

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Кваліфікаційна робота бакалавра з психології

на тему: «Особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану»

Допущено до захисту

« ____ » _____ 2026 р.

студента групи Пс 02-22

факультету туризму, бізнесу і психології
освітньої програми Практична психологія
за спеціальністю 053 Психологія

Гушул-Крапивки Поліни Василівни

Завідувач кафедри психології
проф. Бондаренко О.Ф.

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент
Каряка І. В.

4-бальна шкала _____

100-бальна шкала _____

Оцінка ЄКТС _____

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
KYIV NATIONAL LINGUISTIC UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Bachelor's qualification work in psychology
on the topic: «Characteristics of depressive symptoms among civilians under martial law»

Admitted to defense of thesis student of group Ps 02-22
«_____» _____ 2026 p. Faculty of Tourism, Business and Psychology
Of the educational program Practical Psychology
in specialty 053 Psychology
Hushul-Krapyvka Polina Vasylivna

Head of the Department of Psychology Scientific supervisor:
Prof. O.F. Bondarenko Candidate of Psychological Sciences,
Associate Professor
Kariaka I. V.

4-point scale _____
100-point scale _____
ECTS _____

KYIV – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	8
1.1. Сутність і специфіка депресивних станів у психологічному вимірі	8
1.2. Особливості прояву депресивних станів у різних вікових групах цивільного населення	18
1.3. Психологічні чинники виникнення депресії у цивільних осіб в умовах воєнного стану	27
Висновки до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	33
2.1. Організаційно-процесуальні та змістові аспекти проведення дослідження	33
2.2. Діагностика рівня розвитку депресивних станів цивільних осіб	37
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження	45
2.4. Практичні рекомендації щодо профілактики депресивних станів та психологічної підтримки цивільного населення в умовах воєнного стану	51
Висновки до другого розділу	59
ВИСНОВКИ	61
РЕЗЮМЕ	65
RESUME	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні соціальні трансформації та тривалі кризові події значною мірою впливають на психічне здоров'я населення. В умовах війни людина стикається з численними стресогенними факторами, серед яких постійна загроза життю та безпеці, вимушене переміщення, втрата близьких людей, руйнування звичного способу життя, економічна нестабільність та невизначеність майбутнього. У таких умовах психоемоційна напруга значно зростає, що може спричиняти виникнення різноманітних психологічних порушень, зокрема депресивних станів.

Депресивні психічні реакції і стани є несприятливими, оскільки погіршують самопочуття людини, якість її життя і праці. У зв'язку із цим необхідне вчасне виявлення депресивних проявів для їх подолання і подальшої корекції. Частота вияву депресивних станів в Україні також стрімко зростає, і за даними МОЗ України, в структурі захворюваності на психічну патологію більшу частку займають саме психічні розлади непсихотичного рівня, з-поміж яких переважають депресивні прояви. Депресивні стани відображаються у різноманітних формах, але незалежно від того, як це відбувається, наслідки завжди негативні і на психічному, і на соматичному рівнях. В останнє десятиліття спостерігається тенденція до стрімкого зростання кількості людей, які страждають на депресивні прояви, тому актуальності набуває проблема виявлення симптомів та подальшої корекції.

Війна створює специфічні умови функціонування особистості, які можуть змінювати характер психоемоційних реакцій людини. Для цивільного населення характерними є переживання втрати почуття безпеки, постійна тривожність, виснаження психологічних ресурсів, порушення життєвих перспектив та соціальних зв'язків. Такі обставини значною мірою підвищують ризик розвитку депресивних проявів, що може негативно впливати на психологічне благополуччя

особистості, її здатність до адаптації та ефективного функціонування в соціальному середовищі.

Проблематика депресивних станів є міждисциплінарною та активно досліджується у різних галузях психологічної науки. Зокрема, у клінічній психології депресивні стани розглядаються як психічні розлади, аналізуються їх симптоматика, етіологія, патогенез та підходи до психотерапевтичної і медикаментозної корекції. У межах психіатрії здійснюється діагностика депресивних розладів, класифікація їх форм (великий депресивний розлад, дистимія тощо) та визначення критеріїв їх перебігу. У соціальній психології увага зосереджується на впливі соціального середовища, зокрема кризових і воєнних умов, на виникнення депресивних проявів, а також на ролі соціальної підтримки, міжособистісних взаємин і соціальної ізоляції у формуванні емоційного стану особистості.

Аналіз наукових джерел свідчить, що проблема депресивних станів достатньо представлена у наукових дослідженнях, проте питання особливостей їх прояву у цивільних осіб в умовах воєнного стану потребує подальшого комплексного вивчення, чим і обумовлюється вибір теми нашого дослідження: «Особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану».

Об'єкт дослідження: депресивні стани особистості.

Предмет дослідження: особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз вивчення особливостей прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

2. Дослідити особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

3. Провести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів проведеного дослідження

4. Розробити практичні рекомендації цивільному населенню щодо профілактики та психологічної підтримки цивільного населення в умовах воєнного стану.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових джерел з метою вивчення основних підходів до дослідження депресивних станів.

емпіричні: методи опитування (тестування).

методи статистично-математичної обробки даних: Для перевірки статистичної значущості відмінностей між групами використовувався критерій Стьюдента (t-критерій).

Для дослідження особливостей прояву депресивних та тривожно-стресових станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану було використано комплекс психодіагностичних методик. Зокрема, а) для оцінки рівня тривожності застосовано опитувальник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7); б) для визначення рівня депресії, тривоги та стресу DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales); в) для діагностики вираженості депресивних симптомів опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9).

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для поглиблення розуміння особливостей прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану. Виявлені психологічні особливості можуть бути використані у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та соціальних працівників під час надання психологічної допомоги населенню, яке перебуває в умовах тривалого стресу.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 49 найменувань (з них 20 іноземною

мовою), додатків на 15 сторінках. Основний зміст роботи викладений на 64 сторінках і містить 2 таблиці, 6 рисунків. Загальний обсяг роботи 88 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1. Сутність і специфіка депресивних станів у психологічному вимірі

Депресивні стани та їх прояви досліджувались багатьма ученими які працюють як в Україні так і за кордоном. Сучасні науковці визначають не лише депресивні стани але, зокрема, досліджують механізми їх виникнення, клінічні прояви та шляхи подолання. Проте у сучасних реаліях виникла необхідність більш детального вивчення цієї теми, адже саме у період війни рівень ризику проявів депресивних станів зростає набагато більше ніж у звичайному житті.

За О. Бортніковою (2021) є різні форми і підтипи депресивних проявів. Спільна для всіх форм ознака полягає в тому, що мозок вивільняє надто сильну реакцію осі стресу. Ми реагуємо на стрес, активуючи в гіпоталамусі нервові клітини, що посиляють у гіпофізі речовину (CRH), а гіпофіз у свою чергу спонукає наднирники викидати гормон стресу кортизол. Цей гормон відповідає за те, щоб наші тіло і мозок могли справитися зі стресовою ситуацією. Звичайно, якщо вісь стресу гіперактивна, то стресова зовнішня подія може призвести до того, що виробляється забагато як CRH, так і кортизолу, а ці речовини діють на мозок настільки сильно, що викликають депресивні стани.

Дослідниця М. Заїка (2007) виділяє кілька механізмів що прямопропорційні розвитку депресивних станів, серед них науковця виділяє постійний рівень дистресу, песимістичний погляд на життя, втрата (по'язана із будь якою сферою життя особистості), нездатність до адаптації відповідно життєвих обставин. На противагу теорії М. Заїки, на думку Д. Зубцова депресивні прояви, це суто психоемоційні стани, які визначаються проживанням емоцій особистості та зміною когніцій. Негативні думки в першу чергу формують автоматичні

переконання, відповідно за таких умов формуються клінічні передумови розвитку депресії.

Зокрема, науковці Л. Борисенко та Л. Корват аналізуючи проблему виникнення депресивних станів у цивільного населення, приділяли вагоме місце саме внутрішнім конфліктам особистості та несвідомим процесам психіки. Події, що характеризуються почуттям невизначеності провокують у особистості прояви агресивної поведінки. Відображення фрустрації проявляється на несвідомому рівні, до прикладу у сновидіннях чи фізіологічних реакціях тіла. Неможливість особистості контролювати зовнішні обставини, обумовлює внутрішній конфлікт, при якому базові потреби не задоволені, при цьому середовище вимагає акумуляції внутрішніх ресурсів для боротьби із стресорами (Борисенко & Корват, 2022).

Саме спосіб мислення особистості за А. Беком (2021) формує реакції на стресові події, емоційна нестабільність та модель поведінки визначає можливість людини легко пристосовуватись до життєвих обставин. Будь яка реакція особистості на ненормальні події, вважається природньою. Проте якщо негативне сприйняття ситуації продовжується тривалий термін, то закріплюється як патерн поведінки змушуючи людину зосереджуватись саме на власній неповноцінності та безпорадності в умовах, які потребують максимального включення індивіда.

Когнітивні процеси невід'ємно пов'язані із системою базових переконань індивіда, які відповідають за сприймання, обробку та вибір поведінкових стратегій. Важливим у формуванні цих переконань є ранній досвід, що формується у дитинстві. Саме дитячо-батьківські взаємини та структура сімейних стосунків, може як підвищувати стресостійкість та адаптаційні можливості особистості, так і створювати ідеальні умови розвитку клінічних проявів депресивних станів. До прикладу, емоційна депривація, яка характеризується зневагою до емоційних потреб дитини, ігноруванням та відсутністю бажаного емоційного контакту, неодмінно призводить до проблем у дорослому віці, нездатності до саморегуляції емоцій та надмірної експресії особистості.

Депресивні стани на думку Н. Пасічняк та Н. Матейко (2019) виникають саме через повторювальні негативні думки, які порушують когнітивне сприйняття подій. Така закономірність вказує на недосвідченість індивіда та відсутність ефективної саморегуляції. Нездатність до рефлексії вчинків через негативні когніції створює умови для «заикленості» особистості на невдачах. Такі особливості переживання стресогенних подій характерні для осіб підліткового віку, а подібне реагування знижує вірогідність формування адаптаційних механізмів психіки в основі яких лежить процес самоусвідомлення.

Вікова періодизація має вагомий вплив на перебіг депресивних проявів. За В. Бедлінським (2018), рівень вираженості депресивних станів неможливо з'ясувати без чітких вікових меж. Саме гнучкість психіки, сталі психічні процеси та життєвий досвід особистості є основними критеріями які формуються в процесі онтогенезу. На думку О. Бортнікової (2021), період юності характеризується емоційною лабільністю та активним процесом формування ідентичності.

Хронічна депресія, здійснює негативний вплив на соматичні процеси в організмі людини. Зокрема прояв тривожності що неодмінно супроводжується емоційним напруженням. Соматизація характеризується підвищеним рівнем виникненням фізіологічних патологій, які локалізуються у порушенні травної та ендокринної систем, ревматичних та артритичних процесів, кардіоваскулярних розладів, а також онкологічних захворювань. Особливої уваги потребує взаємозв'язок депресивних станів і серцево-судинної системи, що відображає тісний психофізіологічний взаємозв'язок між психічним благополуччям особистості та фізичними функціями організму (American Psychological Association, 2020).

Діагностування депресивних проявів ускладнюється прихованими формами депресивних симптомів. Найявна форма депресивного стану відображається саме у соматичних розладах. До прикладу хронічних психалгіях, що характеризуються незрозумілими болями в тілі без видимих фізіологічних змін. Також, при такій

формі депресивних проявів зустрічається іпохондрія, тобто нав'язливий страх захворіти без об'єктивних на те причин. Як наслідок особистість вважає що хворіє, відвідує лікарів різної спеціалізації та профілю, проте усі старання виявити хворобу видаються марними.

На думку С. Степарук та Ю. Сікори за для профілактики депресивних проявів важливо підтримувати загальний рівень психологічної культури. На думку дослідників ефективними у зменшенні депресивних проявів є психоосвітні програми, спрямовані на едукацію близьких родичів особи, що потребує корекції стану, та власне пацієнта (Степарук & Сікора 2020).

Системний аналіз вивчення депресивних станів особистості здійснив В. Синицький (1986), пов'язавши їх виникнення з порушенням основних функціональних систем організму. Ці порушення обумовленні зміною у фізіологічних, біохімічних, та психологічних процесів. На думку Н. Чепелевої (1999), депресивні стани формують відчуття не лише зовнішньої, але й внутрішньої небезпеки.

Можливість індивіда зберігати внутрішній баланс, дозволяє не тільки контролювати свої емоційні реакції на ситуацію, але зрозуміти що, допомагаючи іншим, ми допомагаємо собі. Потрібно пам'ятати, що коли виникають неконтрольовані емоції, їх завжди супроводжує біологічна реакція, така як, біль у грудях, запаморочення, нудота або поколювання у животі тощо. Особистість, яка контролює свій емоційний стан у надзвичайній ситуації, якою б вона не була, контролює і своє тіло на фізичному рівні, і здатна діяти. Із людини якій потрібна допомога, вона сама стає помічником.

Якщо говорити про критичну ситуацію, – то це порушення нормальних умов життя та діяльності людини, внаслідок катастрофи, стихійного лиха, епідемії, тому разі важливо говорити про життєстійкість особистості, її вміння адекватно сприймати вплив стресогенних факторів, які порушують душевну рівновагу особистості. Критичні ситуації, що мають високий рівень травматизації індивіда, пов'язані з втратою життя близьких чи власного (участь в бойових діях,

невиліковна хвороба і т.д.). Неконтрольовані стресові обставини, можуть неминуче призвести до психотравми, що порушує звичні функції нашої психіки зумовлюючи межові та патологічні стани, ключовим імпульсом до цього є емоція, що виникає у відповідь на переважаюче, безвихідне становище (World Health Organization, 2022).

Для нашого періоду актуальною є надзвичайна ситуація військового характеру, пов'язана із наслідками використання зброї звичайного або масового ураження. На теперішній час характер війн змінився, адже колись у війнах змагались професійні солдати, а зараз цим займається народ країни, що не є підготовленим ні психологічно, ні фізично. Нормальними психологічними реакціями особистості є страх, фрустрація, дезадаптація, гостре відчуття безпорадності, дезорієнтація тощо. Травматизація відбувається тоді коли ці природні, людські реакції супроводжують індивіда тривалий період часу. Негативні наслідки травми проявляються на соціально-психологічному рівні життєдіяльності у вигляді порушень соціально-комунікативних зв'язків, зниження рівня емпатії, довірливого ставлення до світу.

На думку Дяченко (2023) депресивні стани є стійкими комплексними психічними порушеннями, які часто відображаються проявом андогенії, зниженням енергії та пасивним психоемоційним станом, подібні симптоми негативно впливають на ресурсноспроможність особистості, здатність до комунікації та активної взаємодії у соціальному середовищі. Саме порушення процесів мозку, які відповідають за синтез та вироблення гормонів, мають одне з провідних значень у виникненні депресивних проявів.

Сфера адаптивності відповідає за вирішення проблем особистості, гнучкість реагування на зміну обставин, а також вміння прийняти точку зору іншої людини, навіть якщо власна, виявилась хибною, також сюди відноситься і вміння об'єктивно визначити свій негативний досвід, та приймати власні помилки, що включає здатність зосередження та концентрації на власних емоційних реакціях. Натомість, сфера контролю стресу, виступає властивістю, яка охоплює, як

контроль експресії, так і адекватне сприймання специфічної ситуації. Оцінка емоцій дозволяє не тільки досягнути свій стан, але й вираження почуттів, це насамперед, рівень емоційності та ступінь його прояву. Загальний настрій людини, це рівень задоволення життям, та уміння ставитись до обставин позитивно (оптимізм) (Круглов, 2020).

Г. Сальє, виділяє два основних види стресу, що вмикає адаптаційні можливості особистості: фізіологічний та психологічний. У свою чергу психологічний стрес він поділив на інформаційний та емоційний. Інформаційний стрес, може виникати під тиском великого обсягу інформації, яку особистість не здатна усвідомити, при цьому на ній лежить «тягар» неприйнятого рішення, що тягне за собою відповідальність. Натомість, емоційний стрес, як складова психологічного, має на меті знешкодити особистість у момент загрози, тобто з'являється у критичні моменти життя, які проходить індивід. Ці ситуації несуть особистості негативні емоції, до прикладу втрата домашнього улюбленця, чи переїзд друга, супроводжують біль, сум, відчуття самотності тощо. Загалом, такий вид стресу виникає при невідповідності внутрішніх ресурсів, та реальних подій у житті людини. Емоції, в такому разі виступають сигналом потенційної загрози, що може спричинити глибокий стресовий стан індивіда (Предко & Сомова, 2022).

Р. Грехов (2017), на відміну від психоемоційного підходу до вивчення депресивних проявів, розглядає медико-біологічні аспекти виникнення депресивного стану. Генетичні фактори можуть прискорити вісь стресу ще в процесі розвитку, багато маленьких відхилень у генах трансмітерів у мозку, так звані поліморфізми, які підвищують ризик виникнення депресії.

Безумовно, найбільше травматизація торкається учасників бойових дій, але травматичний досвід людини, що переживає дану політичну ситуацію у відносній безпеці. Гострий психічний дистрес спричиняє зниження фізичних і психічних адаптаційних ресурсів організму, підвищує ризик нового соматичного захворювання чи травми, стає причиною формування та хронізації посттравматичного неврозу. Варто зазначити, що в умовах війни ігноруються

почуття комфорту та безпеки особистості. При цьому війна має і свої позитивні сторони перевіряючи індивіда на витривалість, мужність, альтруїзм та відповідальність. Важкі життєві випробування стають каталізатором якісних змін, розвитку нових здібностей та вміннь, мобілізує нові сили особистості. Важливо зазначити, що основною мішенню для психологічної травми виступає саме цивільне населення України (Zubovskiy, 2016).

