

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Центр післядипломної освіти, дистанційного та заочного навчання

Кафедра теоретичної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ
ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «магістр»
Ірини ШТАНГРЕТ
2 курсу, заочної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Оксана ХРИСТУК

Рецензент:
кандидат психологічних наук, доцент
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«___» _____ 2024 р., протокол №___

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів
2024

АНОТАЦІЯ

Особливості прояву депресивних станів особистості під час війни

Робота містить детальну психологічну характеристику впливу депресивних станів на особистість, зокрема особливостей прояву цих станів у час війни. За результатами теоретичного та емпіричного дослідження проблеми подано методи і шляхи зменшення прояву депресивних станів.

Емпіричне дослідження допомогло визначити рівень прояву депресивних станів, порівняти ці рівні у місцевих жителів та вимушено переміщених осіб, а також виявити домінуючу симптоматику депресії. У результаті проведеного кореляційного аналізу з'ясовано зв'язок депресивності із соціальною фрустрованістю, тривожністю, ригідністю, гнівом та агресивністю.

Ключові слова: депресія, депресивний стан, тривожність, соціальна фрустрованість, війна.

Peculiarities of the manifestation of depressive states of the personality during the war

The research contains a detailed psychological description of the influence of depressive states on the personality, in particular, the features of the manifestation of these states during the war. According to the results of the theoretical and empirical research of the problem, methods and ways of reducing the manifestation of depressive states are presented.

Empirical research helped to determine the level of manifestation of depressive conditions, to compare these levels in local residents and forcibly displaced persons, as well as to identify the dominant symptoms of depression. As a result of the conducted correlation analysis, the relationship between depression and social frustration, anxiety, rigidity, anger, and aggressiveness was clarified.

Key words: depression, depressive state, anxiety, social frustration, war.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕПРЕСІЇ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1. Історичні аспекти та сучасне тлумачення терміну «депресія».....	7
1.2. Особливості депресивних проявів та їх вплив на особистість.....	13
1.3. Депресивні стани особистості в період війни.....	23
1.4. Методи самопомоги і шляхи подолання депресії.....	25
Висновки до Розділу I.....	31
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ	33
2.1. Організація емпіричного дослідження: методи, методики та вибірка емпіричного дослідження.....	33
2.2. Опис та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	35
2.2.1. Результати порівняльного аналізу емпіричного дослідження	35
2.2.2. Результати кореляційного аналізу емпіричного дослідження	42
Висновки до Розділу 2.....	44
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	48
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Складні суспільно-політичні події, що спіткали Україну, пов'язані із війною, призвели до значного негативного впливу на психоемоційний стан українців. Так, в умовах воєнного стану громадяни нашої країни знаходяться в стані підвищеної фізичної та емоційної напруги. Руйнування територій та знищення майна та матеріальних цінностей, втрата помешкання, вимушене переселення, постійні переживання за здоров'я і життя близьких та рідних посилюють появу страхів, тривоги та інших негативних на емоцій. відповідно постійний негативний емоційний фон призводить до інтенсивного стресу та фрустрації, а це часто супроводжується появою депресивних станів, що можуть переростати і в депресію. Люди втрачають позитивний настрій та все частіше піддаються стресу та фрустрації, що призводить до виникнення депресивних станів.

Реалії мирного часу та воєнних дій – дві амбівалентні реальності можливого буття людини, які потребують від неї різних психічних станів та різної готовності до життя. Війна – це завжди для будь-якої людини руйнування її життя, її уявлень про себе та світ. Це передусім, небезпека для життя, страх перед загрозою її життєдіяльності.

Люди, що потрапили у ситуацію воєнного конфлікту, підлягають масовому зовнішньому впливу, що призводить до змін психоемоційного стану кожної людини, що знаходиться в цих обставинах.

Як зазначає, Т. Титаренко, у змінених контекстах життя, спричинених війною, відбувається зміна композиції життєвого світу, наповнення життя новими ритмами, перспективами-безперспективністю, кардинальна перебудова простору стосунків і пошук і поява нових сенсів. Перебуваючи під постійним тиском кризових ситуацій та подій, у особистості посилюються внутріособистісні конфлікти, перебудова

системи ціннісні орієнтацій, що часто призводить до порушення системи ідентифікацій, цілісності образу «Я» і відповідно формування негативних установок стосовно себе і власного майбутнього. Наявність усіх вищезгаданих особливостей сприяє поглибленню депресивних станів і знижує адаптаційні можливості організму, його копінг -стратегії, активує примітивні та деструктивні механізми захисту і загалом дисбалансиє емоційну сферу особистості.

Почуття печалі, що іноді виникає, є звичайним супутником нашого життя. Депресію, як хворобливий стан, ми припускаємо в тих випадках, коли почуття печалі, що переживаються людьми, занадто сильні або зберігаються дуже тривалий час. Депресивні почуття часто бувають викликані життєвою кризою, такою, наприклад, як смерть коханої людини, розпад сім'ї, втрата роботи, сварка з близькими друзями, проте вони можуть розвинути і без жодної видимої причини. Наявність депресивного розладу ми можемо припускати у випадках, коли депресія позбавляє людини здатність до нормального життя та діяльності.

