, and maintenance phase therapies / A. J. Rush et al. *Journal of clinical psychiatry*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9862605/> (date of access: 02.11.2024).
98. Tracking functional brain changes in patients with depression under psychodynamic psychotherapy using individualized stimuli / D. Wiswede et al. *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9, no. 10. P. e109037. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109037> (date of access: 02.11.2024).
99. Varner F. E., Bastian K., Cowan R. L. Depression. Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology. 2024. URL: <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-95702-1.00034-8> (date of access: 03.11.2024).
100. What happens to the brain during depression - transformations center. Transformations Treatment Center. URL: <https://www.transformationstreatment.center/treatment/what-happens-to-the-brain-during-depression/> (date of access: 02.11.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Вправа для роботи з тривожністю «9+5»

1. Назви свою тривогу та думку, яка до неї призвела. (Розпиши детально, а не одним реченням; спробуй пояснити більш широко чому ти відчуваєш тривогу саме через це).

2. Назви саме ту, одну думку, яка викликає у тебе найбільше тривоги.

3. Наскільки ці правила працюють на тебе? Чи допомагають вони тобі бути кращим? Чи допомагають вони взагалі хоч у чомусь?

4. Які докази ти можеш навести, щоб довести правдивість цієї думки? Які докази можеш навести проти цієї думки?

<i>Докази на користь думки</i>	<i>Докази проти думки</i>

5. Чи не піддаєшся ти впливу когнітивних виправлень?

Список когнітивних викривлень:

- **Фільтрування:** чи не зосереджуєтесь ви лише на одному негативі, повністю ігноруючи позитивні факти і події в ситуації?
- **Чи не мислите ви чорно-біло?** Це мислення за принципом «все або нічого», без місця для чогось середнього. Наприклад ви можете вважати себе повним невдахою, замість того, щоб просто визнати, що ви можете бути некваліфікованими в одній сфері.
- **Надмірне узагальнення:** взяття окремого випадку або моменту часу, та використання його як єдиного доказу для загального висновку. Наприклад, ви можете концентруватись лише на одній, останній, невдалій співбесіді повністю ігноруючи кілька попередніх, які були хорошими.
- **Катастрофізація.** Чи не впадаєте ви в крайнощі і розглядаєте лише найгірший вихід з усіх можливих?
- **Персоналізація.** Тобто звинувачувати в усіх бідах виключно себе, ігноруючи зовнішні чинники або дії інших людей.
- **Емоційне міркування.** Чи не плутаю я думку з фактом? Я роблю свій висновок переважно на своїх почуттях чи на правдивих доказах? Наприклад, люди часто можуть думати що вони негарні, або нав'язливі хоча ніхто ніколи їм такого не казав в дійсності. Вони прийняли як факт просто свої почуття, а не реальність.
- **Не давати собі шанс на помилку.** Хоча нам усім подобається бути правими, це викривлення змушує нас думати, що ми маємо бути праві, замість того, щоб сказати "так, я помилився, всі інколи помиляються, головне як я буду діяти далі"

6. Як часто це трапляється з іншими людьми? Чи можуть інші люди по-різному інтерпретувати ту саму ситуацію, і якими можуть бути ці інтерпретації.

7. Чи розглядаєш ти всі релевантні докази чи лише ті, які підтверджують твою віру? Намагайся бути максимально об'єктивним.

8. Чи є у тебе досвід, який би якийсь суперечив твоїм думкам? Розкажи про нього. Скільки разів ти передбачав такий результат і скільки разів він справді відбувся?

Перечитай всі свої попередні відповіді як одну, суцільну розповідь.

9. Пропиши всі можливі варіанти розвитку подій. Що б ти робив в кожній з них? Важливо уявити також і найгірший сценарій: розігрування цього сценарію може допомогти зрозуміти, що навіть якщо все, чого ти боїшся, збудеться, а результат все одно буде керованим

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Додаткові питання:

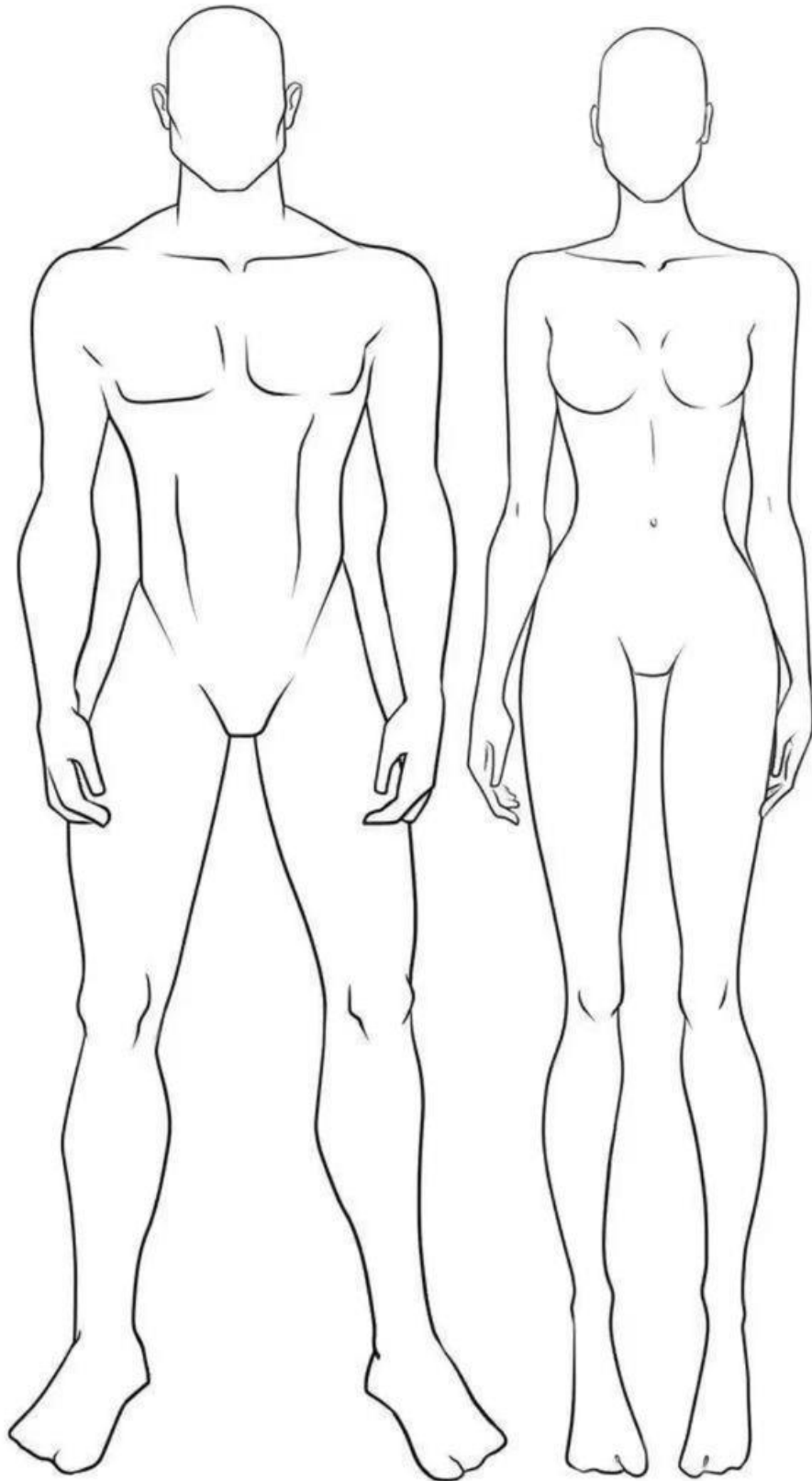
1. Чи стикався я з чимось подібним чи гіршим у минулому? Хто? Як він справляється?

2. Наскільки це вплине на твоє життя?

3. Чи знаєш ти людей, які мали справу з чимось подібним? Розкажи про це.

4. Чи знаєш ти когось, до кого міг би звернутися по допомогу чи підтримку, якщо найгірший сценарій справдиться? Хто б це міг бути?

5. Склади список усіх речей, які тобі доведеться зробити, якщо ти зіткнешся зі своїм страхом.

Бланк з контурами людської фігури до вправи «Карта емоцій»

Додаток В

Бланк для складання тижневого плану активності

Початковий аналіз:

1. Оцініть свій поточний рівень активності:

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

2. Виділіть сфери, де ви відчуваєте найбільшу пасивність або апатію:

Найменш активна сфера: _____

Почуття або думки, які пов'язані з цією сферою: _____

Складання плану на тиждень:

День 1:

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 2

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 3

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 4

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 5

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 6

Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

День 7

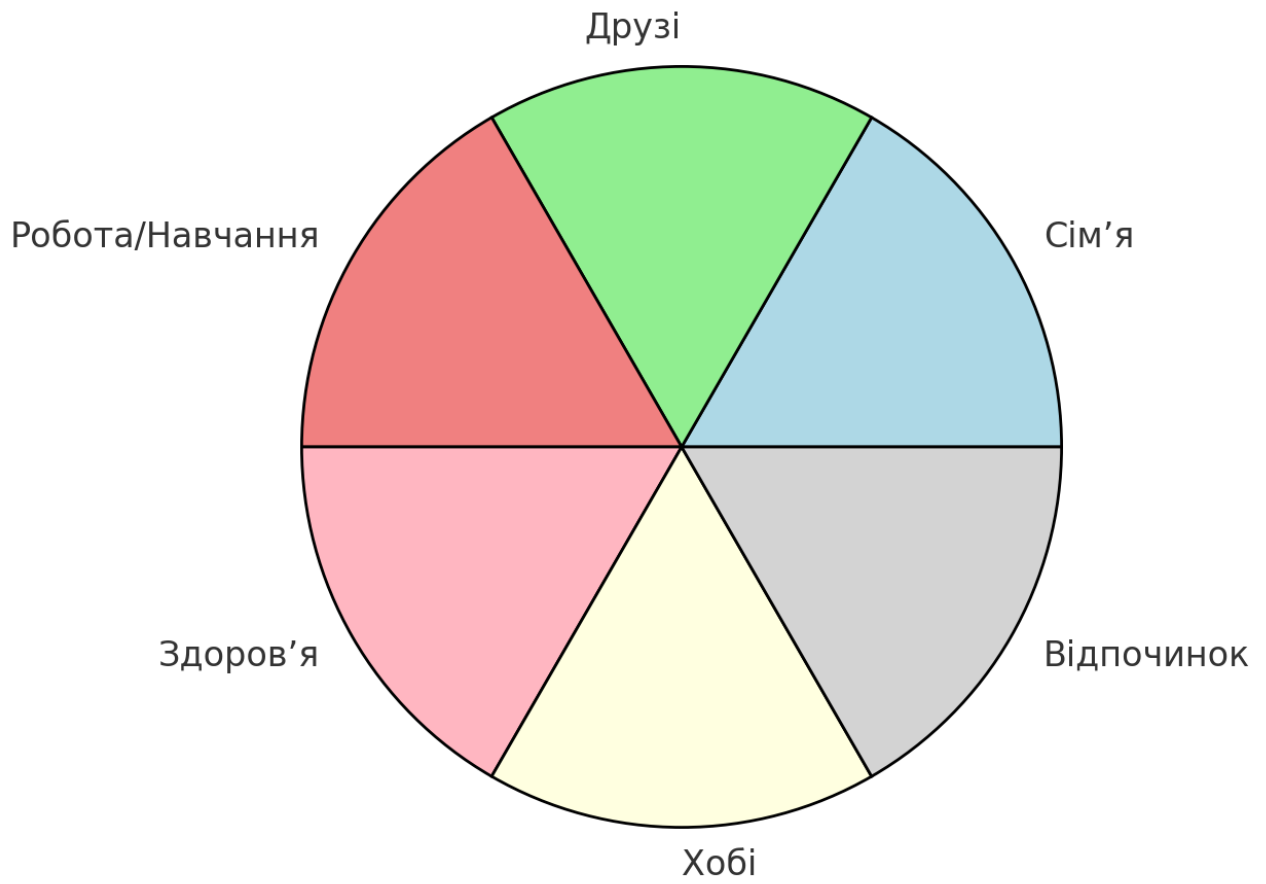
Фізична активність: _____

Соціальна взаємодія: _____

Хобі: _____

Самообслуговування: _____

Колесо підтримки



Додаток Д

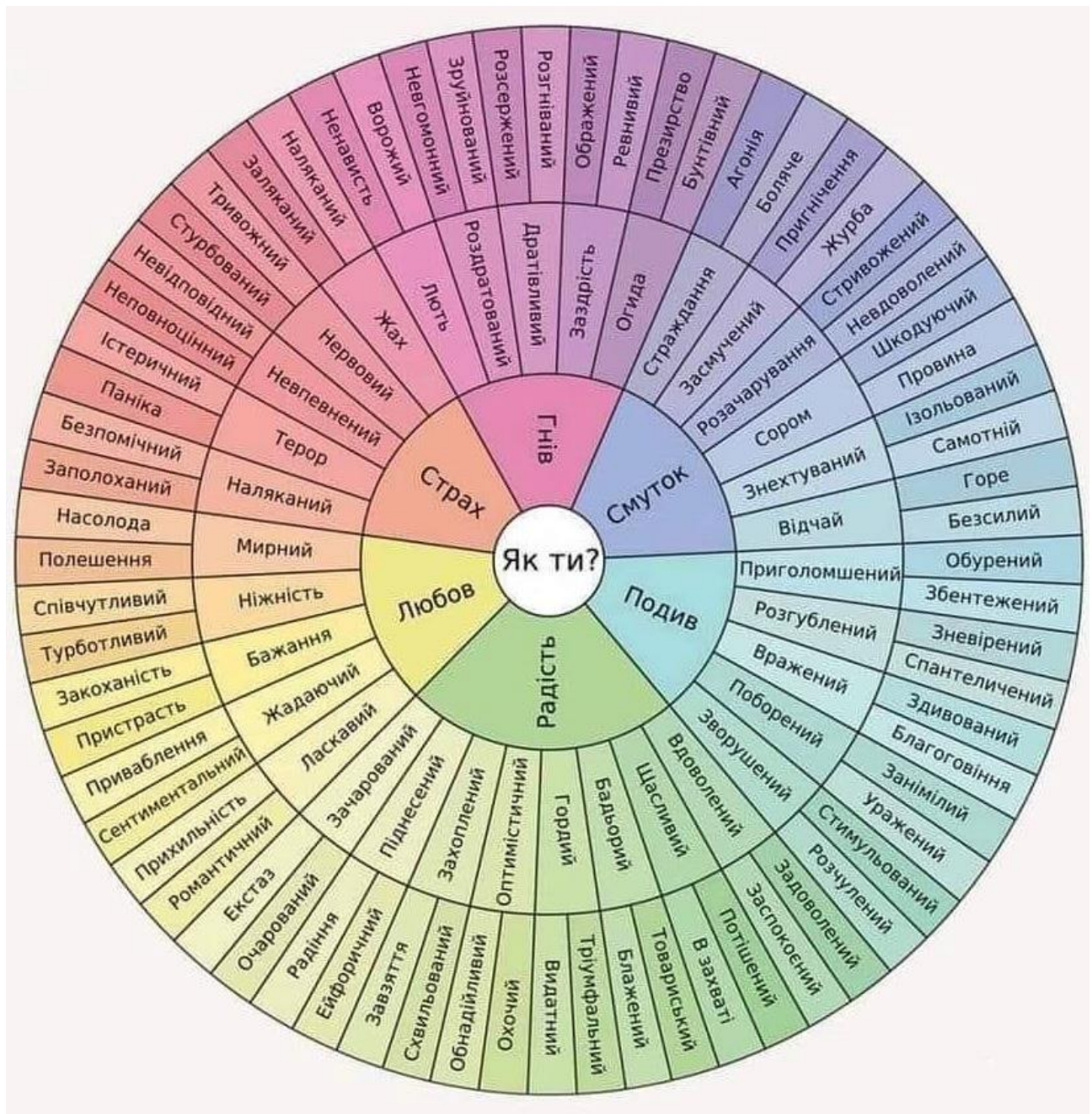
Стандартні значення критерію Стьюдента

Число ступенів свободи	Рівень значущості			Число ступенів свободи	Рівень значущості		
	0,95	0,99	0,999		0,95	0,99	0,999
1	12,71	63,66	636,62	19	2,09	2,86	3,88
2	4,30	9,92	31,60	20	2,09	2,85	3,85
3	3,18	5,84	12,94	21	2,08	2,83	3,82
4	2,78	4,60	8,61	22	2,07	2,82	3,79
5	2,57	4,03	6,86	23	2,07	2,81	3,77
6	2,45	3,71	5,96	24	2,06	2,80	3,74
7	2,36	3,50	5,40	25	2,06	2,79	3,72
8	2,31	3,36	5,04	26	2,06	2,78	3,71
9	2,26	3,25	4,78	27	2,05	2,77	3,69
10	2,23	3,17	4,59	28	2,05	2,76	3,66
11	2,20	3,11	4,49	29	2,05	2,76	3,66
12	2,18	3,05	4,32	30	2,05	2,76	3,66
13	2,16	3,01	4,22	35	2,04	2,75	3,65
14	2,14	2,98	4,14	40	2,02	2,70	3,55
15	2,13	2,95	4,07	60	2,00	2,66	3,46
16	2,12	2,92	4,01	120	1,98	2,62	3,37
17	2,11	2,90	3,96	∞	1,96	2,58	3,29
18	2,10	2,88	3,92				

Блан до методики «Таблиця активності»

Час	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Неділя
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							

Колесо емоцій



Техніка заземлення «5-4-3-2-1»