Д. Зубовський (2016) вводить поняття посттравматичного зростання, яке розглядається як позитивна трансформація особистості після пережитих кризових подій, що може виступати ресурсом подолання депресії.

Натомість дослідник, В. Станчишин, вказує на стани особистості, що супроводжують її впродовж затяжного періоду війни, а саме: тривожність, почуття провини, злість, ненависть, втома, депресія, апатія, переживання втрати (смуток), самотність. Психотерапевт зазначає, що будь яка реакція на ненормальні події, є нормальною, адже сам факт війни, у нашому житті не є «регламентованим» режимом. Адаптація, до таких умов є специфічною, але наш мозок уміє пристосуватись навіть до важких умов, для цього важливо не розгубитись у потрібний час та дати собі раду (UNICEF Ukraine, 2023).

Важливими на думку О. Кокуна є психофізіологічні ресурси, властивості організму що ґрунтуються на нейробіологічних механізмах, та відповідають за фізичне самопочуття та здатність людини швидко відновлюватись після стресу.

Психофізіологічні ресурси проявляються на нейрональному і соматичному рівні, визначаючи як функціонування центральної та вегетативної нервової системи, активність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, варіабельність серцевого ритму, а також ефективність регуляції серцево-судинної та ендокринної систем, так і емоційно-вольовий рівень, який забезпечує саморегуляцію, контроль стресових реакцій, підтримання мотивації та стійкість до психоемоційного виснаження (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018).

За МКХ-11 основні прояви депресивних розладів поділяють на такі кластери: афективний, нейровегетативний та когнітивно-поведінкова група.

Для діагностування депресивного розладу необхідно, щоб одночасно мали місце щонайменше п'ять симптомів, що описані нижче, протягом не менше двох тижнів (майже щодня або протягом більшої частини дня), один з яких обов'язково має бути з афективного кластера. Ці симптоми мають викликати клінічно значущий дистрес або функціональне порушення в особистому, соціальному чи професійному житті пацієнта.

До симптоматики афективного кластера відносять: пригнічений настрій зі слів пацієнта або за спостереженнями (наприклад плаксивий, пониклий вигляд); помітно знижений інтерес чи задоволення від діяльності, що зазвичай приносила людині приємні відчуття (може включати й зниження сексуального потягу). По суті саме симптоматика афективного кластера відповідає класичному розумінню депресивних станів. Когнітивно-поведінковий кластер включає такі симптоми: погіршення здатності концентрувати та утримувати увагу, виражена нерішучість; стійкі переконання про низьку самоцінність, надмірне почуття провини; безнадійність щодо майбутнього; повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без конкретного плану або ж з ознаками спроб самогубства (Дяченко, 2023).

Задля докладного опису поточного депресивного стану можуть використовуватись додаткові категорії, передбачені МКХ-11, що належать до блоку 6A80 «Особливості симптоматики та перебігу афективних епізодів при афективних розладах». Для даного огляду найбільший інтерес становлять 6A80.3 «Поточний депресивний епізод з меланхолією» та 6A80.4 «Сезонний характер виникнення афективного епізоду». Сезонність депресивного епізоду може виявлятися в контексті рекурентного депресивного розладу, біполярних розладів або ж стосуватись регулярних психологічних стресорів (до прикладу сезонне безробіття) (Мішиєв, Михайлов & Гриневич, 2024).

Вплив війни на психоемоційний стан дітей, та ступінь прояву стресу досліджує науковець К. Борщ (2023), який визначає хронічний стрес як вагомий

прогностичний індикатор розвитку депресивних станів. Порушення сну, настрою та зниження імунної системи дитини і є результатом хронічної травматизації. Під час перебування в зоні бойових дій діти можуть відчувати посттравматичні розлади. У стані стресу наш організм активно продукує такі гормони як адреналін та кортизол, відповідно ці нейромедіатори мають відгук у фізичному відображенні, до прикладу прискорене серцебиття, надмірна пітливість, головні болі та проблеми з травленням. Ментальні прояви депресивних станів у дітей включають дратівливість, емоційну нестабільність (постійний плач), зниження ефективності виконання завдань та емоційний дистрес.

Перебування в умовах постійної загрози життю та нестабільності соціального оточення, призводить до значного зростання психоемоційного навантаження. Підвищений рівень стресу супроводжується не лише реакцією тривоги на загрозу, але й підвищеним ризиком формування депресивної симптоматики (Лодко & Сомова, 2022).

В. Карпець (2025) зосереджується на психологічних порушеннях сну у цивільного населення в умовах війни, розглядаючи їх як індикатор психоемоційного стану. Під час сновидінь ми проявляємо багато симптомів, типових для картини психічної чи неврологічної хвороби. Як у шизофреніка, у нас відбуваються галюцинації. При цьому активуються вищі візуальні центри. Ми переживаємо химерні речі у світі, де щоденні правила і закони фізики не мають сили. Часто сни несуть емоційний та агресивний заряд, і справді, при цьому активується центр агресії – амігдала. Диссомнія є основною причиною наявності депресивних проявів.

Г. Биченко (2023) досліджує особливості депресивних проявів серед студентської молоді в контексті соціальних катастроф, акцентуючи увагу на підвищеній вразливості цієї вікової групи до психоемоційних стресорів. На думку науковця, соціальна нестабільність, зокрема порушення освітнього процесу, обмеження соціальних контактів і невизначеність майбутніх перспектив, є основним ризиковим чинником розвитку депресивних станів.

В. Зінченко (2021) зосереджується на психологічній підтримці осіб із підвищеною тривожністю як на важливому компоненті профілактики депресії. У дослідженнях автора підкреслюється, що своєчасне виявлення та корекція тривожних реакцій сприяє зниженню ризику формування депресивних проявів, особливо в умовах воєнного стану, а також покращує адаптивні поведінкові стратегії.

К. Кращенко (2020) розглядає профілактику емоційного вигорання, доводячи її значення у запобіганні розвитку депресивних станів. І. Дубровіна (2020) наголошує на важливості емоційної стійкості як базового особистісного ресурсу для подолання стресу та депресивної симптоматики.

Існують також і заперечення щодо вагомого значення гормонів у формуванні депресивних станів. Наукоці визначають, існує дуже мало пацієнтів, у яких причиною депресії справді є низький рівень серотоніну в мозку. Вже сам факт, що проходить декілька тижнів, поки SSRI (засіб для підвищення концентрації серотоніну) почнуть діяти, хоча вони практично відразу підвищують рівень гормону, показує, що зв'язок між серотоніном і депресією далеко не такий однозначний. У депресивних пацієнтів, які й без того мають страхи, баланс серотоніну може дійсно бути порушеним (Зубовський, 2016).

Отже, особливі ситуації, що не залежать від індивіда, мають вагомий вплив на особистість, підказують і регулюють діяльність суб'єкта, впливають на його поведінку, психологічний стан і навіть напрям особистісного розвитку. З іншого боку, суб'єкт змушений аналізувати та інтерпретувати конкретні зовнішні обставини своєї життєдіяльності, щоб знайти оптимальний спосіб реагування на ситуацію, яка є актуальною у певний період життя. Такі сучасні умови неминуче призведуть до виникнення депресивних проявів особистості.

Важливо пам'ятати, що у разі неконтрольованої людиною критичною ситуацією особистість використовує власні стратегії подолання стресу, які притаманні біологічно її психіці, – механізми захисту. Захисні механізми психіки мають дві сторони медалі, оскільки з одного боку вони виконують функцію

збереження, роблять тривожність та травматизацію особистості не настільки впливовою на її психічне здоров'я, а з іншого, – це фальсифікація даних та спотворене сприйняття реальності в якій існує індивід. У станні підвищеного стресу, людина може вдатися до саморуйнівних способів захисту, таких як витіснення, регрес чи заперечення, а це в майбутньому призведе до депресії, панічних атак, в подальшому є можливість виникнення ПТСР та хронічного безсоння. Невміння пристосуватись до важких життєвих обставин, неминуче призводить особистість до клінічних порушень. Проблема травматизації особистості у наслідок впливу критичних ситуацій гостро постала на даний момент часу. Кожен з нас відчуває спектр різних емоційних реакцій, що зумовлені подразниками як зовнішніми (інтернет, телебачення, новини у соц. мережах і т.д.) так і внутрішніми (ті які ми власне породжуємо) спровоковані потоком інформації, що попередньо чули, бачили, але при цьому не здатні переосмислити.

Підсумовуючи, варто зазначити, що в кризових ситуаціях використовуються психологічні резерви особистості що відповідають за її адаптаційні можливості, які дають змогу пристосуватись до нового середовища, реальності, що змінилася, створюючи умови для їх «прийняття» та переосмислення. На початкових стадіях кризових, надзвичайних ситуацій людина схильна до шаблонного мислення та стереотипів, що певною мірою можна розглядати як захисну реакцію психіки та її сприйняття в контексті домінуючої емоційної складової подолання ситуації, що незмінно створює передумови для виникнення депресивних станів.

1.2. Особливості прояву депресивних станів у різних вікових групах цивільного населення

Депресивні стани, як ми уже визначили мають різні рівні прояву. Загалом, під депресією варто розуміти стан, що пов'язаний з настроями, почуттями та хвилюваннями, розвиток яких викликає істотні зміни у когніціях, поведінці,

мотиваційній сфері людини. Також поняття депресивного стану відноситься до дефініцій психічних станів, що виявляється і у невербальному прояві, зниженому настрої, негативізмі. Така особливість, на думку науковиці Круглової (2020), зумовлена саме віковими відмінностями.

Цивільне населення на даний час перебуває в умовах «визначеної безпорадності», що характеризується неможливістю особистості вплинути на зовнішні обставини. При стресовій ситуації спочатку знижуються всі когнітивні функції, зокрема зникає здатність та можливість впоратися з емоціями. З часом ці функції відновлюються. Але у 10-15% людей залишається посттравматичний стресовий розлад і, як наслідок, депресія (Шевченко & Литвиненко, 2023).

Події підвищеної небезпеки, що у нашому випадку визначаються загостренням бойових дій, виступають каталізатором, що може призвести до зниження персональної ефективності, погіршення здоров'я та розвитку соматичних захворювань.

Стрес, на нашу думку, стан, що характеризується розвитком у людини неспецифічної адаптаційної реакції на будь-який надзвичайний зовнішній або внутрішній подразник. У біології, адаптація – це пристосування або зміна будови організму, відповідно до навколишніх умов середовища. Психологія, дає термін дуже подібний, але тоді змінюється психічний стан, ставлення до ситуації чи об'єкта, а також відчуття стійкості у нових умовах. В певній мірі цей процес можна назвати, «еволюційним», не лише у біології, але й у царині психології, адже наше тіло, дуже пов'язане з розумом. На фоні стресу виникають проблеми зі здоров'ям не лише ментальним, але й фізичним. І для того, щоб процес адаптації пройшов найменш затратно, нам варто вміти контролювати його (Пасічняк & Матейко, 2019).

Зазвичай молодь має більше адаптаційних ресурсів та краще пристосовується до нових умов. Молоде покоління має вищу когнітивну гручкість ніж особи похилого віку. На схилі літ особистість не є активною, її самореалізація відображається у здобутках минулого, тобто майна, дітей та міжособистісних

зв'язків, що у період війни є досить хитким надбанням. Натомість у період особистісного становлення, індивід, здатен змінювати поставленні цілі відповідно до вимог, а перешкоди на шляху до саморозвитку стають життєвим досвідом, та є передумовою переосмислення пріоритетів.

Психіка дитини перебуває у постійному розвитку, та є найбільш гнучкою для формування стійких механізмів протистоянню депресивної симптоматики. Проте порушення нормального розвитку психічних процесів може призвести до психопатологічних наслідків та навіть змін у нейронних зв'язках. Водночас підлітки уже мають сформовані механізми реагування, та не здатні ще об'єктивно оцінювати ситуацію, формуючи так званий «імунітет» до депресивних проявів, а імпульсивність та протест у цьому віковому проміжку, навпаки, роблять підлітка вразливим до виникнення депресивних симптомів. Така закономірність ускладнює інтеграцію підлітка у доросле життя та унеможлиблює планування майбутнього (UNICEF Ukraine, 2023).

Дослідник Бедлінський у своїх наукових працях розглядає прояви депресивних станів у різних вікових групах і наголошує, що депресія є багатофакторним психічним розладом, клінічні прояви якого значною мірою залежать від віку пацієнта. Дитяча депресія може залишитися непоміченою, оскільки її часто приймають за капризи, втому або проблеми поведінки. Проте вона потребує своєчасної уваги та професійної допомоги, адже без лікування може призвести до тривалих емоційних і соціальних проблем у дорослому віці (Бедлінський та ін. 2018).

Порушення харчової поведінки зазвичай характерне для дітей раннього віку. Нормативна харчова поведінка передбачає адекватне задоволення фізіологічної потреби в їжі відповідно до сигналів організму та соціальних умов. У разі зміщення акценту з фізіологічної необхідності на емоційні, когнітивні чи соціальні чинники виникають відхилення від норми. Також можливі прояви надмірної сонливості або ж інсомнії, дратівливості та зниження загальної ігрової активності. Для дітей дошкільного віку характерна агресивність закритість

(інтроверсія) та порушення когнітивної сфери. У молодших школярів, депресивні стани часто є проявом таких психологічних утворень як страх, соціальна ізоляція та навіть суїцидальні прояви. У підлітковому віці депресивні симптоми є проявом апатії, селфхарму, низькою самооцінкою та безсонням. Також підлітки схильні до прояву ризикованої поведінки та парасуїцидальних тенденцій (Борщ, 2023).

У дорослому віці виявлення депресивних проявів має соматичний характер, що ускладнює діагностику та лікування. Ознаки депресивного стану у дорослих осіб включають:

1. Постійний сум, апатія та втрата задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість, що проявляється протягом більшої частини дня.
2. Значні зміни у вазі (втрата або набір) або порушення апетиту (його зниження чи підвищення).
3. Проблеми зі сном, такі як безсоння або надмірна сонливість.
4. Підвищена рухова активність або, навпаки, сповільненість рухів і реакцій.
5. Хронічна втома, відчуття власної нікчемності чи надмірна самокритика та почуття провини.
6. Утруднення з концентрацією, погіршення когнітивних функцій, схильність до нерішучості.
7. Нав'язливі думки про смерть, суїцидальні ідеї, спроби самогубства або розробка плану самогубства.

Дистрес у дітей молодшого віку зазвичай є проявом соматичних захворювань. До прикладу головні болі, біль у ділянці живота, зниження або ж відсутність апетиту, порушення сну, енурез та труднощі у навчальній діяльності. Скарги дітей та фізіологічні прояви депресивних станів, сприймаються дорослими як ознаки фізичного нездужання або дисциплінарних проблем, що ускладнює своєчасне виявлення депресивних переживань у дитини (Бортнікова, 2021).

У віковій групі 7-12 років характерними стають зміни поведінки, зокрема дратівливість, агресивність, внутрішнє напруження, страхові афекти, іпохондричні симптоми та яскраво виражені соматовегетативні прояви. У підлітків віком 13-17

років депресивні стани характеризуються глибоким пригніченням настрою, важкими емоційними переживаннями, іпохондричними скаргами, різноманітними поведінковими порушеннями, підвищеною самокритикою, низькою самооцінкою, тривожністю, невпевненістю у собі та почуттям власної неповноцінності і непотрібності (Борисенко та ін., 2022).

У період статевого дозрівання (пубертату) мозок через гіпофіз стимулює вироблення сексуальних гормонів. Підлітки дуже недовго можуть зосереджуватися на можливих наслідках своїх вчинків і зовсім не чутливі до загрози покарання. Причина в тому, що в них ще не визріла передлобна кора. Тому вони схильні потрапляти в залежність від різних речовин, які викликають у недозрілому мозку тривалі пошкодження (Заїка, 2007).

Суїцидальні думки є одним із найбільш загрозливих проявів депресії у підлітків. За даними дослідників, суїцидальні наміри часто виникають на фоні тривалих депресивних переживань, зумовлених особистісними чи сімейними труднощами, при цьому самі спроби можуть носити імпульсивний характер (Степарук & Сікора, 2020).

Підліткова та дитяча депресія часто залишається непоміченою або неправильно інтерпретованою, що знижує ефективність допомоги. З огляду на це, надзвичайно важливим є вчасне виявлення перших ознак депресивного стану, правильне трактування поведінки підлітка та створення умов для надання професійної допомоги (Борисенко та ін., 2022).

У підлітковому віці однією з ключових причин виникнення та розвитку депресивних розладів виступають глибинні психофізіологічні та соціально-психологічні зміни, характерні для цього етапу онтогенезу. Як зазначають Пасічняк і Матейко, гормональна перебудова організму, інтенсивне фізичне дозрівання, ускладнення когнітивних процесів та розширення системи соціальних взаємодій створюють нові вимоги до адаптаційних можливостей особистості. У свою чергу, необхідність постійної адаптації до цих змін вимагає від підлітка

мобілізації внутрішніх ресурсів і формування більш зрілих механізмів емоційної саморегуляції.