Депресія – багатогранний та багатовимірний конструкт, що включає різноманітні поведінкові проблеми. Етіологія депресій остаточно не з'ясована. Існує кілька теорій виникнення депресивних станів.

Депресія може стати причиною серйозного порушення здоров'я, особливо якщо вона затягується та протікає у помірній чи тяжкій формі. Депресивні розлади здатні призводити до значних страждань людини, до складнощів на роботі, у школі та в сім'ї, у найгірших випадках – до самогубства. Нині поняття «депресивний стан» називають «депресією» та «депресивним розладом». Депресія може виникати у будь-який період життя, однак часто виникають у молодому віці, схильні до рецидивів та знижують соціальне функціонування.

Однозначно, що в екстремальній ситуації кожна людина може відчувати страх, тривогу, відсутність відчуття безпеки, нервозність, що може призвести до зростання кількості психічних розладів і появи захисних та компенсаторних механізмів. Кожен з нас усвідомлює, що навіть в благополучних

умовах життя, зростає потреба в набутті нових способів успішного існування. Щоденні впливи навколишньої дійсності формують перед людиною задачу перебудови психологічної готовності до подолання непередбачуваних обставин.

Таким чином, депресивний стан негативно впливає на організм та психічний стан людини. Своєчасна профілактика та лікування депресії, виявлення її явних та прихованих ознак, допоможе людині уникнути апатії, занепаду сил, дратівливості, суїцидальних думок та хворобливих порушень у різних системах організму. Дослідження впливу депресії на організм людини буде актуальним завжди, оскільки різноманітність життя тягне за собою різноманітність факторів, які можуть негативно впливати на психічний стан.

Тому вчасна профілактика появи депресивних станів та підбір ефективних шляхів корекції забезпечить формування психологічної гнучкості, ефективних адаптивних механізмів, нормалізацію психоемоційного стану та проектування та побудову життєвого шляху в умовах невизначеності, постійних кризових та стресових переживань.

Метою дослідження є теоретико-емпіричне обґрунтування особливостей, детермінант та чинників прояву депресивних станів особистості у час війни.

Відповідно до мети окреслено такі **завдання дослідження**:

1. охарактеризувати депресивні стани особистості;
2. описати вплив депресивних станів на формування та поведінку особистості;
3. розкрити специфіку прояву депресивних станів у час війни;
4. визначити основні шляхи подолання депресивних станів;
5. здійснити емпіричне дослідження особливостей появи і прояву депресивних станів у сучасних реаліях війни.

Об'єктом дослідження є депресивні стани особистості.

Предметом дослідження є особливості прояву депресивних станів особистості під час війни

Теоетико-методологічною базою дослідження є дослідження особливостей прояву депресивної симптоматики у працях О. Вейн, В. Волошина, С. Дельгадо, С. Кемпінського, О. Кооб, М. Лойд-Джонса.

Медичні та психофізіологічні аспекти розвитку депресії розглядалися у працях І. Наталевич, А. Бека, М. Селігмана та слугували теоретичним підґрунтям нашого наукового аналізу. Також ми опиралися на трактування депресивності як особистісної характеристики, що висвітлено в наукових працях А. Бека, Р. Комера, В. Синицького тощо.

У свою чергу, над вивченням депресивних розладів працювали такі зарубіжні дослідники: У. Бауман, Д. Берлоу В.Д. Менделевич, Н.В. Середина, П.І. Сидоров, Н.В. Рєпіна, Д. Хелл та інші.

Методологія, методи та методики дослідження. Основними методами теоретичного дослідження були аналіз, систематизація та узагальнення теоретичних концепцій та розробок), а емпіричними – використання психодіагностичних методик, а саме авторський опитувальник симптоматики шкала депресії А. Бека, депресивних станів В. Капустіної, методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка, опитувальник соціальної фрустрованості Вассермана,

Теоретична значущість дослідження полягає у конкретизації знань щодо особливостей прояву депресивних станів особистості, яка перебуває в умовах війни та переживає низку негативних емоційних станів, у тому числі депресивних.

Практична значущість дослідження спрямована на розробку ефективної стратегії профілактики та подолання депресивних проявів у особистості.

Структура роботи. Робота розміщена на 51 сторінках, містить вступ, два розділи, висновки, список використаних джерел (45 позицій), додатки.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ДЕПРЕСІЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Історичні аспекти та сучасне тлумачення терміну «депресія»

Депресія – психічний розлад, що характеризується зниженням настрою та втратою здатності переживати радість (ангедонія), негативними судженнями, песимістичним поглядом на те, що відбувається, а також руховою загальмованістю. У першій половині ХХ ст. вчені з'ясували, що депресію люди відчували ще в давнину.