Обмеження впливу батьків у підлітковому віці та збільшення впливу групи однолітків роблять можливим формування нової системи ідентичності і розвитку особистісної автономії. Цей процес веде до кризи самоусвідомлення та переоцінки попередніх життєвих орієнтирів. Як відзначали психоаналітики Фрейд, Адельсон та Дауван, емоційне віддалення від батьківської фігури викликає переживання суб'єктивної втрати, вини, смутку та інших афективних реакцій за П'ятницькою (2007).

В психології підліткової депресію зазвичай поділяють на кілька ключових типів. Перший пов'язаний зі станом емоційної спустошеності, байдужості, без інтересу до життя. Інший, – із кризою переходу з дитинства у доросле життя, коли підліток завершив етапичний погляд попереднього життєвого стану, та ще не готовий приймати новий соціальний статус (Грехов та ін., 2017). Також виділяють групи причин проявів депресивних станів у підлітків (Табл. 1.2.1.)

Таблиця 1.2.1.

Причини проявів депресивних станів у підлітків

Група причин	Зміст
Біологічні (фізіологічні) причини	гормональні зміни в період статевого дозрівання (дисбаланс нейромедіаторів: серотонін, дофамін); спадковість (наявність психічних розладів у родичів); неврологічні або соматичні захворювання, що впливають на психоемоційний стан; порушення сну, хронічна втома, недостатня фізична активність.
Психологічні причини	криза ідентичності, пошук себе, розмитість «я-концепції»; низька самооцінка, почуття меншовартості, надмірна самокритика; фрустрація потреб (у визнанні, любові, безпеці, самореалізації); внутрішні конфлікти, страх невдачі, відкидання або осуду; тривожність, надмірна чутливість до стресу.
Соціальні та	дисфункціональна сім'я (конфлікти, розлучення, насильство,

сімейні причини	алкоголізм, гіперопіка або емоційне відчуження); брак емоційної підтримки від батьків, відсутність довіри у стосунках; високі або неконструктивні вимоги з боку дорослих (перфекціонізм, тиск через навчання);
Соціокультурні та інформаційні чинники	інтернет-залежність, некритичне сприймання контенту в соцмережах; порівняння себе з ідеалізованими образами в медіа, почуття невідповідності; інформаційне перевантаження, страх майбутнього, соціальна нестабільність.

Імпульсивний характер є однією з особливостей підліткової депресії. На відмінно від дорослої особистості, у якої депресивні стани виникають у наслідок складних життєвих обставин та пов'язані з кризовими періодами, підлітковий вік характеризується фіксацією на негативному досвіді та особистісних невдач. Ризикована поведінка та необдумані рішення створюють ідеальні умови для виникнення депресивних симптомів (American Psychiatric Association, 2024; Beck, 2021; Дубровіна, 2020).

Натомість депресивні стани у дорослих осіб характеризуються складною структурою симптоматики, яка охоплює емоційні, когнітивні, мотиваційні та соматичні компоненти. На відміну від інших вікових груп, у дорослому віці депресія часто формується на тлі тривалих соціально-психологічних навантажень, професійної відповідальності, сімейних труднощів та життєвих криз (Кокун та ін., 2019).

Емоційне нехтування дитиною на ранніх етапах її розвитку тісно пов'язане із виникненням депресивних станів у дорослому віці (Сен Лі та ін., 2020)

Огляд досліджень у цій сфері показав, що будь які види насильства, мають зв'язок із депресією, проте саме емоційне насильство, пережите в дитинстві, є вірогідним фактором ризику розвитку депресії у дорослому віці (Infurna et al., 2016).

Можна висунути припущення, що емоційне нехтування викликає у дитини відчуття безсилля та зниження самооцінки, що сприяє формуванню депресивних розладів у подальшому житті. З урахуванням теорії прив'язаності Боулбі (Bowlby, 2008), об'єкти прив'язаності відіграють важливу роль у формуванні репрезентаційних моделей міжособистісних відносин. Тож діти, які зазнали нехтування та/або психологічного насильства, можуть розвинути негативну внутрішню модель «я», що робить їх більш схильними до інтерналізації симптомів (Sharpeo та ін., 2014).

Затяжний депресивний стан призводить до зниження продуктивності праці, погіршення професійної діяльності, порушення сімейних відносин та обмеження соціальних контактів. У тяжких випадках депресивні стани можуть супроводжуватися формуванням суїцидальних думок, що потребує своєчасної психологічної та психотерапевтичної допомоги за Дубровіною (2020).

Окрім емоційних і когнітивних змін, депресивні стани у дорослих часто супроводжуються вираженими соматичними симптомами, зокрема порушенням сну, змінами апетиту, хронічною втомою, головним болем та порушеннями роботи серцево-судинної й травної систем. Часто саме соматичні скарги стають основною причиною звернення до лікаря, тоді як емоційні проблеми залишаються неусвідомленими або недооціненими (Борисенко та ін., 2022).

Для дорослих характерною є тенденція до приховування власних емоційних переживань, що зумовлено соціальними стереотипами щодо необхідності демонструвати психологічну стійкість і здатність самостійно долати труднощі. Унаслідок цього депресивні симптоми можуть тривалий час залишатися непоміченими або маскуватися під підвищену зайнятість, дратівливість, агресивність чи психосоматичні розлади.

У дитячому та підлітковому віці депресивні стани нерідко мають латентний або маскований характер і проявляються переважно через поведінкові та соматизовані симптоми. Для цієї вікової категорії характерними є підвищена емоційна лабільність, схильність до переживання почуття самотності, фрустрації,

зниження самооцінки, а також труднощі у встановленні й підтриманні міжособистісних контактів. Значний вплив на формування депресивної симптоматики у цьому віці справляють соціальні фактори, зокрема взаємини у сім'ї, характер спілкування з однолітками та рівень соціально-психологічної підтримки (Борщ, 2023).

Важливим чинником, що впливає на поширеність і перебіг депресивних станів серед цивільного населення, є соціально-політична та економічна нестабільність, зокрема умови воєнного часу, вимушена міграція, втрата соціальної безпеки та постійне перебування в ситуації невизначеності. Такі обставини значно підвищують рівень психоемоційного напруження та можуть виступати потужними детермінантами формування депресивних розладів у представників різних вікових груп.

1.3. Психологічні чинники виникнення депресії у цивільних осіб в умовах воєнного стану

У сучасних умовах воєнного конфлікту цивільне населення опиняється під впливом тривалого та інтенсивного психоемоційного напруження. Постійна невизначеність, загроза безпеці, втрати та руйнування звичного способу життя створюють підґрунтя для виникнення депресивних станів. Психічне здоров'я в таких обставинах не є чимось сталим, воно формується як результат складної взаємодії зовнішніх стресових подій і внутрішніх психологічних ресурсів людини.

Депресивні стани особистості, як ми зазначили вище формуються внаслідок постійного впливу стресогенних факторів, водночас, на нашу думку формування подібних новоутворень включає наявність біологічних, соціальних та екзистенційних чинників. До біологічних передумов виникнення депресивних станів належать дефіцит нейромедіаторів мозку людини (серотонін, норадреналін та дофамін), генетика (спадковість), тип нервової системи та гормональні зміни

організму. До соціальних, наявність в етіології психотравматичних подій, рівень самооцінки, ригідність та стиль поведінки.

Екзистенційні чинники пов'язані саме із самовизначенням особистості, питанням її буття та самореалізації.

Розглянемо кожен із означених груп факторів більш детально.

I. Генетичні фактори. Перші дослідження, які показали зв'язок між генетикою і депресією, були проведені в 1930-х роках. Пізніше низка дослідників запропонували теорію, згідно з якою депресія є спадковим захворюванням. Дуло виявлено, що люди, які мають близьких родичів з депресією, мають підвищений ризик розвитку цього розладу.

У 1987 році американські вчені провели дослідження, в якому взяли участь близнюки. Вони дійшли висновку, що якщо один з близнюків страждає на депресію, то інший близнюк має підвищений ризик розвитку цього розладу. У 1990 році американські вчені провели дослідження, в якому взяли участь сім'ї з декількома членами, які страждають на депресію. Вони виявили, що у цих сім'ях підвищена частота мутацій в генах, які кодують нейротрансмітери. Відповідно депресія пов'язана з декількома генами, які кодують нейротрансмітери, рецептори нейротрансмітерів і ферменти, які беруть участь у метаболізмі нейротрансмітерів.

Однак важливо зазначити, що генетичні фактори не є єдиною причиною депресії. До розвитку депресії можуть призвести також фактори навколишнього середовища, такі як стрес, травми та психологічні проблеми. Нейрохімічні фактори.

Теорію про нейрохімічні фактори депресії вперше запропоновано у 1965 році. Вчені виявили, що люди з депресією мають знижений рівень серотоніну в мозку. Це відкриття призвело до розвитку нових методів лікування депресії, таких як антидепресанти. У 1970-х роках дослідження нейрохімічних факторів депресії стали більш детальними. Було виявлено, що депресія пов'язана не тільки з серотоніном, але також з іншими нейротрансмітерами, такими як дофамін і норадреналін (Тохтамиш, 2018).

У 1980-х роках були розроблені методи, які дозволяють вивчати нейрохімію депресії на більш глибокому рівні. Ці методи дозволили виявити, що депресія пов'язана з порушенням роботи нейротрансмітерів на різних рівнях, включаючи синтез, транспорт, розпад і зв'язування з рецепторами. Сьогодні дослідження нейрохімічних факторів депресії все ще тривають. Однак вже накопичено достатньо доказів, щоб стверджувати, що нейрохімічні фактори відіграють важливу роль у розвитку цього розладу.

Сучасні дослідження підтверджують теорію виникнення депресивних станів на фоні нейрохімічного дисбалансу. Так, зниження рівня серотоніну (5-гідрокситриптамін) та дофаміну спостерігалось саме у осіб у яких виявлено симптоми депресії. Пізніші дослідження також виявили і недостатній рівень мозкової речовини наднирників (норадреналін), який відповідальний за пильність та концентрацію уваги. Однак важливо зазначити, що нейрохімічні фактори не є єдиною причиною депресії (American Psychiatric Association, 2024).

До розвитку депресії відносять також психологічні фактори. До прикладу первинна травматизація особистості, досвід раннього насильства та постійний дестрес у дитинстві, є наслідком депресивних станів у дорослому віці, надзвичайний стан у країні лише посилює раніше сформовані негативні патерни поведінки (Назар, 2024).

У 1950-х роках дослідження психологічних факторів депресії стали більш детальними. Було виявлено, що депресія пов'язана зі стресом, травмами і психологічними проблемами, такими як низька самооцінка, перфекціонізм, песимізм і тривожність. У 1970-х роках були розроблені методи, які дозволяють вивчати психологію депресії на більш глибокому рівні. Ці методи дозволили виявити, що депресія пов'язана з порушенням роботи таких психологічних процесів, як: сприйняття, мислення, емоції та поведінка (Каряка & Фартушна, 2020).

Сьогодні дослідження психологічних факторів депресії все ще тривають. Однак вже накопичено достатньо доказів, щоб стверджувати, що психологічні

фактори відіграють важливу роль у розвитку цього розладу. У 1980 році американські вчені виявили, що депресія пов'язана з такими психологічними проблемами, як низька самооцінка, перфекціонізм, песимізм і тривожність. Ці дослідження свідчать про те, що депресія є складним психічним розладом, який може мати психологічні причини. Однак важливо зазначити, що психологічні фактори не є єдиною причиною депресії. До розвитку депресії можуть призвести також фактори навколишнього середовища, такі як генетичні фактори і нейрохімічні порушення. Вивчення феномену депресії здійснювалос

На думку низки авторів, які притримуються теорії об'єктивних відносин М. Кляйн, фундаментом формування афективних розладів людини виступає «депресивна позиція», яка є однією з етапів розвитку дитини. Остання є особливим типом зв'язку з об'єктом, який формується у віці 4 місяців і впродовж наступного року посилюється, що може призвести до депресії, якщо особистість тривалий час знаходиться під впливом несприятливих факторів (стрес, втрата, хвороба тощо) (Борисенко & Корват, 2022).

Стосовно означеної теорії, британський дитячий психоаналітик Д. Віннікотт зазначав, що індивід, втративши об'єкт прихильності, «включає» його у власне «Я» і починає відчувати до нього ненависть, що спричиняє переживання людиною депресивного стану. Це говорить про те, що депресія, як і будь-яка реакція людини, супроводжується побічними симптомами, перебіг яких залежить від типу переживання депресії і виходу з неї.

На думку Р. Шандора, виникнення депресивних станів обумовлюється неадекватно сформованою самооцінкою людини. Психоаналітик переконаний в тому, що особистість з неадекватно сформованою самооцінкою знаходиться в зоні ризику переживання депресивного стану. Це пояснюється тим, що людина, яка має неадекватно завищену самооцінку постійно потребує похвали зі сторони інших

Погляди представників екзистенціальної теорії щодо вивчення депресії говорять про те, що причиною виникнення депресії у людини може бути розлад вітальних подій, що включає в себе: зневіру у власних силах, орієнтація на

минуле, майбутнє несе в собі лише розчарування, людина відчуває себе спустошеною та нікчемою. Фактором, що провокує депресію виступає кожний наступний віковий етап людини. Тобто, енергія, яка мала бути спрямована на реалізацію внутрішнього потенціалу у зрілому віці стає направленою в інше русло, що призводить до різноманітних фантазій на тему втрат, які можуть на людину чекати в майбутньому. І для того, щоб уникнути їх індивід надає перевагу якомога довше залишатись на зручному для нього етапі життя (Каряка & Фартушна, 2020).

Відповідно до цього, реальна або уявна втрата певних уявлень про себе веде до виникнення стану меланхолії. Цей стан має на меті розвиток уявлень про себе як про нікчемного та вартого покарання, а за цим всім стоїть неправильне переживання розлуки із втраченим об'єктом, людині важко вчитись жити без нього. Стосовно вивчення депресії, визнаною в цьому є концептуальна позиція, згідно якої біологічні, психологічні та соціальні чинники взаємодіють і справляють комплексний вплив на людину (біопсихосоціальний підхід Дж. Ейнджела, інтегративний підхід Д. Хелла). Вважається, що первинними є біологічні чинники, на основі їх формуються психологічні, а соціальні виконують роль стимулів, що актуалізують дію біологічних та психологічних причин депресії (Пасічняк & Матейко, 2019).

Ще один вагомий фактор виникнення депресивних проявів, соматичні захворювання. Соматичні захворювання, що виникають внаслідок психогенних факторів, називаються психосоматичними розладами. Ці недуги переважно обумовлені розумовими процесами пацієнта, а не безпосередніми фізіологічними причинами. Якщо медичне обстеження не виявляє фізичних або органічних причин захворювання, або якщо його розвиток пов'язаний із такими емоційними станами, як гнів, тривога, депресія чи почуття провини, то хвороба може бути віднесена до психосоматичних.

Взаємодія між тілом і розумом є важливою, адже вони функціонують як єдине ціле. Кожне фізичне захворювання містить певний психологічний аспект, і

те, як особа реагує на нього та справляється з ним, суттєво впливає на перебіг недуги. Дослідження також підтверджують, що депресія є чинником, який підвищує ризик розвитку багатьох захворювань, таких як серцево-судинні хвороби, інсульт, діабет та ожиріння.

Висновки до першого розділу

У процесі проведення аналізу наукових досліджень проблеми було висвітлено сутність, засади і особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану у вітчизняній та зарубіжній психології. Відповідно до цього:

1. Виявлено, що депресивні стани у цивільних осіб проявляються не лише у вигляді психоемоційних, але й фізіологічних порушень. Негативні когніції впливають на здатність особистості мислити конструктивно. Особистість, маючи високий рівень емоційної ерудованості, здатна опанувати себе у надзвичайній ситуації, приборкуючи некеровані емоції, такі як страх, шок, гнів, горе, тривогу тощо. У стресових умовах людина «губиться», втрачаючи контроль над тілом і мозком, але цю закономірність можливо розірвати, тренуючи рівень емоційного інтелекту. Коли ж емоції беруть вгору над розумом, людина не здатна критично оцінити все, що відбувається на даний момент, їй важко знайти шляхи вирішення проблеми. Саме тому теоретичні концепції виникнення депресивних проявів зосереджене на адаптаційних та когнітивних можливостях особистості.

2. Розкрито сутність симптоматики депресивних станів. Більшість наукових досліджень зосередженні саме на вікових проявах депресії. До прикладу у міру набуття життєвого досвіду підліток діє імпульсивно, перебудова організму та гормональний фон підвищують рівень соціальної ізоляції та суїцидальної поведінки що є передумовою виникнення депресивного стану. Водночас у науковій літературі простежується що саме індивідуальна взаємодія особистості

із батьками у ранньому віці формує схильність до депресивних проявів у дорослому віковому періоді. Ранній дитячий вік має масковані депресивні прояви, що проявляються у соматичних відображеннях, таких як проблеми з травленням, сном та головними болями. Така поведінка сприймається дорослими як спосіб маніпуляції, що погіршує можливість психодіагностування.

3. З'ясовано, що прояв депресивних станів у цивільного населення обумовлюється постійним стресом який людина не може контролювати. Саме відсутність суб'єктивного контролю робить період військових дій найбільш сприятливим для розвитку депресивних проявів. Важливим у попередженні виникнення депресивних проявів є метод короткострокового прогнозування. Прогноз стресових ситуацій відбувається синхронно, як у зовнішньому так, і у внутрішньому стані особистості. З одного боку, людина має можливість проаналізувати своє просторово-часове середовище, цей аналіз дозволить визначити різні варіації вирішення та реакцій на стресові ситуації; з іншого, – коли нарешті важка ситуація стане цілком матеріальною, постає необхідність визначення особистого відношення до подій, що стались.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організаційно-процесуальні та змістові аспекти проведення дослідження

Дослідження вивчення депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану було спрямоване на вивчення психоемоційного стану осіб різного віку, зокрема з акцентом на молодь, оскільки саме в цей період життя підвищується чутливість до впливу стресових чинників, відбувається активне особистісне становлення та формуються механізми емоційної саморегуляції. Водночас залучення до вибірки респондентів зрілого віку дозволило розширити дослідницький контекст і розглянути особливості переживання емоційного дистресу в ширшому віковому діапазоні.