Перші її описи як меланхолії зустрічаються у лікарів стародавнього Єгипту (Еберівський папірус), античності, в тому числі у Гіппократа. Але перші зареєстровані симптоми цього захворювання описані ще у Старому Завіті, де розповідається про царя Саула, який відчував пригніченість. Головна з причин такого стану Саула – його почуття провини перед Господом за порушення Його слова. Легше ставало Саулу, лише коли перед ним на лютні грав юний пастушок Давид.

Багато місць з Книги Псалмів свідчать про те, що й сам Давид іноді також відчував періоди тяжкої зневіри. Сумний вірш і його сина, царя Соломона, що розповідає про метушню.

У Середні віки у Енагрія Понтіака, Іоанна Кассіана описана безпричинна меланхолія пустельників, що поселилися в пустельних місцях. Опівдні чернець відчуває непереборне бажання покинути келію, кинутися тікати або, навпаки, впасти в апатію. Але ставлення до меланхолії не завжди було негативним. Так було в ХІХ ст. вона стає невід'ємною рисою стилю творів романтиків. Більше того, відчувати такі почуття стало модно.

У літературі можна зустріти й незвичні назви меланхолії. Наприклад, беллерофонтова хвороба, на честь героя «Іліади» Гомера, або хвороба Геракла. У

XVII ст. в Англії її почали називати на честь королеви – елизаветинською хворобою, і з середини XIX ст. – депресією.

Іноді причину депресії легко встановити, вона може виявитися несподіваною. Плутарх наводить в одному зі своїх творів історію юного царевича Антіоха, який страждав від таємної, нерозділеної любові до прекрасної мачухи.

З давніх-давен перемогти депресію намагалися різними способами, іноді навіть варварськими, такими як поміщення людини в холод і навіть побиття. Але, незважаючи на це, багато порад досі вважаються правильними: так Гіппократ згадує про ефективність психологічної підтримки, фітотерапії, депривації сну. А великий російський святий Серафим Саровський радив у такі періоди відвідувати своїх духовних друзів і віддалятися від ледарства.

Вперше зробили спробу дослідити проблеми пацієнтів із депресивними розладами вчені З. Фрейд та К. Абрахам [17]. Вони вперше пояснили виникнення депресії із ситуацією втрати об'єкта кохання, зокрема матері.

У книзі З. Фрейда «Скорбота і меланхолія», вчений акцентує особливу увагу на кілька умов, які можуть бути причиною виникнення меланхолії: дитячі травми – виникли через розчарування в об'єкті прихильності, які надалі послужили умовою для характерної поведінки; вибір об'єкта залежності на нарцисичній основі; вигадана чи дійсна втрата, справжнього чи неіснуючого конструкту; перенесення невдоволення і неприязні на власне «Я» (через нарцисичний вибір певні частини «Я» були злиті з об'єктом, тому почуття, адресовані людині, що розчарувала, переносяться на ту частину «Я», в якій представлений інтерналізований і тепер об'єкт ненависті) .

На думку К. Абрахама, підтвердженням агресивності хворих на депресивні розлади є сни, символічні акти, помилкові образи дій. Слідом за цим К. Абрахам дійшов висновку, що хворі на депресивні розлади є сукупністю «оральних» рис, такі як підвищена вимогливість, недоброзичливість, ворожість, залежність, пасивність. Разом з тим, вчений звертає увагу на тісний зв'язок між «розчаруванням у коханні»

та початком депресії. У старшому віці конфлікт у таких інтерсуб'єктивних ситуаціях призводить до активізації, яка зазнала на преєдипальній фазі розвитку інфантильну травму (втрати або заперечення батьками) та пов'язаний з нею конфлікт кохання-ненависті. У такого типу суб'єктів визначають заздрість у поєднанні з пасивністю, підвищену вимогливість [17].

Когнітивний підхід до дослідження депресивних розладів виявляє включення до її виникнення низки когнітивних процесів, таких як когнітивні спотворення, автоматичні думки, глибинні переконання, що загалом утворюють когнітивну схему.

Найбільшою мірою цікавить теорія «когнітивної вразливості», вона інтегрує депресію з присутністю «депресогенних» програм, що формуються в період дитинства та активізується у дорослих під тиском життєво важливих факторів. У межах цього уявлення А. Бек звертає увагу до дві істотні становища у центральних переконаннях депресивних особистостей: «тему безпорадності» (некомпетентності, неспроможності) і «неможливість бути коханим».

Індивідуальні риси суб'єкта мають прямий зв'язок із негативними когнітивними процесами. А. Бек представив два основні типи особистості – «соціотропний» та «автономний», аналогічних аналітичному та інтроєктивному типу в класифікації С. Блата [43].

. Разом з тим, когнітивна теорія депресії ґрунтується на положенні про те, що погляд людини на себе, на навколишній світ є основною причиною депресії. Первинним чинником емоцій та поведінки виступає пізнання. Негативна думка про себе стимулює депресивного індивіда сприймати себе як «неадекватного», звинувачувати себе у своїх проблемах та особисті неприємності розцінювати як власні недоліки.

Розглядаючи психологічний рівень депресії, А. Бек висунув положення про те, що ключ до стану пацієнтів з депресією перебуває в їх свідомості, а саме в когнітивному сприйнятті та переробці інформації [43]. Людина фокусує свою увагу

переважно на негативних аспектах життя і себе, що призводить до систематичного негативного відхилення. Даний поверхневий рівень когнітивних процесів базується на більш глибокому рівні, що виражається в системі переконань і способів володіння людиною.

Система переконань людини визначає сприйняття інформації, що надходить, і як наслідок вироблення стратегій вирішення проблем. Цю теорію активно розвивають і доповнюють і сьогодні. Одним із найбільш значущих факторів при формуванні переконань є дитячі враження та сімейні цінності. Бек сформулював два основні пункти, які визначають переконання депресивних людей. Відчуття своєї неспроможності та неможливості визначати своїми діями своє життя та відсутність відчуття того, що їх можуть любити. У ході своїх досліджень Бек ще раз зробив спостереження про те, що люди, які пережили в дитинстві важку втрату схильні до більш важкої депресії.

Л. Бенжамін висунув теорію структурного аналізу соціальної поведінки. Відповідно до цієї теорії існують два чинники, які викликають як депресію, і зміни особистості: безпорадність і самокритицизм. Дані якості можуть сформуватися у зв'язку з нестачею взаємозв'язку з батьками чи батьками як у формі відсутності реального контакту, так і формі відсутності уваги до потреб дитини та поваги до неї. Домінантність, критика та агресія з боку батьків або значущих інших також може сприяти розвитку як депресії, так і особистісних розладів.

Депресивна особистість або депресивний темперамент розглядалися як початок захворювання або як менш виражена форма захворювання. При цьому депресивні особистісні риси з часом можуть посилюватися, за посиленням тяжкості захворювання. За Е. Крепеліном, депресивний темперамент – це менш виражений (рудиментарний), але за структурою близький до депресії феномен. Депресивні властивості особистості виражені у зниженому фоні настрою, песимістичних поглядах на майбутнє, підвищеному рівні тривоги, вираженому почутті провини та принижують власні можливості. Шнайдер доповнив опис депресивних

особистостей. Згідно з його дослідженнями, депресивні люди також погано привласнюють результати своєї праці та задоволення від них, скептичні, не вміють розслабитися, мають негативну оцінку майбутнього і в цілому важко отримують задоволення від життя [18;20].

У своїй праці Г. Телленбах (1961) описав меланхолійний тип особистості. Такі люди відрізняються спрямованістю на роботу, любов'ю до ладу, відповідальністю, чесністю. У відносинах з іншими людьми залежні, шукають підтримки та схвалення, бояться залишитися одні. Цей тип особистості вважається найчастішим преморбідним станом особистості перед монополярною рекурентною депресією.

Існує кілька теорій виникнення депресивних станів:

Теорія 1. Теорія депресії А. Бека розглядає три основні каузальні елементи (так звану когнітивну тріаду). Люди впадають у депресію, коли вони негативно сприймають (а) себе, (б) своє оточення та (в) своє майбутнє (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Derry, Kuiper, 1981; Kuiper & MacDonald, 1983; MacDonald & Kuiper, 1983; Rehm, 1981).

Теорія 2. Люди впадають у стан депресії, коли вони створюють собі дефіцит позитивного самопідкріплення та надлишок негативного (самопокарання), або коли вони сприймають отримане підкріплення як менше, ніж вони заслуговують (DeMonbreun & Craighead, 1977; Nelson & Craighead, 1977; 1981; Roth & Rehm, 1980; Wener & Rehm, 1975).

Теорія 3. Люди впадають у депресію, коли вони відчувають нестачу в радісних подіях або коли в їхньому житті мало несподіваних, непередбачених успіхів та схвальних оцінок (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Weinstien & Alper, 1970; Lewinsohn & Hoberman, 1982; Lewinsohn et al., 1979). У цілому нині цей підхід перегукується з теорією № 2, але у якихось аспектах є більш специфічним. Льюїнсон, Тері і Хоберман (Lewinsohn, Teri & Hoberman, 1983) приєднали до цієї

моделі деякі інші фактори, що викликають депресію, але ідея дефіциту позитивного підкріплення, як і раніше, залишається найважливішим елементом цього підходу.

Теорія 4. У депресію впадають ті люди, які очікують настання дуже неприємних подій і вважають, що вони мало що зможуть зробити, щоб змінити їх на краще. Вони приписують негативним подіям внутрішні, стабільні та глобальні причини. Позитивні ж події розглядаються ними як детерміновані зовнішніми, нестабільними та дуже специфічними факторами (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975, 1981; Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979).

У практиці будь-якого лікаря може зустрітися пацієнт, який страждає на приховану, замасковану форму депресії. Тоді завданням фахівця буде розпізнати її, дійти правильного діагнозу і призначити ефективне лікування.

Депресія – це в основному результат ірраціонального та нереалістичного мислення. Депресивний стан виникає значною мірою внаслідок абсолютистського, своєрідно детермінованого мислення, яке покладає на людину безглузді обов'язки, які не обґрунтовані раціонально (Ellis, 1975, 1985a, 1985b; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Bernard, 1985; Ellis & Harper, 1975).