Проведення дослідження відбувалось у декілька етапів:

Підготовчий етап був спрямований на опрацювання наукових джерел за проблемою дослідження, уточнення основних понять, визначення мети та завдань роботи, підбір психодіагностичних методик, обґрунтування вибірки. Також було розроблено програму дослідження та переведено обрані методики в електронний формат для забезпечення зручності їх застосування.

Експериментальний етап передбачав проведення діагностичного обстеження респондентів, організацію збір емпіричних даних, а також здійснення їх первинну обробку, аналіз та інтерпретацію. Учасники були поінформовані про мету дослідження та умови участі, що сприяло формуванню довірливого ставлення та отриманню більш щирих відповідей.

Узагальнюючий етап сприяв здійсненню систематизації отриманих результатів, їх статистичній обробці з використанням програми SPSS, формулюванню висновків та окресленню перспектив подальших досліджень.

Вибірку становили 57 осіб, серед яких переважають жінки (77,2%). У дослідженні взяли участь респонденти різного віку, проте найбільш чисельною є група 18-22 роки, що дозволяє розглядати результати в контексті молоді студентського віку. Така вікова специфіка вибірки відображає особливості періоду, пов'язаного з навчальним навантаженням, процесами самовизначення та підвищеною емоційною чутливістю.

У нашому науковому дослідженні ми виходимо з того, що психоемоційний стан особистості є багатовимірним явищем, яке охоплює взаємопов'язані прояви депресії, тривоги та стресу. В умовах підвищеної соціальної напруги та невизначеності особливо актуальним постає питання збереження психічного благополуччя, оскільки саме ці стани визначають здатність людини адаптуватися до складних життєвих обставин, регулювати власні емоції та підтримувати внутрішню рівновагу. Тому основною тенденцією при побудові емпіричного дослідження став вибір таких методів і прийомів, які б максимально повно відображали ключові компоненти психоемоційного стану.

Відповідно до цього, було виокремлено компоненти прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану, серед яких емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти, де перший характеризує інтенсивність та стійкість негативних емоційних переживань, таких як пригніченість, тривога, апатія, відчуття безнадійності та емоційного виснаження. Він відображає загальний емоційний фон особистості та ступінь її внутрішнього дистресу. Другий – включає особливості мислення, сприйняття та інтерпретації подій. Для нього характерні песимістичні оцінки майбутнього, негативні переконання щодо власної ефективності, зниження концентрації уваги та схильність до катастрофізації подій, що особливо посилюється в умовах воєнної невизначеності. Третій – відображає зміни у зовнішній активності та соціальній взаємодії особистості,

зокрема зниження ініціативності, соціальну ізоляцію, уникання контактів, зменшення продуктивності діяльності та порушення базових життєвих рутин (сон, харчування, самоорганізація).

Виокремлені компоненти дають можливість сформуванню рівнів прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану, де високий рівень характеризується вираженими та стійкими проявами негативного емоційного фону, різко негативними когнітивними установками та значним зниженням соціально-поведінкової активності, що суттєво порушує повсякденне функціонування особистості. Середній рівень передбачає помірно виражені емоційні переживання, епізодичні негативні думки та часткове зниження активності, яке не повністю блокує соціальне та професійне функціонування. Низький рівень характеризується слабо вираженими або ситуативними депресивними проявами, які не мають стійкого характеру та не призводять до істотних порушень адаптації та повсякденної діяльності.

Відповідно до виокремлених компонентів було здійснено добір психодіагностичного інструментарію. Так, діагностика емоційного компонента прояву депресивних станів, що виявляються у тривожності, здійснювалася за допомогою методики GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7).

У межах нашого дослідження GAD-7 використовується для визначення рівня генералізованої тривожності як складової психоемоційного дистресу, який супроводжує депресивні прояви в умовах воєнного стану. Тобто методика дозволяє оцінити інтенсивність таких проявів, як надмірне занепокоєння, напруженість, труднощі з контролем тривожних думок, підвищена дратівливість та відчуття внутрішнього дискомфорту (Додаток В).

Методика складається з 7 пунктів, кожен з яких відображає основні симптоми тривожного спектра. Респондент оцінює частоту прояву кожного симптому за останні два тижні за шкалою від 0 до 3 балів, що дозволяє отримати узагальнений показник рівня тривожності. (Н. Алексіна, та ін.. 2024).

Для визначення когнітивного компонента прояву депресивних станів було використано методику PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), яка дозволяє оцінити ступінь вираженості депресивної симптоматики у респондентів.

Особливості прояву поведінкового компонента депресивних станів, що виявляються у загальному рівні психоемоційного дистресу (депресія, тривога, стрес), здійснювалися за допомогою методики DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) (Додаток Г).

У контексті нашого дослідження PHQ-9 використовується для виявлення основних депресивних проявів, що відображаються у переживаннях і мисленнєвих установах особистості, зокрема: зниженому настрої, втраті інтересу або задоволення, почутті втоми, порушеннях концентрації уваги, відчутті безнадійності, заниженій самооцінці, а також можливих думках про самозвинувачення чи суїцидальні ідеї.

Методика складається з 9 пунктів, кожен із яких відповідає ключовим критеріям депресії та оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів залежно від частоти прояву симптомів протягом останніх двох тижнів. Загальний бал дозволяє визначити рівень вираженості депресивних проявів, від мінімального до важкого (Додаток А).

Рівень вираженості депресивних, тривожних і стресових реакцій значною мірою впливає на якість життя особистості, її поведінкові стратегії та загальне психологічне функціонування.

У межах нашого дослідження DASS-21 використовується для комплексної оцінки вираженості негативного емоційного стану, який включає депресивні прояви, тривожність і рівень стресу як взаємопов'язані складові психоемоційного реагування особистості в умовах воєнного стану. Це дозволяє визначити загальний рівень емоційної напруги та ступінь психологічного виснаження респондентів.

Методика складається з 21 пункту, об'єднаних у три рівнозначні підшкали: депресія, тривога, стрес (по 7 пунктів у кожній підшкалі).

Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою Лайкерта (від 0 до 3) залежно від частоти прояву симптомів. Підсумкові бали за кожною підшкалою відображають рівень вираженості відповідного стану, де вищі значення свідчать про більший рівень емоційного дистресу.

DASS-21 у даному дослідженні дозволяє інтегровано оцінити вираженість депресії, тривоги та стресу як єдиного комплексу психоемоційного реагування, що є важливим для аналізу депресивних станів у цивільного населення в умовах воєнного стану.

Комплексне застосування PHQ-9, GAD-7 та DASS-21 дозволяє отримати багатовимірну картину психоемоційного стану респондентів, підвищуючи точність діагностичних висновків. Використання декількох інструментів також забезпечує перехресну перевірку результатів і підсилює наукову обґрунтованість емпіричних даних (Додаток Б).

При доборі психодіагностичного інструментарію враховувалися його надійність, валідність, інформативність і доступність для респондентів. Цим критеріям, на нашу думку, відповідають такі методики:

2.2. Діагностика рівня розвитку депресивних станів цивільних осіб

Результати дослідження емоційного компонента депресивних станів за методикою PHQ-9 свідчать про неоднорідність емоційного благополуччя цивільних осіб та різний ступінь вираженості негативних емоційних переживань у досліджуваній вибірці. Емоційний компонент депресивних станів відображає особливості настрою, здатність переживати позитивні емоції, рівень емоційної стійкості, наявність пригніченості, смутку, безнадійності та емоційного виснаження. Отримані результати дають підстави стверджувати, що для значної частини респондентів характерні ті чи інші порушення емоційної сфери, які можуть негативно впливати на психологічне благополуччя та процес соціально-

психологічної адаптації. У 10,50% досліджуваних зафіксовано тяжкий рівень депресії, у 17,50% осіб помірно тяжкий рівень, 29,80% респондентів мають легкий рівень і 10,50% цивільних мінімальний рівень розвитку даного явища. Кількісні показники результатів подано на рис. 2.2.1.

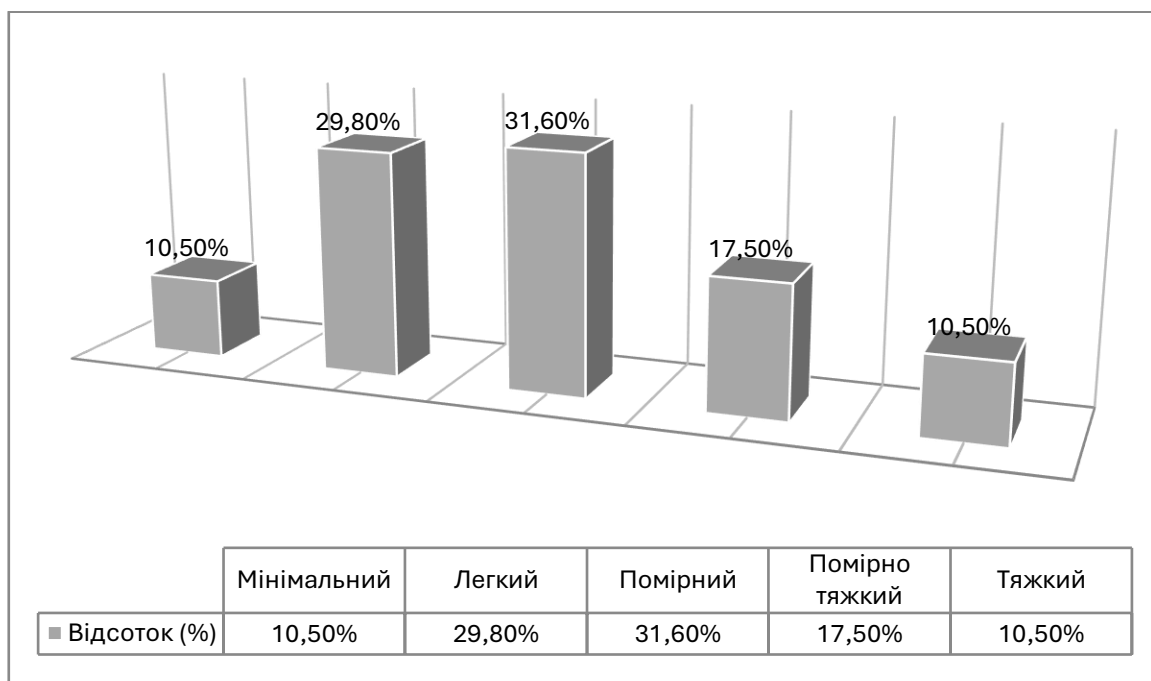


Рис. 2.2.1. Рівні розвитку депресії у цивільних осіб за методикою РНQ-9

Найбільшу групу становлять респонденти з помірним рівнем вираженості емоційного компонента депресивних станів. Для них характерними є стійке зниження настрою, емоційна виснаженість, втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, а також схильність до переживання смутку, пригніченості та розчарування. На відміну від ситуативних емоційних реакцій, такі переживання мають більш тривалий характер і поступово починають впливати на повсякденне життя особистості. У представників цієї групи може спостерігатися зниження емоційної стійкості, підвищена чутливість до несприятливих життєвих подій та труднощі у підтриманні позитивного емоційного фону.

Майже третина досліджуваних продемонструвала легкий рівень вираженості емоційного компонента депресивних станів. Для цих осіб характерними є періодичні коливання настрою, епізодичне відчуття смутку, емоційна втома та певне зниження життєвого тону. Незважаючи на те, що такі прояви ще не мають вираженого дезадаптивного характеру, вони можуть свідчити про поступове виснаження емоційних ресурсів особистості. За умов тривалого стресу, невизначеності або впливу несприятливих життєвих обставин зазначені особливості можуть посилюватися та сприяти подальшому розвитку депресивних переживань.

Незначна частина респондентів характеризується мінімальним рівнем вираженості емоційного компонента депресивних станів. Для представників цієї групи властивими є емоційна стабільність, збереження позитивного ставлення до життя, здатність отримувати задоволення від повсякденної діяльності та ефективно справлятися з життєвими труднощами. Вони демонструють достатній рівень психологічних ресурсів, що сприяє підтриманню емоційної рівноваги навіть за умов підвищеного навантаження.

Водночас у частини досліджуваних виявлено помірно тяжкий рівень розвитку емоційного компонента депресивних станів. Для них характерними є більш глибокі та стійкі негативні емоційні переживання, відчуття внутрішньої спустошеності, емоційного виснаження та безсилля. Такі особи частіше відчувають втрату інтересу до соціальної взаємодії, зниження задоволеності життям та труднощі у переживанні позитивних емоцій. Подібні прояви можуть суттєво ускладнювати процес психологічної адаптації та негативно позначатися на загальному рівні емоційного благополуччя.

Особливої уваги потребує група респондентів із тяжким рівнем вираженості емоційного компонента депресивних станів. Для них характерними є глибоке пригнічення настрою, стійке переживання безнадійності, емоційна спустошеність та практично повна втрата здатності отримувати задоволення від життєвих подій. Такі особливості свідчать про значне порушення емоційного функціонування

особистості та можуть бути індикатором серйозного психологічного неблагополуччя, яке потребує своєчасної фахової допомоги.

Результати діагностики рівня розвитку емоційного компонента депресивних станів цивільних осіб, що здійснювалось за допомогою методики GAD-7, дали можливість зафіксувати 17,60% досліджуваних мають високий рівень тривожності, 31,60% - середній, 36,80% - легкий та лише 14% не мали прояву симптомів даного явища. Кількісні результати отриманих результатів представлені на рисунку 2.2.2.

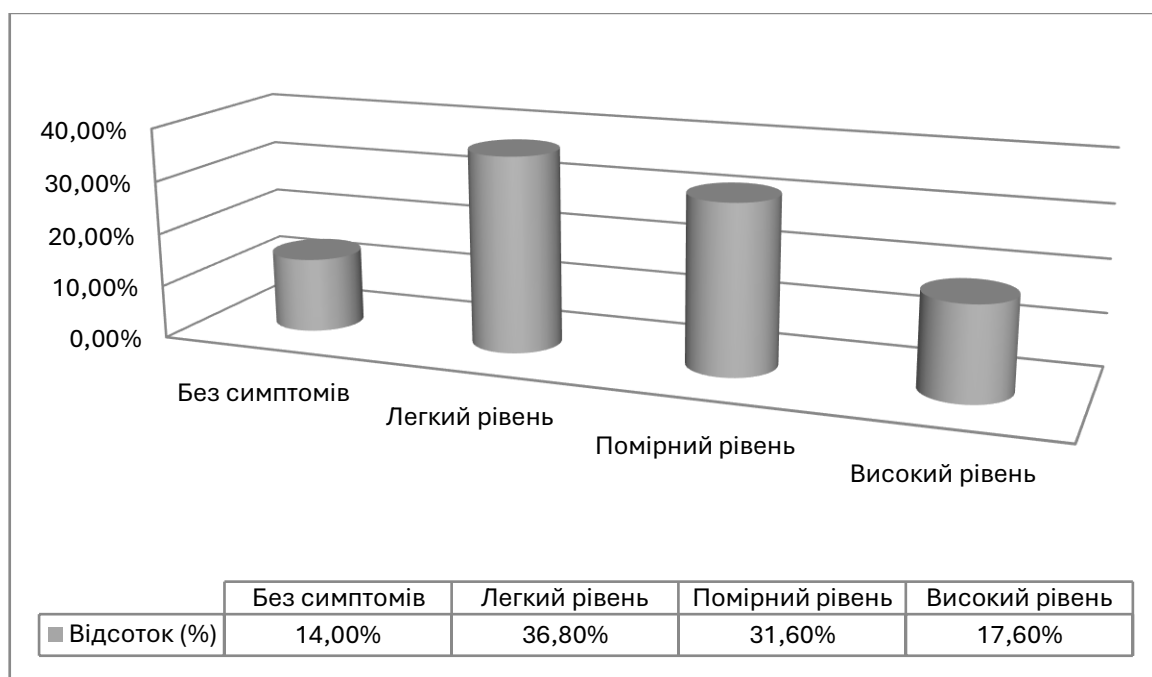


Рис.2.2.2. Рівень розвитку емоційного компоненту депресивних станів цивільних осіб за методикою GAD-7

Таким чином, результати дослідження свідчать, що емоційний компонент депресивних станів характеризується достатньо високою поширеністю серед цивільних осіб. У більшості респондентів спостерігаються різні за інтенсивністю прояви пригніченого настрою, емоційної виснаженості, втрати інтересу до звичної діяльності та зниження емоційної стійкості. Отримані дані вказують на те, що емоційна сфера є однією з найбільш уразливих складових психологічного

функціонування особистості та значною мірою визначає загальний рівень розвитку депресивних станів.

Результати дослідження когнітивного компонента депресивних станів за методикою DASS-21, свідчать про те, що у більшості респондентів не спостерігається виражених порушень процесів мислення та когнітивного функціонування. Разом із тим значна частина досліджуваних демонструє окремі когнітивні особливості, які можуть негативно впливати на сприйняття життєвих ситуацій, оцінку власних можливостей та прийняття рішень.