Потрібно було б розглядати депресію не як єдиний феномен, а скоріше як багатогранний і багатовимірний конструкт, що включає різноманітні поведінкові проблеми» (McKnight, Nelson, Hayes & Jarrett, 1984, p.334). Кохрен і Хеммен (Cochran & Hammen, 1985), а також Сільвермен, Сільвермен та Ердлі (Silverman, Silverman & Eardly, 1984) представили дані, які показують, що скоріше депресія викликає когнітивні порушення, а не навпаки. Кларк і Хемслі (Clark & Hemsley, 1984) зауважують, що негативні когнітивні прояви, пов'язані з депресією, впливають і особливі особистісні чинники. Деякі дослідники підкреслюють значення таких факторів, як оточення, стрес, підтримка та життєві події для виникнення депресивних станів (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Henderson, 1981; Brown & Harris, 1978; Mitchell, Cronkite & Moos, 1983).

Етіологія депресій остаточно не з'ясована. Та обставина, що деякі емоційні порушення проявляються як спадкові, дає підстави думати про роль генетичних чинників.

Депресивні симптоми можуть ускладнювати соматичні захворювання, а також бути наслідком так званого екологічного стресу – сукупного впливу екологічних, психосоціальних та соціально-екологічних факторів, що спричиняють напругу регуляторних механізмів, порушення рівноваги, зниження стійкості та підвищення ентропійних процесів у фізіологічних системах організму.

1.2. Особливості депресивних проявів та їх вплив на особистість

Слово «депресія» є латинським і означає «пригнічення». У психології депресія окреслюється як афективний стан, у якому відбувається зміна мотиваційної сфери, когнітивних уявлень, зміна емоційного тла і характеризується загальною пасивністю поведінки людини.

На виникнення депресії впливають такі фактори:

1. Соціальні чинники, до яких можна віднести: хронічні стреси у разі втрати близьких, прояви форм насильства, зрад, розлучень; емоційні навантаження на роботі, зміна місця проживання, а також політична та соціальна нестабільність у країні;

2. Психологічні фактори, до яких належить не вміння долати стресові ситуації, схильність людини до постійних переживань та концентрації на негативних життєвих подіях;

3. Біологічні фактори впливають через імунну систему, ослаблення організму внаслідок перенесених тяжких захворювань та ендокринологічні зрушення, наприклад, у разі вагітності;

4. Детонуючі фактори, які посилюють попередні, до них можна віднести: літній вік людини, відсутність близьких та рідних, а також особисті невдачі [22;30].

Депресія може проявляти себе у різний спосіб. Відзначимо основні симптоми: пригнічений настрій протягом тривалого періоду, підвищена стомлюваність при фізичних навантаженнях, відсутність задоволення від звичних справ, які подобалися раніше, а також невпевненість у собі, постійне почуття провини за щось, песимістичне бачення майбутніх подій, порушення сну, апетиту, ваги та тіла та підвищений пульс та/або серцебиття.

Постійна депресія, що викликає почуття тривоги, стурбованості та переживання, призводить до погіршення самопочуття і може супроводжуватися захворюваннями та порушеннями діяльності різних органів, до яких можна віднести: порушення роботи органів травлення, ревматизми, артрити, онкологічні процеси, ендокринні розлади, а також патології серцево-судинної системи, зокрема порушення серцевого ритму. Депресія, тривоги та стрес безпосередньо пов'язані з нашим серцем. Депресія може проявлятися «маскованою». Її особливість полягає в тому, що у людини відсутні ознаки нейропсихічних порушень, але є симптоми соматичних захворювань. Одним із варіантів такої депресії є кардіологічна. Вона, поруч із абдомінальною і шкірною, починає руйнувати організм фізично [30].

Проблема такого перебігу депресії посилюється тим, що порушення, які викликає депресія, здатні депонувати симптоми, тобто робити стан дедалі гірше. Результатами запущеної депресії може стати виникнення суїцидальних думок чи думок завдати шкоди оточуючим, а також розвиток фізіологічних проблем.

Якщо людина помічає у себе симптоми прихованої депресії, що проявляється у погіршенні психічного здоров'я, а й фізичного, їй варто звернутися до лікаря.

Існують особливості виявлення депресії. На початковому етапі механізму виявлення депресії лікар визначає чинники ризику підвищення можливості розвитку депресії. Пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, порушеннями сну, порушеннями в роботі травної системи та мимовільними постійними болями ретельно обстежуються. Особливо уваги вимагають скарги, які мають соматичний характер, у своїй не підтверджені клінічним чи

інструментальним обстеженням. Складність у тому, що соматичні скарги можуть перешкоджати виявленню симптом депресивного стану [34].

Тривалі періоди пригніченого емоційного стану, втрата життєвих інтересів та незадоволеність життям – це симптоми, на які лікар звертає увагу перш за все. Підвищують ймовірність діагнозу депресії такі симптоми: ідеї самознищення, винності, думки про суїцид, відчуття безнадійності, безпідставні побоювання про наявність тяжких чи хронічних хвороб у пацієнта.

Визначимо симптоми депресивного стану, і виділимо такі групи:

1. Патологічна зміна настрою: туга, гальмування мозкової активності, рухова загальмованість, апатія, пригніченість та інше;
2. Група депресивних ідей та думок: відчуття малоцінності, гріховності, нікчемності, суїцидальні думки та низька самооцінка;
3. Порушення сну, апетиту, стрибки у вазі тіла, довірльні болі у тілі;
4. Порушений циркадний ритм, який проявляється у поганому самопочутті в ранковий час, та його поліпшенням ближче до вечора, порушення серцевого ритму[33].

Важливу роль в обстеженні пацієнта відіграє спостереження, що допомагає оцінити його психічний статус. Депресію в людини можуть видати такі зовнішні ознаки: неохайність, сліди зневаги до правил гігієни, незручні та уповільнені рухи, скорботна міміка, мова тиха і сповільнена. Під час спілкування пацієнт уникає зорового контакту із співрозмовником. Пацієнту з депресивним станом властива асоціальність: він може безперервно лежати на дивані, повернувшись обличчям до стіни, виглядати нещасним, поглиненим власними думками. За підсумками обстеження визначається тип депресії.

Виділимо основні види депресій.

Одним із видів депресій є *депресивний епізод*, який полягає у розладі від кількох тижнів до року із збереженням у людини пригніченого стану. До характерних ознак даної депресії можна віднести: порушення сну та зниження

апетиту, низька самооцінка та невпевненість у собі, відчуття власної марності. Найчастіше такі епізоди проходять у легкій формі та впоратися з ними набагато простіше.

Іншим видом є *велика депресія*. Велика депресія – це депресивний епізод помірної чи тяжкої течії. Особливостями даного виду є: практично повна відсутність позитивних емоцій протягом тривалого періоду часу (понад два тижні), відчутна нестача енергії та сил, болі в різних частинах тіла без видимої причини.

Рекурентний депресивний розлад – це серія депресивних епізодів, які тривають від двох тижнів та більше. Висока частота таких епізодів може вплинути на мислення людини, яку відвідуватимуть думки про суїцид.

Психотична депресія є вже важким психічним розладом, де впоратися з ним без допомоги лікаря стає практично неможливим, оскільки у пацієнта з'являються ознаки психозу: галюцинації, дезорієнтація, марення тощо. Такі ознаки можуть виникнути після кількох епізодів депресії.

Наступний вид депресії відноситься до жінок, і він виведений в окремий вигляд, оскільки він виникає практично у всіх жінок. Цим видом є *післяпологова депресія*, яка виявляється у збої гормонального фону, появи великої кількості нових проблем, частого недосипання, та невпевненості жінки в тому, що вона буде гарною матір'ю. У критичних епізодах даної депресії у жінки з'являтися бажання завдати шкоди собі чи дитині.

Атипова депресія – це депресія, яка відрізняється від інших видом тим, що людина не страждає на типові симптоми депресії. Вона може продовжувати жити своїм життям, адекватно реагувати на добрі життєві події, але при цьому можуть виражатися інші ознаки депресії: суттєвий набір ваги, підвищений апетит, сонливість, неприємні відчуття у різних частинах тіла, відчуття складності спілкування з людьми, тяжкість у тілі призводить до соціальної ізоляції. Характерний такий вид депресії людей підліткового віку [42].

Ще одним із основних видів депресії є *дистимічний розлад*. Слово «дистимія» з грецької перекладається як «смуток». Даний вид є не таким гострим, але є тривалим (більше кількох років). Багато людей у такому стані можуть вважати, що це особливість їхнього характеру, тому не звертаються до лікаря. Постійний песимізм може впливати на здоров'я судин та серця.

Депресія – серйозне захворювання, яке різко знижує працездатність та приносить страждання, як хворому, так і його близьким. На жаль, люди дуже мало обізнані про типові прояви та наслідки депресії, тому багатьом хворим надається допомога, коли стан набуває затяжного і важкого характеру, а іноді – і зовсім не надається. Практично у всіх розвинених країнах служби охорони здоров'я стурбовані ситуацією, що склалася, і прикладають зусилля з пропаганди відомостей про депресію та способи її лікування.

Типові ознаки депресій дуже різноманітні і проявляються на усіх рівнях – емоційному, фізіологічному, поведінковому, мислиннєвому, зберігаючись протягом не менш двох тижнів.

Ми звикли думати, що депресія – це пригнічений стан, відсутність апетиту, опущені плечі, а на обличчі – сумна маска. Насправді всі люди різні, і депресія проявляється по-своєму. Психологи виділяють *усміхнену депресію*, найпідступніший підвид цього розладу. Один із найпопулярніших у Британії коміків Д. Вільямс заявив, що більшу частину життя страждав від депресії. Серед зовні життєрадісних і веселих людей дуже багато тих, хто хворий на депресію, але мало хто з їхніх оточуючих підозрює про недугу. Експерти називають це явище «усміхненою депресією». Люди з подібним діагнозом намагаються тримати обличчя на публіці, іронізують над собою, радують оточуючих, тобто ведуть активне життя, але варто їм опинитися на самоті трапляються напади панічних атак, безсоння та низької самооцінки. При цьому зовнішніх проявів може і не бути – людина просто страждає від головного болю або болю в спині [44;45].