Найбільшу групу становлять респонденти з легким рівнем вираженості когнітивного компонента депресивних станів – 35,1% (20 осіб). Для них характерні ситуативні труднощі концентрації уваги, періодичне повернення до негативних думок, схильність до сумнівів щодо правильності власних рішень та незначні прояви песимістичного прогнозування. Такі особливості мають переважно тимчасовий характер і не призводять до суттєвих порушень когнітивного функціонування. Водночас вони можуть свідчити про підвищену чутливість до стресових подій та тенденцію до більш критичного оцінювання власного досвіду.

Нормальний рівень когнітивного компонента виявлено у 28,1% респондентів (16 осіб). Представники цієї групи характеризуються достатньою концентрацією уваги, здатністю до логічного аналізу ситуацій, реалістичною оцінкою життєвих подій та впевненістю у прийнятті рішень. Для них менш характерні когнітивні викривлення, негативні автоматичні думки або схильність до катастрофізації подій. Такі результати свідчать про збереження адаптивних механізмів когнітивної обробки інформації та достатній рівень психологічної стійкості.

Помірний рівень когнітивного компонента встановлено у 22,8% учасників дослідження (13 осіб). Для цієї групи характерними є більш виражені труднощі концентрації уваги, схильність до фіксації на негативних аспектах життєвих подій, песимістичне бачення майбутнього та зниження впевненості у власних

можливостях. У процесі оцінки складних життєвих ситуацій такі респонденти частіше орієнтуються на потенційні ризики та невдачі, ніж на можливості їх подолання. За умов тривалого стресу, соціальної нестабільності та воєнної невизначеності подібні особливості можуть посилюватися та призводити до формування стійких негативних переконань щодо себе, інших людей і майбутнього.

Високий рівень вираженості когнітивного компонента виявлено у 14,0% респондентів (8 осіб). Для них характерні стійкі негативні автоматичні думки, виражені труднощі концентрації уваги, зниження здатності до продуктивного аналізу інформації та схильність до катастрофізації подій. Такі особи частіше інтерпретують життєві труднощі як непереборні, демонструють песимістичне бачення перспектив та сумніваються у власній здатності впливати на ситуацію. Подібні когнітивні прояви відповідають класичним ознакам депресивного мислення та можуть істотно знижувати адаптаційний потенціал особистості, ускладнювати процес прийняття рішень і підтримувати негативний емоційний стан.

Загалом результати свідчать, що переважна більшість досліджуваних характеризується нормальним або легким рівнем когнітивних змін, що вказує на відносно збережене функціонування процесів мислення та адекватне сприйняття життєвих подій. Водночас наявність 36,8% респондентів із помірним і високим рівнями вираженості когнітивного компонента свідчить про поширеність негативних когнітивних тенденцій, серед яких домінують песимістичне прогнозування майбутнього, зниження впевненості у власній ефективності, труднощі концентрації уваги та схильність до негативної інтерпретації подій. Такі особливості можуть виступати важливими психологічними чинниками підтримання депресивних станів та потребують своєчасної психологічної корекції (Рис.2.2.3.).

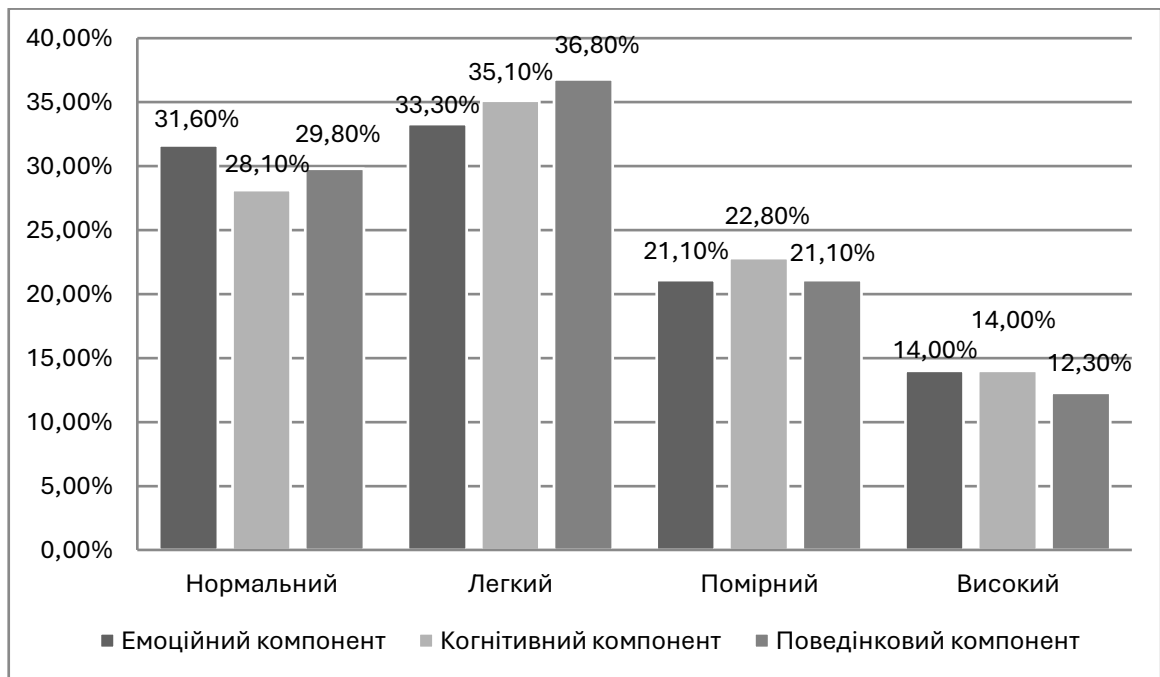


Рис. 2.2.3. Порівняльний розподіл рівнів вираженості емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів депресивних станів (DASS-21)

Узагальнення результатів дослідження когнітивного компонента депресивних станів дозволяє зробити висновок, що особливості мислення, сприйняття та інтерпретації життєвих подій є важливим чинником формування психологічного благополуччя особистості. Когнітивний компонент відображає характер оцінювання людиною себе, власних можливостей, навколишньої дійсності та перспектив майбутнього, а тому виступає одним із ключових механізмів виникнення та підтримання депресивних проявів.

Отримані результати свідчать, що переважна більшість респондентів характеризується нормальним або легким рівнем вираженості когнітивного компонента депресивних станів. Для таких осіб характерною є здатність адаптивно інтерпретувати життєві труднощі, знаходити шляхи їх подолання та підтримувати відносно стабільний рівень впевненості у власних можливостях навіть за умов стресу.

Разом із тим результати показали наявність значної частки респондентів із помірним та високим рівнями вираженості когнітивного компонента депресивних станів. У цих осіб спостерігаються певні порушення когнітивної сфери, що проявляються у труднощах концентрації уваги, схильності до фіксації на негативних аспектах життєвого досвіду, зниженні впевненості у власній ефективності, сумнівах щодо правильності прийнятих рішень та песимістичному прогнозуванні майбутнього. Подібні особливості можуть призводити до формування негативних когнітивних схем, які зумовлюють спотворене сприйняття навколишньої реальності та підтримують депресивну симптоматику.

Особливої уваги заслуговує група респондентів із високим рівнем вираженості когнітивного компонента, для яких характерними є стійкі негативні автоматичні думки, катастрофізація подій, схильність до надмірного узагальнення невдач та зниження здатності до об'єктивного аналізу життєвих обставин. У межах когнітивної теорії депресії такі особливості можуть свідчити про наявність негативної когнітивної тріади, що проявляється через негативне ставлення до себе, світу та власного майбутнього. У результаті навіть нейтральні або потенційно позитивні події можуть інтерпретуватися через призму песимістичних очікувань, що підвищує ризик поглиблення депресивних переживань та ускладнює процес психологічної адаптації.

Таким чином когнітивний компонент є одним із провідних структурних елементів депресивних станів, оскільки саме особливості мислення значною мірою визначають характер емоційного реагування та поведінкової активності особистості. Виявлені когнітивні труднощі можуть виступати чинниками ризику розвитку та підтримання депресивних проявів, що обумовлює необхідність своєчасної психологічної профілактики та корекції. Особливо актуальним є використання методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на виявлення та зміну негативних автоматичних думок, розвиток навичок реалістичного оцінювання подій, підвищення впевненості у власних можливостях і формування більш адаптивних способів інтерпретації життєвого досвіду.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження

Результати емпіричного дослідження, отримані за допомогою методик GAD-7 та PHQ-9, дозволяють розглядати виявлені прояви тривоги та депресії як взаємопов'язані показники емоційного та поведінкового компонентів психоемоційного дистресу. Такий підхід ґрунтується на сучасних психологічних концепціях, відповідно до яких емоційні переживання особистості безпосередньо впливають на її поведінкову активність, рівень залученості до повсякденної діяльності та здатність до ефективного функціонування в умовах стресу.

Аналіз результатів за методикою GAD-7 свідчить про переважання помірного рівня тривожності у значної частини досліджуваних, що характеризує особливості розвитку емоційного компонента психоемоційного дистресу. Виявлені показники відображають схильність до переживання внутрішнього напруження, підвищеної тривоги, занепокоєння щодо майбутніх подій, труднощів у контролі власних емоційних реакцій та зниження відчуття психологічної безпеки. Наявність високих показників тривожності у частини респондентів свідчить про посилення негативних емоційних переживань, які можуть ускладнювати процес адаптації до життєвих труднощів та знижувати загальний рівень психологічного благополуччя.

Результати, отримані за методикою PHQ-9, відображають особливості поведінкового компонента психоемоційного дистресу. Встановлені помірні та виражені рівні депресивних проявів свідчать про наявність змін у поведінковій сфері особистості, які проявляються у зниженні активності, втраті інтересу до звичних видів діяльності, зменшенні мотивації до виконання повсякденних обов'язків, труднощах із концентрацією уваги та схильності до соціального відсторонення. Посилення депресивної симптоматики супроводжується зниженням продуктивності діяльності та обмеженням поведінкової активності, що негативно впливає на якість життя досліджуваних.

Узгодженість результатів, отриманих за методиками GAD-7 та PHQ-9 (рис. 2.3.1), свідчить про тісний взаємозв'язок між емоційним і поведінковим компонентами психоемоційного дистресу. Підвищення рівня тривожності супроводжується зростанням поведінкових проявів депресії, що проявляється у зниженні активності, звуженні кола інтересів та погіршенні адаптаційних можливостей особистості. Отримані результати підтверджують комплексний характер психоемоційного дистресу та необхідність його розгляду через взаємодію емоційних переживань і поведінкових реакцій особистості.

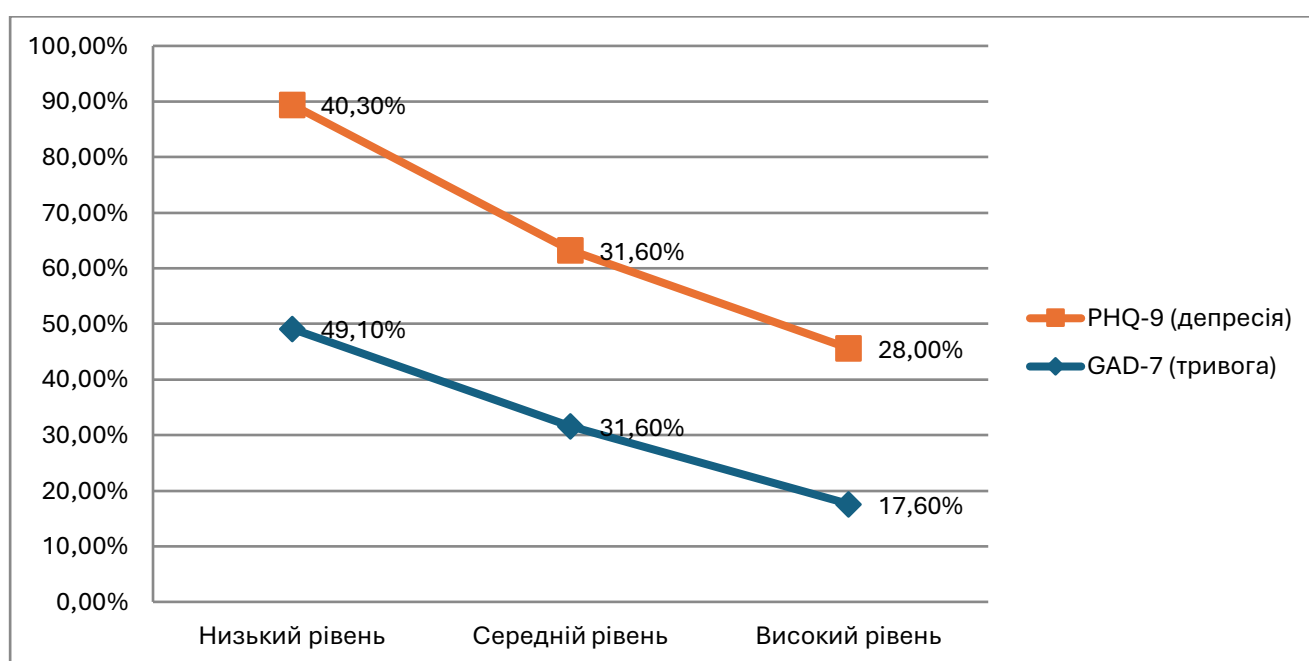


Рис. 2.3.1. Взаємозв'язок між поведінковим та емоційним компонентом за методиками GAD-7 та депресії (PHQ-9)

Узагальнений аналіз розподілу показників дозволяє констатувати наявність виражених порушень емоційного та поведінкового компонентів депресивних станів у досліджуваній вибірці. Зокрема, за результатами методики GAD-7 переважають легкий та помірний рівні тривожності (68,4%), що свідчить про підвищену вираженість емоційного компонента. Це проявляється у схильності

респондентів до переживання внутрішнього напруження, тривоги, занепокоєння, емоційної нестійкості та труднощів у контролі негативних емоційних переживань.

Водночас результати методики PHQ-9 демонструють, що 59,6% досліджуваних мають помірний та вищий рівень депресивної симптоматики, що відображає особливості поведінкового компонента депресивних станів. Для таких осіб характерними є зниження загальної активності, втрата інтересу до звичних видів діяльності, зменшення мотивації до виконання повсякденних обов'язків, уникнення соціальної взаємодії та зниження продуктивності діяльності.

З позицій компонентного аналізу отримані результати свідчать про взаємозв'язок емоційного та поведінкового компонентів депресивних станів. Підвищений рівень тривожності як прояв емоційного компонента супроводжується посиленням негативних змін у поведінковій сфері, що знаходить відображення у зниженні активності, пасивності та обмеженні соціальної залученості. У свою чергу, зниження поведінкової активності може сприяти посиленню негативних емоційних переживань, формуючи замкнене коло психоемоційного неблагополуччя.

Отримані дані свідчать про те, що у структурі депресивних станів досліджуваних емоційний компонент представлений переважно тривожними переживаннями різного ступеня вираженості, тоді як поведінковий компонент проявляється через зниження активності та порушення звичного функціонування особистості. Таким чином, депресивні стани доцільно розглядати як результат взаємодії емоційних переживань та поведінкових змін, які спільно формують загальну картину психоемоційного дистресу.

Перед проведенням кореляційного аналізу було здійснено перевірку характеру розподілу досліджуваних змінних із використанням критеріїв нормальності. Отримані результати засвідчили, що розподіл показників депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7) та підшкал DASS-21 статистично значуще відхиляється від нормального ($p < 0,05$), що дозволяє охарактеризувати дані як такі, що не

відповідають параметричним припущенням і обґрунтовує застосування непараметричних методів аналізу (Додаток Ж).

Відповідно, для оцінки взаємозв'язків між змінними було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (Spearman's rho), який дозволив виявити статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між усіма показниками психоемоційного стану. Зокрема, встановлено взаємозв'язки між депресією (PHQ-9), тривожністю (GAD-7) та підшкалами депресії, тривоги і стресу за методикою DASS-21 (Табл.2.3.1.) (Додаток К).

Таблиця 2.3.1.

Результати кореляційного аналізу між емоційним, когнітивним та поведінковим компонентами депресивних станів цивільних осіб

Змінні	PHQ-9	GAD-7	DASS-Dep	DASS-Anx	DASS-Str
PHQ-9	1.000	0.855	0.872	0.854	0.874
GAD-7	0.855	1.000	0.854	0.837	0.906
DASS-Dep	0.872	0.854	1.000	0.815	0.903
DASS-Anx	0.854	0.837	0.815	1.000	0.864
DASS-Str	0.874	0.906	0.903	0.864	1.000

Отримані результати свідчать про високу узгодженість між компонентами та їх спрямованість на вимірювання спільного латентного конструкту – загального психоемоційного дистресу. Найсильніші кореляційні зв'язки виявлено між емоційним компонентом, представленим рівнем тривожності за методикою GAD-7, та поведінковим компонентом, представленим підшкалою стресу DASS-21 ($\rho = 0,906$). Це свідчить про те, що підвищення рівня тривожності супроводжується посиленням психоемоційного напруження, труднощами саморегуляції та зростанням поведінкових проявів стресу.

Також встановлено тісний позитивний взаємозв'язок між когнітивним компонентом депресивних станів, який визначався за методикою PHQ-9, та поведінковим компонентом за підшкалою стресу DASS-21 ($\rho = 0,874$). Отримані результати дають підстави стверджувати, що зростання депресивної симптоматики супроводжується посиленням поведінкового виснаження, зниженням активності та труднощами адаптації до стресових умов.