Восени ситуація може загостритися. Різка зміна погоди та ритму життя викликає і зміни в настрої, з'являються апатія, пригніченість, а застудні захворювання лише посилюють занепад сил – як фізичних, так і душевних.

Зрозуміло, що в першу чергу на розвиток депресії впливає ритм життя, що змінився, бо стрес – це ситуація, в якій людина виявилася вперше, у неї ще немає досвіду та знань, як вирішувати цю проблему, вона не знає які наслідки можуть на неї чекати. І ось тут нервова система дає збій, не в змозі впоратися з непосильним навантаженням.

Депресія – стан який, негативно впливає психіку, поведінку людини, і навколишній світ загалом.

Людина при впливі депресії переживає неприємні емоції: сум, тугу, переживання, втрачені сили сексуального характеру, погіршення фізичного здоров'я та постійне почуття втоми, які супроводжують її протягом доби.

Духовна активність звичайно ж падає, самооцінка, яка має важливу роль у житті людини, просто зникає. Депресія повністю вражає стан легкості і невимушеності, з'являється втома, апатія до всього, що особу оточує, знижується працездатність, зникає інтерес до спілкування з друзями та з сім'єю, що часто призводить до погіршення здоров'я.

За тривалої депресії зустрічаються спроби самогубства. Якщо людина здорова психологічно, але при важкій життєвій ситуації (наприклад смерть близької людини, шлюбозрозлучний процес або зрада партнера, невдачі, неприємності на роботі) не знаходить підтримки.

Депресія буває і сезонною, у людей вона проявляється по порах року, в осінній та зимовий період, ну а навесні може просто зникнути.

Так само в психології виділяється психогенна депресія, вона проявляється часто у людей з чуйною нервовою системою, а виражається вона з тугою, тривогою, постійним занепокоєнням, дратівливістю, із спогадом минулого і неприємного

сьогодення. Яскраво виявляється при цій депресії ризик суїциду. Людина у цьому стані часто конфліктує з оточуючими людьми.

Можна виокремити основні прояви депресії, такі як:

Фізіологічні прояви депресії – порушення сну, втрата або посилення апетиту, можливі проблеми з кишечником, зниження сексуального потягу, підвищена стомлюваність при звичайних навантаженнях, почуття слабкості та занепаду сил, болі в спині, шиї, в області серця та інші неприємні відчуття в тілі. Людина не розуміє, що ці порушення пов'язані з депресією.

Емоційні прояви депресії – туга, страждання, пригнічений настрій, розпач, тривога, почуття внутрішньої напруги, очікування біди, підвищена дратівливість, почуття провини, часті самозвинувачення, невдоволення собою, зниження впевненості у собі, зниження самооцінки, зниження або втрата задоволень раніше приємних занять, зниження інтересу до навколишньої дійсності, депресія часто поєднується з занепокоєнням про здоров'я та долю, близьку та власну неспроможність

Мислинні прояви – проблеми зосередження, концентрації уваги; труднощі у прийнятті рішень, сповільненість мислення, переважання похмурих негативних думок про себе, про своє життя, про світ загалом, песимістичне бачення майбутнього з відсутністю перспективи, про безглуздість життя, наявність думок про свою непотрібність, незначущість, безпорадність, думки про самогубство.

Наслідками депресій є: зниження активності трудової діяльності, вживання алкоголю та наркотиків, часті розлучення, смерть внаслідок суїциду.

Зниження настрою, уповільнення мислення, рухова загальмованість – говорить про депресивний синдром, за браком спілкування, людина скаржиться на тугу, пригніченість, смуток. Вона не виявляє реакцію ні на радісну, ні на сумну подію у своєму житті. Почуття можуть носити різну інтенсивність – від легкого песимізму і смутку, до відчуття «каміння на серці», які часто зустрічаються у людей [29].

Людина повільно мислить, висловлюючи уповільнену мову, після тривалого обмірковування відповіді. У складному випадку людина мовчазна, її не завжди можна почути. Рухова загальмованість виявляється у скутості, повільності, неповороткості. Різко знижується апетит, іноді навпаки спостерігаються напади переїдання, особливо у жінок, які розчарувалися. Відсутній інтерес до протилежної статі. Жінки припиняють заняття домашнім господарством, не можуть доглядати малолітніх дітей, не приділяють уваги своїй зовнішності. Втрачають весь інтерес до спілкування, до життя. Чоловіки не справляються з улюбленою роботою, не в змозі вранці підвестися з ліжка, зібратися і піти на роботу, можуть лежати цілий день без сну. Депресивні люди від нічого не отримують задоволення.