Крім того, високий рівень кореляції виявлено між когнітивним компонентом депресивних станів за PHQ-9 та когнітивно-емоційним компонентом депресії за шкалою DASS-21 ($\rho = 0,872$), що підтверджує узгодженість між показниками, спрямованими на вимірювання депресивної симптоматики. Це свідчить про взаємопов'язаність негативних когнітивних установок, зниженого емоційного фону та втрати мотиваційного ресурсу особистості.

Помітний кореляційний зв'язок також зафіксовано між емоційним компонентом тривожності за GAD-7 та когнітивним компонентом депресії за PHQ-9 ($\rho = 0,855$), що вказує на взаємопідсилювальний характер тривожних і депресивних проявів. Це означає, що підвищення рівня емоційної напруги супроводжується формуванням негативних думок, песимістичної оцінки ситуацій та посиленням депресивних переживань.

Водночас встановлено високі позитивні взаємозв'язки між емоційним компонентом тривожності GAD-7 та когнітивно-емоційним компонентом депресії DASS-21 ($\rho = 0,854$), а також між емоційним компонентом тривоги DASS-21 та поведінковим компонентом стресу DASS-21 ($\rho = 0,864$). Це свідчить про те, що емоційні переживання, когнітивні оцінки та поведінкові реакції функціонують як єдина система психоемоційного реагування особистості.

Особливості прояву депресивних станів у досліджуваній вибірці характеризуються вираженими змінами емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів психічного функціонування особистості.

Емоційний компонент депресивних станів проявляється у домінуванні емоційно-енергетичного виснаження, що супроводжується зниженням загального

життєвого тону, редукцією позитивного афективного реагування, підвищеним рівнем тривожності та обмеженням здатності до переживання позитивних емоцій. У респондентів спостерігається схильність до переживання внутрішньої напруги, емоційної нестабільності, пригніченого настрою та психологічного виснаження, що свідчить про порушення емоційної регуляції та зниження стійкості до стресових впливів.

Когнітивний компонент депресивних станів відображається у формуванні негативно забарвлених оцінок власного функціонування, зниженні суб'єктивного відчуття ефективності та тенденції до песимістичної інтерпретації життєвих подій. Для досліджуваних характерними є негативні автоматичні думки, труднощі концентрації уваги, схильність до фіксації на проблемах та зниження віри у можливість позитивних змін. Подібні когнітивні особливості сприяють підтриманню депресивної симптоматики та посиленню внутрішнього емоційного напруження.

Поведінковий компонент депресивних станів проявляється у зниженні активності, труднощах адаптації до повсякденних вимог, обмеженні соціальної взаємодії та виснаженні поведінкових ресурсів особистості. У частини респондентів простежується схильність до уникнення складних ситуацій, зниження мотивації до діяльності, пасивності та зменшення залученості до звичних форм активності. Такі поведінкові прояви можуть виступати наслідком тривалого психоемоційного напруження та свідчити про зниження адаптаційних можливостей особистості.

Важливо, що виявлені депресивні прояви не мають ізольованого характеру, а інтегруються у загальну структуру психоемоційного дистресу, де емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти функціонують у тісному взаємозв'язку. Високі кореляційні зв'язки між показниками PHQ-9, GAD-7 та підшкалами DASS-21 свідчать про системний характер депресивної симптоматики, яка охоплює не лише афективний рівень функціонування, а й когнітивні процеси та поведінкові реакції на стресові обставини.

У цьому контексті депресивні стани доцільно розглядати як результат тривалого впливу психоемоційного навантаження, що призводить до виснаження адаптаційних ресурсів особистості, порушення емоційної регуляції, негативізації когнітивної сфери та зниження здатності до ефективного поведінкового реагування й відновлення психологічного балансу.

2.4. Практичні рекомендації щодо профілактики депресивних станів та психологічної підтримки цивільного населення в умовах воєнного стану

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це стан добробуту, який дозволяє кожній людині реалізувати свій потенціал, чинити опір стресу та продуктивно працювати роблячи внесок у життя своєї спільноти (World Health Organization, 2022). Психічне здоров'я об'єднує усі сфери життєдіяльності людини, іншими словами ментальне благополуччя відображає стан не лише внутрішньої гармонії, але й спосіб взаємодії із соціальним оточенням (Maksymenko, 2018).

Збройні конфлікти виступають потужним детермінантом деградації системи громадського здоров'я та соціального благополуччя. Згідно з епідеміологічними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у популяціях, що зазнали впливу війни, спостерігається суттєве зростання поширеності психічних нозологій (World Health Organization, 2011).

У межах сучасних викликів, пов'язаних із тривалим воєнним станом, особливого значення набуває розроблення та впровадження системних підходів до профілактики психічних порушень і забезпечення ефективної психологічної підтримки цивільного населення. Практичні рекомендації в цій сфері доцільно розглядати через призму багаторівневої моделі організації психосоціальної допомоги, яка відображена у вигляді піраміди та демонструє послідовність і взаємодоповнюваність різних рівнів втручання (Рис.2.4.1.) (Hobfoll, 2011).



Рис.2.4.1. Багаторівнева система організації психосоціальної допомоги

Наявна піраміда, відповідає загально визнаній піраміді потреб Маслоу, на риснку 2.4.1. ми бачимо що варто застосовувати багаторівневу організацію психосоціальної допомоги. Найперше, що лежить в основі піраміди це базові послуги та безпека. Тому для того щоб надати саме психологічний супровід людині, яка зазнала впливу надзвичайної ситуації, у зв'язку з якою у неї виникли депресивні прояви, варто в першу чергу забезпечити відчуття суб'єктивної безпеки, та запропонувати соціальні послуги надання спеціалізованої психіатричної та психотерапевтичної допомоги. Базовий рівень піраміди охоплює забезпечення безпеки та життєво необхідних умов. Йдеться саме про задоволення базових потреб, доступ до води, харчування, житла, а також мінімально необхідних медичних і соціальних послуг. За відсутності задоволення фізіологічних потреб особистості будь-які подальші форми психологічного

втручання втрачають ефективність, адже базова потреба у безпеці залишається незадоволеною (Siegel, 2012).

Наступний рівень пов'язаний із підтримкою з боку громади та сім'ї. Міжособистісна підтримка та спілкування є важливим фактором попередження депресивних проявів цивільного населення. Травматичні ситуації створюють умови для самотності та ізоляції соціальних контактів. Відсутність значущих факторів підтримки та комунікації із світом порушує внутрішню рівновагу особистості, її впевненості у власних діях та поглиблює відчуття «непотрібності» та відчуженості. Цільова підтримка, яка є наступним етапом у нашій структурі підтримки цивільного населення та попередження депресивних станів, відображається саме у фаховій допомозі психологами, волонтерами, педагогами або соціальними працівниками. Основним завданням цього етапу є вичвлення ранніх ознак психологічного дистресу та базова психосоціальна підтримка особистості.

Вершина піраміди представлена спеціалізованими послугами, що включають професійну психотерапевтичну та психіатричну допомогу. На цьому рівні здійснюється робота з клінічно вираженими психічними станами, зокрема посттравматичним стресовим розладом, депресивними епізодами, тривожними розладами та іншими порушеннями психічного функціонування (World Health Organization, 2011).

Ефективним засобом на нашу думку є самопомога. Самопомога, визначається як здатність людини або групи осіб підтримувати сталі емоційні реакції, як координатор поведінки людини у дезорганізованому стані, що дає можливість особистості гармонійно функціонувати. При самопомозі використовують ряд методик, які зосереджені на зменшенні стресу та збереженні основних адаптаційних ресурсів індивіда (Рис.2.4.2.) (NICE, 2018; van der Kolk, 2014).

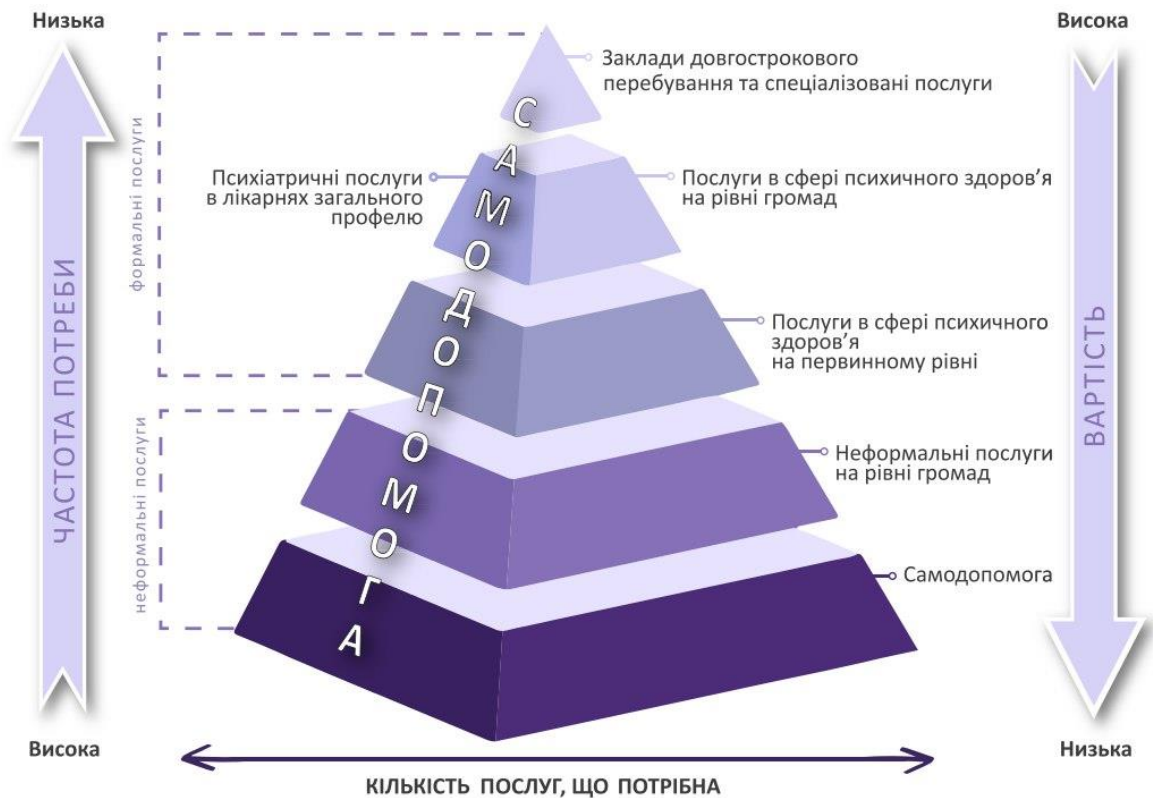


Рис.2.4.2. Принцип самодопомоги у системі психічного здоров'я особистості

Самодопомога особистості відображається саме у саморегуляція, під час адаптації до критичної ситуації, що відіграє роль керування емоціями, та є надзвичайно важливою, особливо в умовах дистресу. Відомо три типи саморегуляції (Porges, 2011; Siegel, 2012):

1) регуляція за допомогою іншої емоції, – передбачає використання свідомих зусиль для активації іншої емоції, протилежної тій, яку людина відчуває і від якої хоче позбутися;

2) когнітивна регуляція, – пов'язана з використанням уваги та мислення для придушення небажаної емоції або встановлення контролю над нею, переведенням уваги та зосередженості людини на події чи стани, які викликають у людини цікавість, збуджують позитивний емоційний досвід;

3) моторна регуляція, – передбачає використання фізичної активності, як засіб розрядки емоційного переживання.

Саморегуляція, є досить складним процесом що тісно пов'язаний з емоційними та когнітивними здібностями індивіда. Хороший рівень цієї складової, дозволяє нам, не піддаватися первинним емоційним реакціям, при цьому коли ми відчуватимемо страх, гнів чи тривогу, вони не керують нами, а навпаки, ми володіємо ними. Розвиток саморегуляції дозволить не лише контролювати емоції, але гнучко та легко адаптуватися до змін (Кокун, 2019).

Війна, та безпосередня участь у ній, здійснюють колосальний вплив на людську психіку, діапазон цього впливу лишається надзвичайно широким та значимим, що впливає на психологічну рівноваженість, стабільність, ідентифікацію індивіда, змінює внутрішні переконання особистості тощо. Емоційний інтелект, доволі гнучкий та піддається тренуванню, і зараз, у період відсутності бажаної фізичної безпеки, постійних тривог та змін, що невинно відбуваються, варто знайти внутрішню рівновагу та адаптуватись до цього складного періоду життя. Уміння стабілізувати психоемоційний стан має вирішальне значення у період підвищених потрясінь, дає можливість активізувати внутрішні ресурси, задля самозбереження та допомоги іншим. Дистрес, що супроводжує людей у наслідок військових дій в Україні, призводить до неконструктивних рішень та збільшує ризик порушень психіки.

Психокорекція – це комплексне поняття, що включає в себе сукупність заходів, які спрямовані на корегування психологічних станів, та поведінки з врахуванням особливостей потреб особистості. Спрямована така робота на індивіда без психічних відхилень та патологій.

Техніки дихальної модуляції є одним із базових інструментів активації парасимпатичної нервової системи, що сприяє зниженню фізіологічного рівня збудження та відновленню гомеостатичної рівноваги. Зокрема, метод «дихання по квадрату», стабілізує не лише емоційний стан, але й впливає на стабілізацію серцевого ритму, знижуючи активність симпатичної нервової системи, яка забезпечує реакцію первинного реагування на стресову ситуацію «бий або біжи». Періодичність вдиху та видиху за допомогою інтервалів затримки знижує рівень

кортизолу «гормону стресу», що робити його ефективним засобом швидкої психоемоційної стабілізації (McEwen, 2007).

Методи заземлення (grounding techniques) використовуються для переривання гострих станів тривоги, паніки або дисоціативних переживань шляхом перенесення фокусу уваги на сенсорне сприйняття реальності. Однією з найбільш досліджених технік є метод «5-4-3-2-1», який передбачає послідовну ідентифікацію п'яти візуальних об'єктів, чотирьох тактильних відчуттів, трьох звуків, двох запахів і одного смакового стимулу. Така структурована сенсорна орієнтація сприяє активації префронтальної кори та зменшенню домінування лімбічних структур, відповідальних за реакцію страху. Додатково застосовується прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, яка базується на послідовному напруженні та розслабленні основних м'язових груп. Даний метод сприяє зниженню соматичного компоненту стресу, зменшенню м'язового гіпертонусу та загальної психофізіологічної напруги (Porges, 2011).

Когнітивно-поведінкові стратегії спрямовані на відновлення суб'єктивного відчуття контролю, що в умовах хронічної невизначеності є ключовим фактором психологічної адаптації. Інформаційна гігієна передбачає обмеження споживання новинного контенту до контрольованих часових інтервалів і використання надійних джерел, що знижує ризик вторинної травматизації та інформаційного перевантаження. Екстерналізація переживань через ведення щоденника, вербалізацію емоцій або арт-терапевтичні практики сприяє когнітивній обробці травматичного досвіду, переводячи афективні реакції у більш усвідомлену та структуровану форму (van der Kolk, 2014).

Ресурсноорієнтований підхід базується на концепції збереження та відновлення психологічних ресурсів як ключового чинника стійкості. Стресогенні чинники притаманні для критичних ситуацій, особливо, якщо ці ситуації пов'язані з війною, що породжує насилля, зневіру та безпорадність. Ситуації що несуть загрозу для індивіда є руйнівними для психічного здоров'я, особливо тоді, коли це триває довгий період часу. Війна залишає відбиток на свідомості особистості,

унеможливує її попереднє існування, змушуючи пристосовуватись на нових, складних умовах існування. Проте, зміна у наслідок військового конфлікту, може мати позитивні якості, до прикладу зміна життєвих стратегій, зміцнення та усвідомлення цінності інших, «життя тут і зараз», внутрішня боротьба, альтруїзм, емпатійність до оточення, існування у складних умовах, що дає можливість пристосування до критичних умов життя.

Окреме значення має гігієна сну та підтримка базових фізіологічних функцій, оскільки вони безпосередньо впливають на когнітивну стійкість та емоційну регуляцію. Дотримання режиму сну, створення умов для темряви та тиші, а також використання релаксаційних практик перед сном сприяють нормалізації циркадних ритмів. Адекватна гідратація має значення для зниження рівня фізіологічної тривожності, оскільки навіть незначна дегідратація може посилювати симптоматику стресу. Регулярна фізична активність, навіть у мінімальному обсязі, сприяє метаболізму стресових гормонів і зменшенню психофізіологічного напруження.

В умовах військового стану, особливого значення набуває психоедукація, адже саме при наявності базових знань первинної психологічної допомоги можна завадити розвитку депресивних проявів, як наслідку травматизації особистості у кризовій ситуації. Завдяки обізнаності у психічних процесах та поведінкових реакціях особистості, особистість може «дати раду» не лише собі, але й мобілізувати потрібні сили та емоційні реакції, у певний період часу, для досягнення цілі та активізації особистісних ресурсів. Простими словами, це вміння підтримувати емоційний тонус, що необхідний індивіду для внутрішньої мотивації. Потрібно пам'ятати, що коли виникають неконтрольовані емоції, їх завжди супроводжує біологічна реакція, така як, біль у грудях, запаморочення, нудота або поколювання у животі тощо. Особистість, яка контролює свій емоційний стан у надзвичайній ситуації, якою б вона не була, контролює і своє тіло на фізичному рівні, і здатна діяти. Із людини якій потрібна допомога, вона сама стає помічником (Shevchenko & Lytvynenko, 2023).

У реаліях війни робота з людьми стає значно складнішою. Багато хто пережив втрати, вимушене переселення, страх за життя чи тривалий емоційний тиск. У таких умовах особливо важливо вміти помічати навіть неочевидні прояви психологічної травми, тривоги або депресивних станів. Розуміння того, як саме ці стани впливають на поведінку, мислення та здатність людини адаптуватися, допомагає фахівцеві діяти більш обережно, уважно й ефективно.

Не менш важливою є здатність правильно встановлювати соціальні зв'язки. У кризових ситуаціях слова мають велику вагу, але ще більше значення має тон, ставлення і щирість. Емпатія, це більше про здатність розуміння інших. Таким чином можна говорити про міжособистісну адаптацію в соціумі. Адже, стресова ситуація, як наприклад, війна чи певна катастрофа, об'єднує людей одним горем, а висока емпатійність допомагає зрозуміти кожного, та підтримати у скрутний час. Як приклад високої емпатії, можна навести різні угруповання українських волонтерів. Кожен з них також переживає тривогу, відчай та страх у період війни, але люди об'єднавшись для виконання завдань та поставленої мети, зуміли адаптуватися, і допомагають іншим, рятуючи таким чином не лише власний емоційний стан, але й підтримують у важкі часи людей, які цього потребують. Розлад емпатії, супроводжують такі психологічні хвороби, як психопатія, соціопатія, нарцистичний розлад, та відхилення, що пов'язані з аутизмом (Предко & Сомова, 2022).

Ще один важливий аспект полягає в тому, що психоедукація змінює сам підхід до допомоги. Вона дозволяє бачити людину не лише через її проблеми чи запити, а як цілісну особистість зі своїми переживаннями, ресурсами та потребами. Завдяки цьому підтримка стає більш глибокою і дійсно ефективною, адже враховує як зовнішні обставини, так і внутрішній стан людини. Крім того, вона сприяє кращій взаємодії між різними фахівцями. У складних умовах війни допомога рідко буває одновимірною, і соціальні працівники часто працюють разом із психологами, медиками, педагогами. Спільне розуміння базових

психологічних процесів значно полегшує цю взаємодію і робить її більш узгодженою.

Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження дозволило нам сформулювати низку результатів:

1. Організація та проведення емпіричного дослідження ґрунтувалися на комплексному підході до вивчення депресивних станів як багатокomпонентного психологічного феномену, структура якого охоплює емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти. Для реалізації поставленої мети було використано стандартизовані психодіагностичні методики PHQ-9, GAD-7 та DASS-21, що дозволило здійснити комплексну оцінку психоемоційного функціонування особистості.

2. У процесі проведення психодіагностичного дослідження було встановлено, що для більшості респондентів характерним є легкий та помірний рівень вираженості емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів депресивних станів. Емоційний компонент проявлявся у підвищеному рівні тривожності, внутрішньому напруженні, емоційній нестабільності та схильності до переживання пригніченого настрою. Когнітивний компонент характеризувався наявністю негативних оцінних суджень щодо власних можливостей, песимістичною інтерпретацією життєвих подій, труднощами концентрації уваги та тенденцією до фіксації на негативному досвіді. Поведінковий компонент виявлявся у зниженні рівня активності, виснаженні адаптаційних ресурсів, труднощах підтримання звичного ритму життєдіяльності та схильності до уникнення стресогенних ситуацій. Водночас у частини респондентів було зафіксовано високий рівень прояву досліджуваних компонентів, що свідчить про

наявність вираженого психоемоційного неблагополуччя та ризику формування стійких депресивних і тривожних станів.

3. Результати емпіричного дослідження дозволяють констатувати, що психоемоційний стан більшості досліджуваних характеризується помірним рівнем психоемоційного дистресу, у структурі якого простежується взаємопов'язане функціонування емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів депресивних станів. Емоційний компонент проявляється у формі підвищеної тривожності, емоційного виснаження та нестабільності афективного реагування; когнітивний – у негативізації мислення, формуванні песимістичних когнітивних схем та зниженні суб'єктивного відчуття контролю над власним життям; поведінковий – у зменшенні активності, труднощах поведінкової саморегуляції та зниженні адаптивних можливостей особистості. Проведений кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена засвідчив наявність статистично значущих позитивних взаємозв'язків між усіма досліджуваними показниками ($p \leq 0,01$).

4. Предметом розроблених практичних рекомендацій є збереження та підтримка психічного здоров'я цивільного населення шляхом комплексного впливу на емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти депресивних станів в умовах воєнного часу. Практичні рекомендації спрямовані на зниження рівня емоційного напруження та тривожності, розвиток навичок емоційної саморегуляції, формування адаптивних когнітивних стратегій подолання стресу, корекцію негативних автоматичних думок і песимістичних когнітивних установок, а також відновлення поведінкової активності, підвищення адаптаційних ресурсів та розвитку ефективних способів подолання психоемоційного навантаження. Комплексний характер запропонованих рекомендацій обумовлений тим, що депресивні стани мають системний характер і охоплюють не лише емоційну сферу особистості, а й когнітивні процеси та поведінкові механізми реагування на стресові обставини.

ВИСНОВКИ

За результатами кваліфікаційної (дипломної) роботи сформульовано такі основні висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення особливостей прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану. Узагальнення вітчизняних та зарубіжних досліджень свідчить, що депресивні стани розглядаються як складне багатовимірне явище. Прояв депресивних проявів корелюється від генетичних факторів до травматичних переживань особистості. Також виникнення депресивних станів науковці пов'язують саме із порушенням нейрохімічних процесів у мозку. До прикладу, деформація синтезу гормонів, які відповідають за мотивацію, отримання «винагороди», загальний стан настрою, якість сну та первинну реакцію організму на стресові ситуації. Саме порушення нейромедіаторів і нестача підтримки з боку оточення підвищує ризик виникнення депресивних станів у будь-якому віці.

2. Досліджено особливості прояву депресивних станів у цивільного населення в умовах воєнного стану. Встановлено, що в структурі виявлених депресивних станів простежується залучення емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів психоемоційного функціонування особистості. Емоційний компонент проявляється насамперед у стійкому зниженні настрою, підвищеній втомлюваності, емоційному виснаженні, відчутті внутрішньої напруги та тривоги щодо майбутнього. Це свідчить про порушення емоційної регуляції та зниження здатності до відновлення емоційного балансу в умовах тривалого стресу.

Когнітивний компонент відображається у втраті інтересу до звичних видів діяльності, формуванні песимістичних очікувань, переживанні безнадійності та негативній оцінці власного майбутнього. Такі особливості свідчать про наявність негативних когнітивних установок, які підтримують і посилюють депресивну симптоматику та ускладнюють процес адаптації до складних життєвих обставин.

Поведінковий компонент проявляється у зниженні загальної активності, порушеннях сну та апетиту, тенденції до соціального відсторонення, а також у посиленні психосоматичних скарг. Це може свідчити про виснаження поведінкових ресурсів особистості та зниження її адаптаційних можливостей у відповідь на тривалий психоемоційний тиск.

3. Виявлено, що інтенсивність депресивних проявів значною мірою залежить від рівня залученості особи до травматичних подій, наявності втрат та індивідуальних ресурсів стресостійкості. Окрему увагу приділено віковим особливостям прояву депресії. З'ясовано, що у дітей і підлітків вона часто «маскується» під інші проблеми соматичні скарги, зміни поведінки або труднощі у спілкуванні. У дорослих депресія зазвичай проявляється більш чітко: через пригнічений настрій, втрату інтересу до життя, негативні думки та зниження активності. У людей похилого віку депресивні стани часто поєднуються з фізичними хворобами та самотністю, через що їх буває складніше розпізнати.

4. Проведено аналіз та інтерпретацію отриманих результатів емпіричного дослідження. Узагальнення даних свідчить про варіативність рівнів депресивних, тривожних і стресових проявів у досліджуваній вибірці, що відображає різний ступінь порушення психоемоційного функціонування особистості та нерівномірність вираженості її емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів. За результатами PHQ-9 встановлено, що у вибірці спостерігається різний рівень вираженості когнітивного та емоційного компонентів депресивних станів. Емоційний компонент проявляється у формі зниженого настрою, емоційної втоми та редукції позитивного афективного реагування, тоді як когнітивний компонент відображається у схильності до негативної оцінки власного функціонування, зниженні суб'єктивного відчуття ефективності та песимістичній інтерпретації життєвих подій. У сукупності це свідчить про наявність у частини респондентів стійких депресивних тенденцій, які виходять за межі ситуативних емоційних реакцій.

За результатами GAD-7 встановлено переважання помірного рівня тривожності, що відображає активацію емоційного компонента психоемоційного стану. Емоційний компонент у даному випадку проявляється у вигляді внутрішнього напруження, підвищеної чутливості до стресових факторів та емоційної нестабільності. У частини респондентів зазначені прояви можуть набувати більш вираженого характеру та поступово впливати на когнітивну сферу, посилюючи негативні очікування та ускладнюючи емоційну регуляцію.

За інтегрованими показниками DASS-21 встановлено, що у частини респондентів спостерігається підвищений рівень вираженості емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів психоемоційного дистресу. Емоційний компонент проявляється через підвищений рівень тривоги та напруження, когнітивний – через негативізацію мислення та зниження здатності до конструктивної інтерпретації подій, поведінковий – через зниження активності, труднощі саморегуляції та виснаження адаптаційних ресурсів. Це свідчить про системний характер психоемоційних порушень, які охоплюють усі рівні функціонування особистості.

Кореляційний аналіз показав високі позитивні зв'язки між усіма змінними ($r = 0,815-0,906$), що підтверджує їхню структурну взаємопов'язаність у межах єдиного психоемоційного конструкту. Найсильніші взаємозв'язки виявлено між емоційним компонентом (тривожність за GAD-7) та поведінковим компонентом (стрес за DASS-21), що свідчить про те, що посилення емоційного напруження супроводжується зростанням поведінкової дезадаптації та виснаженням адаптаційних ресурсів. Також встановлено тісний зв'язок між когнітивним компонентом (депресія за PHQ-9) та поведінковим компонентом, що відображає взаємозумовленість негативних когнітивних установок і зниження активності та мотивації.

5. Розроблено практичні рекомендації щодо профілактики депресивних станів та психологічної підтримки цивільного населення в умовах воєнного стану. Встановлено, що в умовах війни система психосоціальної підтримки має бути

багаторівневою та включати як базове забезпечення безпеки та життєвих потреб, так і спеціалізовану психотерапевтичну допомогу. Важливу роль у цій системі відіграє соціальна підтримка з боку родини та громади, яка виступає першим захисним ресурсом у подоланні стресу та запобіганні розвитку депресивних станів. Окрему увагу приділено значенню самопомоги як важливого елемента збереження психічного здоров'я. Доведено, що техніки саморегуляції, зокрема емоційна, когнітивна та моторна регуляція, дозволяють знижувати рівень тривоги, стабілізувати емоційний стан і підвищувати адаптаційні можливості особистості. Ефективними також є дихальні практики, методи заземлення, релаксаційні техніки, когнітивно-поведінкові стратегії та ресурсорієнтовані підходи, які допомагають відновлювати відчуття контролю та зменшувати вплив стресових факторів.

Важливим компонентом психологічної підтримки є також дотримання базових фізіологічних потреб, таких як режим сну, харчування, фізична активність і інформаційна гігієна, що безпосередньо впливають на психоемоційний стан людини та її стійкість до стресу.

Отже, завдання дослідження виконані, мети досягнуто. Проведене дослідження підтверджує актуальність проблеми депресивних станів у цивільного населення в умовах воєнного стану та необхідність подальшого її вивчення. Перспективи подальших наукових розвідок полягають у розробці більш диференційованих програм психологічної допомоги з урахуванням вікових, гендерних та індивідуально-психологічних особливостей осіб, які перебувають у кризових умовах.

РЕЗЮМЕ

Метою дослідження є виявлення особливостей прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

Об'єктом дослідження є депресивні стани особистості, предметом особливості прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану.

У теоретичному розділі розглянуто сучасні наукові підходи до вивчення депресивних станів та їх симптоматики. Депресивні прояви відображаються на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях.

Емпіричне дослідження проводилось із використанням стандартизованих психодіагностичних методик, зокрема PHQ-9, GAD-7, DASS-21. У ході дослідження виявлено, що депресивні прояви характеризуються песимістичним настроєм, відчуттям ізоляції та відчуженості, соматичними розладами та дисомнією (порішення сну). У нашій вибірці переважав помірний та високий рівень вираженості депресивних проявів, важливим аспектом, який впливає на виникнення депресивних станів є стан підвищеної тривоги та хронічного стресу.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для поглиблення розуміння особливостей прояву депресивних станів у цивільних осіб в умовах воєнного стану. Розроблено практичні рекомендації щодо профілактики депресивних станів та психологічної підтримки цивільного населення в умовах воєнного стану.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків

Ключові слова: депресивні стани, воєнний стан, цивільне населення, психоемоційний стан, стрес, соціальна підтримка.

ABSTRACT

Purpose of the study is to identify the features of depressive states among civilians under martial law conditions.

Object of the study is depressive states of the personality, while the subject is the peculiarities of the manifestation of depressive states among civilians under martial law conditions.

The theoretical section examines modern scientific approaches to the study of depressive states and their symptomatology. Depressive manifestations are reflected at cognitive, emotional, and behavioral levels.

The empirical study was conducted using standardized psychodiagnostic methods, including PHQ-9, GAD-7, and DASS-21. The results revealed that depressive manifestations are characterized by a pessimistic mood, feelings of isolation and alienation, somatic disorders, and dyssomnia (sleep disturbances). In the studied sample, a moderate and high level of depressive manifestations prevailed. An important factor influencing the development of depressive states is increased anxiety and chronic stress.

The practical significance of the study lies in the possibility of using the obtained results to deepen the understanding of the features of depressive states among civilians under martial law conditions. Practical recommendations for the prevention of depressive states and psychological support of the civilian population under martial law have been developed.

Structure of the work: the thesis consists of an introduction, two chapters, conclusions, a list of references, and appendices.

Keywords: depressive states, martial law, civilian population, psycho-emotional state, stress, social support.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- American Psychiatric Association. (2024). *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR* (О. Лизак, М. Прокопович, & О. Антонишин, Пер.). Манускрипт.
- American Psychological Association. (2020). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bowlby, J. (2008). *Attachment*. Basic Books.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. In *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 127–147). Oxford University Press.
- Hovens, J. E., Giltay, E. J., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
- Hrehov, R. A. (2017). Medico-biological aspects of depression. *Science of VolSU. Natural Sciences*, 7(2), 35–43.
- Li, S., et al. (2020). Childhood emotional abuse and depression among adolescents: Roles of deviant peer affiliation and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1–2), NP830–NP850. <https://doi.org/10.1177/0886260520918586>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline [NG116]*. London: NICE.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.
- UNICEF Ukraine. (2023). *Psyhichne zdorovia ta psyhhosotsialna pidtrymka molodi v umovakh viiny: Zvit 2023 roku*. <https://www.unicef.org/ukraine/> (дата звернення: 24.03.2026)
- Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.
- World Health Organization. (2022). *Mental health and psychosocial support in emergencies*. WHO.
- Zubovskyi, D. S. (2016). Fenomen posttravmatychnoho zrostannia yak perspektyvnyi napriamok doslidzhen u vitchyzniani psykhologii. *Problemy ekstremalnoi ta kryzovoi psykhologii*, 20, 63–74.
- Aleksina, N., Herasymenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Ukrainian adaptation of the GAD-7 scale for generalized anxiety disorder in wartime conditions. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 11, 77–103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>
- Bedlinskyi, V. O. (2018). Depresyvnna symptomatyka: osoblyvosti perebihu zalezho vid viku patsiienta. *Psyhhonevrolohiia ta neiropsykhia triia*, (3), 22–24.

- Борисенко, Л., Корват, Л., & Корват, В. (2022). Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*, 9(14), 53–65.
- Бортнікова, О. Г. (2021). Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*, 163–172.
- Борщ, К. К. (2023). Особливості прояву стресу серед дітей в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 1, 47–51.
- Дубровіна, І. (2020). *Емоційна стійкість і її розвиток у молоді*. Київ: Либідь.
- Дяченко, Н. (2023). Депресивні прояви в умовах соціальних катастроф: досвід українських студентів. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія*, 76, 35–40.
- Заїка, В. М. (2007). Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. У *Психолого-педагогічні аспекти розвитку особистості в сучасному світі* (с. 8–14). Освіта.
- Зінченко, В. (2021). Психологічна допомога студентам з високим рівнем тривожності. *Практична психологія та соціальна робота*, (12), 22–28.
- Зубцов, Д. (2016). Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*, (1), 77–81.
- Карпець, В. І. (2025). *Психологічні складові порушень сну цивільного населення в умовах воєнного стану* (магістерська робота). Київський столичний університет імені Бориса Грінченка.

- Каряка, І., & Фартушна, С. (2020). Психологічні чинники виникнення депресії у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*, 53(3), 70–76. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-53-3-70-76>
- Зінченко, В. (2021). Оптимізація психофізіологічних ресурсів людини: концепція та методи. *Київ: Міленіум*.
- Кокун, О. М. (2019). *Психологія стресостійкості особистості*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
- Кравченко, К. (2020). Психологічна профілактика емоційного вигорання та тривожних станів у студентської молоді. *Актуальні проблеми психології*, 19(1), 45–52.
- Круглова, Н. (2020). Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. *Проблеми сучасної психології*, 49, 202–223. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-49.202-223>
- Максименко, С. Д. (2018). *Загальна психологія*. Київ: Центр навчальної літератури.
- Малкіна-Пих, І. Г. (2005). *Психологія посттравматичного стресу*. Київ: Академвидав.
- Мішиєв, В. Д., Михайлов, Б. В., & Гриневич, Є. Г. (2024). *МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку*. Моріон.
- Назар, Ю. (2024). Аксіопсихологічна модель посттравматичного зростання особистості. *Психологічний журнал*, (13), 24–35.
- Пасічняк, Н. І., & Матейко, Н. М. (2019). Психологічні особливості депресивних розладів. У *Актуальні проблеми сучасної психології: матеріали*

міжнародної науково-практичної конференції (с. 27–31). Видавничий дім «Гельветика».

Предко, В. В., & Сомова, О. О. (2022). Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені В. В. Вернадського. Серія: Психологія*, 33(72), 89–98. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16>

Психологічна та соціальна допомога постраждалим під час війни та у період післявоєнного відновлення: довідник для широкого кола фахівців соціальної сфери. (2025). *Київ: ВАІТЕ.*

Пятницька, Є. В. (2007). *Психологія травматичного стресу.* Миколаїв.

Синицький, В. М. (1986). *Депресивні стани.* Київ: Наукова думка.

Степарук, С., & Сікора, Ю. (2020). Психологічна профілактика депресивних станів. У *Наукові заходи юридичного факультету Західноукраїнського національного університету* (с. 471–474).

Тохтамиш, О. (2018). Посттравматичне зростання в реабілітаційному процесі. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*, 1(3), 57–62. <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2018/3-1/13>

Українське суспільство в умовах війни. (2022). Колективна монографія / С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін.; за ред. Є. Головахи. *Київ: Інститут соціології НАН України.*

Франкл, В. (2019). *Людина у пошуках сенсу.* Київ: Основи.

Фройд, З. (2023). *Вступ до психоаналізу: нові висновки.* Київ: Навчальна книга Богдан.

Шевченко, О. М., & Литвиненко, С. В. (2023). Психологічна допомога населенню в умовах війни: сучасні підходи та практики. *Вісник психології і соціальної роботи*, 2(58), 45–59.

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностичний інструментарій дослідження

Опитувальник про стан здоров'я PHQ-9

Посилання:

<https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%9E%D0%9F%D0%98%D0%A2%D0%A3%D0%92%D0%90%D0%9B%D0%AC%D0%9D%D0%98%D0%9A-%D0%94%D0%95%D0%9F%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%87-phq-9.pdf>

Інструкція. Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем.

№	Твердження	Ніколи	Декілька днів	Більшу половину часу	Майже щодня
1	Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Труднощі із засинанням, поверхневий сон або надмірна сонливість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Відчуття втоми або зниження енергії	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Поганий апетит або переїдання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Негативне ставлення до себе (почуття невдачі, розчарування в собі, відчуття, що підвели родину)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Труднощі з концентрацією уваги (читання, перегляд телепередач тощо)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Сповільненість рухів/мовлення або навпаки надмірна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	збудженість і метушливість				
9	Думки про смерть або самопошкодження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Опитувальник дослідження тривожності (GAD-7)

Посилання:

https://moz.gov.ua/uploads/10/54593-dn_288_20022024_poriadok_dod_5.pdf

General Anxiety Disorder (Генералізований тривожний розлад 7 (GAD-7)) – це коротке опитування для оцінювання симптомів тривожності у людини протягом останніх двох тижнів, яке включає в себе 7 запитань, кожне з яких оцінює тяжкість симптомів за вказаний період згідно бальної системи: варіант відповіді «Ніколи» – 0 балів, «Кілька днів» – 1 бал, «Понад половину часу» – 2 бали, «Майже щодня» – 3 бали.

Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу, де результат у 0–4 бали – без симптомів, 5–9 балів – легкі симптоми, 10–14 балів – помірні симптоми, більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

Код отримувача послуг _____ Дата _____

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

- o Ніколи o Кілька днів
- o Понад половину часу

о Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:

о Ніколи

о Кілька днів

о Понад половину часу

о Майже щодня

4. Нездатність розслабитися:

о Ніколи

о Кілька днів

о Понад половину часу

о Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

о Ніколи

о Кілька днів

о Понад половину часу

о Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

о Ніколи

о Кілька днів

о Понад половину часу

о Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

о Ніколи

о Кілька днів

о Понад половину часу

о Майже щодня

Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Посилання: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbe633be/dn_1265_19072024_dod.pdf

Шкала депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) призначена для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу.

Шкала DASS-21 підходить для діагностики та моніторингу результатів в клінічних умовах, а також для скринінгу психічного здоров'я в неклінічних умовах.

№	Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Мені було важко розслабитися	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Я відчував(ла) сухість у роті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Я взагалі не міг(могла) відчувати позитивні почуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	У мене виникали труднощі з диханням (задишка, прискорене дихання без навантаження)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Мені було важко проявити ініціативу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Я надмірно реагував(ла) на ситуації	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Я відчував(ла) тремтіння (наприклад, у руках)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Я відчував(ла) значне нервово напруження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Мене непокоїли ситуації, де я міг(могла) панікувати або виглядати безглуздо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10	Я відчував(ла), що мені нема чого чекати	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Я почувався(лася) неспокійно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Мені було важко розслабитися	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Я почувався(лася) пригніченим(ою) і сумним(ою)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Я був(ла) нетерпимим(ою) до всього, що заважало мені продовжувати справи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Я відчував(ла), що перебуваю на межі паніки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Я не міг(могла) нічим захопитися	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Я відчував(ла), що нічого не вартий(а) як особистість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Я був(ла) досить образливим(ою)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Я відчував(ла) прискорене серцебиття без фізичного навантаження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Я відчував(ла) страх без очевидної причини	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Я відчував(ла), що життя позбавлене сенсу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Шкала депресії тесту DASS-21 оцінює: • самозневагу, • пригніченість, похмурість, • переконаність у тому, що життя не має сенсу чи цінності, • песимістичний погляд у майбутнє, • нездатність відчувати насолоду чи задоволення, • нездатність зацікавитися чимось чи залучитись до чогось, • безініціативність, повільність.

Шкала тривогитесту DASS-21 оцінює: • тривожність, панічність, • тремтіння, • відчуття сухості в роті, утруднення дихання, серцебиття, пітливість долонь, • занепокоєння щодо можливості втрати контролю та його продуктивності.

Шкала стресу DASS-21 оцінює: • перезбудження, напругу, • нездатність розслабитися, • образливість, легку засмучуваність, • дратівливість, • лякливість, • нервовість, вередливість, • нетерпимість до затримки чи переривання

Посилання на google-форму опитувальника

Посилання на Google

Форму: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfpvGXOtGO7Brm3EZDSEbcxeah3qiACfQuqY1GjcvIAD_4MQ/viewform?usp=sharing&oid=1016377907619036269

94

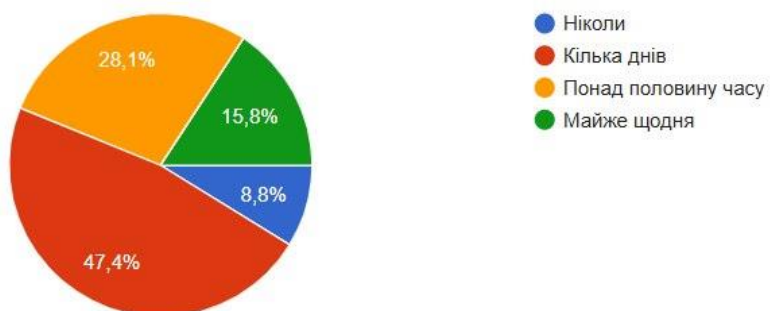
Статистика опитування респондентів

Тест на тривожність (GAD-7)

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

 [Копіювати діаграму](#)

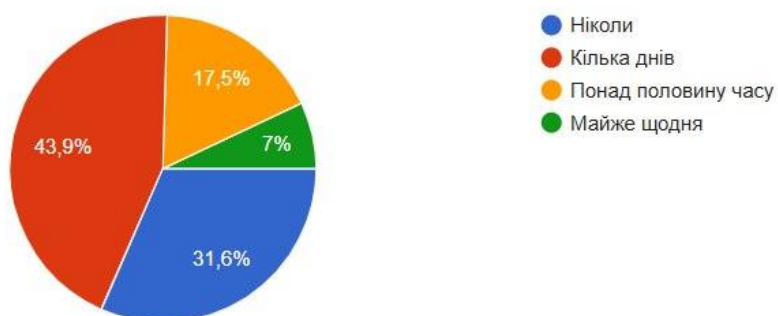
57 відповідей



2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

 [Копіювати діаграму](#)

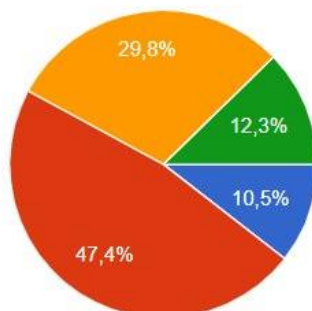
57 відповідей



6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

57 відповідей

 Копіювати діаграму

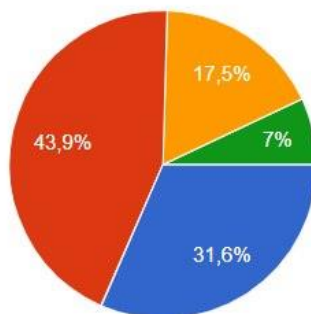


- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

57 відповідей

 Копіювати діаграму



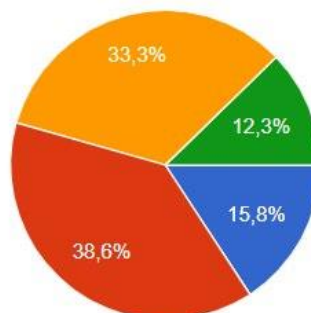
- Ніколи
- Кілька днів
- Понад половину часу
- Майже щодня

Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21)

1. Мені було важко розслабитися

57 відповідей

 Копіювати діаграму

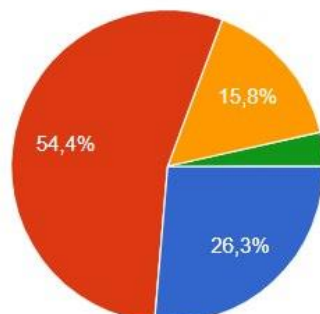


- Ніколи
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

2. Я відчував/ла сухість у роті

57 відповідей

 Копіювати діаграму

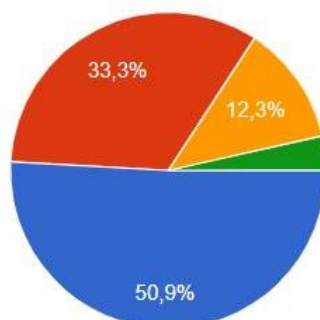


- Ніколи
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

20. Я відчував/ла страх без будь-якої вагомої причини

57 відповідей

 Копіювати діаграму

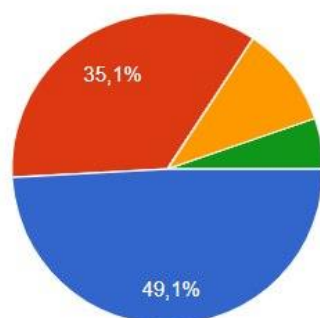


- Ніколи
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

21. Я відчував/ла, що життя позбавлене сенсу

57 відповідей

 Копіювати діаграму



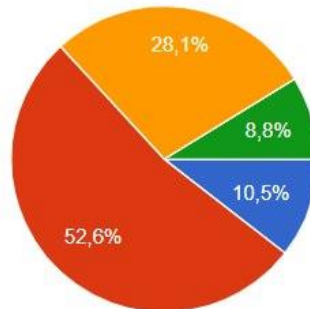
- Ніколи
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

Опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9)

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ

57 відповідей



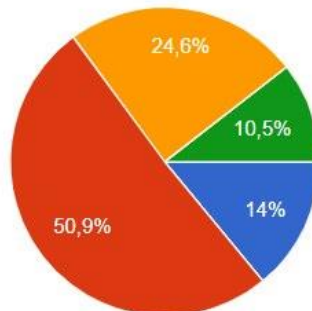


● Ніколи
● Кілька днів
● Понад половину часу
● Майже щодня

2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії

57 відповідей



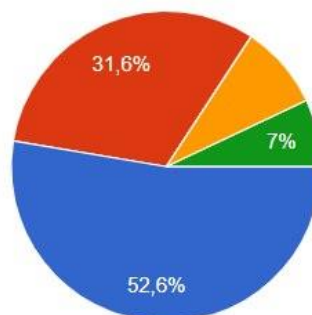


● Ніколи
● Кілька днів
● Понад половину часу
● Майже щодня

8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність

57 відповідей



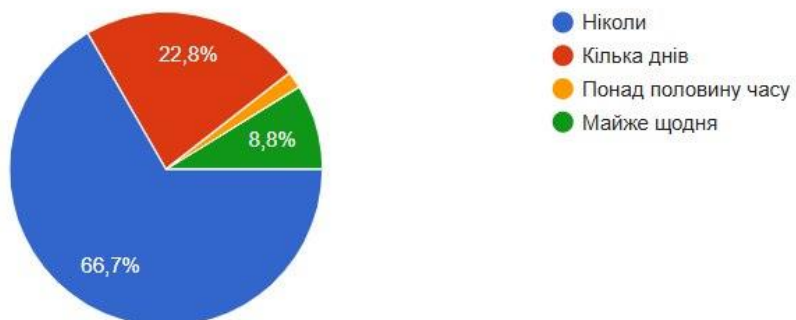


● Ніколи
● Кілька днів
● Понад половину часу
● Майже щодня

9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

57 відповідей

 Копіювати діаграму



Узагальнена таблиця з показниками «сірих балів» проведеного дослідження

№	PHQ-9	GAD-7	DASS-D	DASS-A	DASS-S	№	PHQ-9	GAD-7	DASS-D	DASS-A	DASS-S
1	6	5	8	7	10	30	15	13	18	16	20
2	12	10	15	13	17	31	10	9	12	11	14
3	3	2	5	4	6	32	3	2	5	4	6
4	15	13	18	16	20	33	17	15	20	18	22
5	9	8	11	9	13	34	8	7	10	9	12
6	18	16	21	19	23	35	14	12	17	15	19
7	7	6	9	8	11	36	6	5	8	7	10
8	11	9	13	11	15	37	11	9	13	11	15
9	4	3	6	5	7	38	5	4	7	6	9
10	16	14	19	17	21	39	18	16	21	19	23
11	8	7	10	9	12	40	9	8	11	10	13
12	13	11	16	14	18	41	2	2	4	3	5
13	5	4	7	6	9	42	13	11	16	14	18
14	17	15	20	18	22	43	7	6	9	8	11
15	10	9	12	11	14	44	16	14	19	17	21
16	2	2	4	3	5	45	10	9	12	11	14
17	14	12	17	15	19	46	4	3	6	5	7
18	6	5	8	7	10	47	15	13	18	16	20
19	11	10	13	12	15	48	8	7	10	9	12
20	7	6	9	8	11	49	12	10	15	13	17
21	19	17	22	20	24	50	6	5	8	7	10
22	5	4	7	6	8	51	17	15	20	18	22
23	13	11	16	14	18	52	9	8	11	10	13

24	8	7	10	9	12	53	3	2	5	4	6
25	16	14	19	17	21	54	14	12	17	15	19
26	9	8	11	10	13	55	7	6	9	8	11
27	4	3	6	5	7	56	11	9	13	11	15
28	12	10	15	13	17	57	18	16	21	19	23
29	6	5	8	7	10						

Ранжування результатів дослідження

Ранг	№ респондента	Σ балів	Ранг	№ респондента	Σ балів	Ранг	№ респондента	Σ балів
1	21	102	20	12	72	39	1	36
2	6	97	21	23	72	40	18	36
3	39	97	22	42	72	41	29	36
4	57	97	23	8	59	42	36	36
5	14	92	24	19	60	43	50	36
6	33	92	25	37	59	44	13	31
7	51	92	26	56	59	45	38	31
8	10	87	27	11	46	46	22	30
9	25	87	28	24	46	47	3	20
10	44	87	29	34	46	48	32	20
11	4	82	30	48	46	49	53	20
12	30	82	31	5	50	50	9	25
13	47	82	32	26	51	51	27	25
14	17	77	33	40	51	52	46	25
15	35	77	34	52	51	53	16	16
16	54	77	35	7	41	54	41	16
17	2	67	36	20	41	55	15	56
18	28	67	37	43	41	56	31	56
19	49	67	38	55	41	57	45	56

Кореляційний аналіз

	PHQ-9	GAD-7	DASS-Dep	DASS-Anx	DASS-Str
PHQ-9 Pearson Correlation	1	.855**	.872**	.854**	.874**
Sig. (2-tailed)	—	.000	.000	.000	.000
N	57	57	57	57	57
GAD-7 Pearson Correlation	.855**	1	.854**	.837**	.906**
Sig. (2-tailed)	.000	—	.000	.000	.000
N	57	57	57	57	57
DASS-Dep Pearson Correlation	.872**	.854**	1	.815**	.903**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	—	.000	.000
N	57	57	57	57	57
DASS-Anx Pearson Correlation	.854**	.837**	.815**	1	.864**
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	—	.000
N	57	57	57	57	57
DASS-Str Pearson Correlation	.874**	.906**	.903**	.864**	1
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	—
N	57	57	57	57	57