У медицині термін «депресія» має як мінімум три різні значення:

- 1) певний настрій, почуття, емоція, афективний стан;
- 2) симптом депресивного розладу;
- 3) власне депресивний розлад [30].

Існує велика кількість типів та варіантів депресивного розладу, розрізнення яких необхідне для ефективного лікування. Незалежно від способу їхньої класифікації всі депресивні розлади мають ряд загальних клінічних проявів, які можна розділити на чотири підгрупи основних ознак.

Настрій та афект: смуток, знижена реактивність на приємні та неприємні події, втрата мотивації до діяльності, втрата інтересу та (або) задоволення від раніше приємної діяльності, втрата почуттів, відчуття порожнечі, апатія, тривога, напруженість, дратівливість, відчуття безпорадності (фрустрації), гнів.

Інтелектуальна діяльність: зниження концентрації уваги, нерішучість у прийнятті рішень, зниження впевненості в собі чи знижена самооцінка, відчуття своєї марності, самозвинувачення без приводу чи приписування собі непомірної провини, безпорадність, песимізм, почуття безнадійності, думки про смерть та самогубство.

Психомоторна активність: уповільнення рухів тіла, зниження або нестача мимічної експресії, утруднення при спілкуванні з людьми чи нестача комунікації або, навпаки, занепокоєння, непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність.

Соматичні прояви. Зміни базових (фізіологічних) функцій: безсоння та (або) підвищена сонливість, зниження або підвищення апетиту та маси тіла, зниження сексуального потягу. Зміни вітальності виражаються почуттям втоми, підвищеної стомлюваності, зниженням енергії та тону. Характерні неприємні тілесні відчуття: болі та хворобливі прояви, відчуття здавлювання, холоду в різних частинах тіла, тяжкості свого тіла, будь-які інші погано вербалізовані, недиференційовані неприємні тілесні відчуття. Вісцеральні симптоми виявляються розладом шлунково-кишкових функцій, кардіоваскулярними порушеннями та іншими відчуттями тілесних дисфункцій.

Слід мати на увазі, що депресивні зміни настрою протягом певного періоду часу можуть бути нормальною реакцією на реальні неприємності та стресогенні ситуації. Одні люди долають такі епізоди, інші схильні до розвитку клінічно значущих емоційних порушень.

Емоційний стан одна із найважливіших критеріїв якості життя, і тому поняття «здоров'я», за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), включає психологічний добробут людини, зокрема відсутність депресії.

Депресія – патологічно знижений, пригнічений, меланхолійний настрій, глибокий смуток, зневіра, туга вітального рівня з важкими соматовегетативними відчуттями. Ніщо не приносить радості, насолоди, весь світ стає похмурим. Хворим властиві почуття власної малоцінності, нікчемності, зневіра у свої сили. Спостерігається уповільнення та утруднення всіх психічних актів, зниження потягів. Негативне емоційне тло супроводжується тріадою когнітивних розладів: негативна оцінка власної особистості; негативна оцінка зовнішнього світу; негативна оцінка майбутнього.

Діагностика депресії має велике значення, тому що можливе її ефективне лікування. На жаль, в більшості випадків депресія не діагностується, тому що вона маскується іншими захворюваннями, до того ж часто не оцінюється емоційний стан хворого.

Лікування депресії залежить від її тяжкості. Якщо хвороба протікає легко, лікування повинно ґрунтуватися на курсах терапії без застосування медикаментів. Застосування медикаментів можливе при тяжкому та помірному перебігу хвороби. Вони впливають на передачу нейрохімічного імпульсу нейронами лімбічної системи головного мозку, тобто усувають порушення нейромедіальної активності нейронів, тим самим налагоджуючи взаємодію рецепторів і медіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну), налагоджуючи психоневрологічний стан людини. Підвищений тиск, прискорений пульс і потенційний розвиток хвороби серця, властиві людині при тяжкому перебігу депресії, поступово усуватимуться, не так за рахунок застосування медикаментів, як за рахунок нормалізації психологічного стану, відсутності тривоги, зменшення стресу і дратівливості [32].

1.3. Депресивні стани особистості в період війни

Війна – це жахлива у своїй реальності і трагічності драма, про істинні масштаби негативних наслідків якої можна мати лише приблизне уявлення. Єдине, що можна стверджувати абсолютно певно – це те, що ні одну з відомих природних бід чи техногенних катастроф не можна порівняти за ступенем екстремальності та своїм психологічним наслідками до війни.

Можна говорити про те, що в екстремальних ситуаціях, які піддають людину стресовим станам, формуються особливі поля суспільної свідомості, які починають визначати індивідуальні відчуття та поведінку людей, в яких зникає бажання будувати плани на майбутнє з причини невпевненості в тому, що мирне життя наступить.

Депресивний розлад може виникати у людей, які без посередньо перебувають в епіцентрі бойових дій, через небезпеку зазнати важких поранень або втратити

життя, так і в тих, хто там не знаходиться, таким ризикам піддається все населення країни у якій розгортається збройний конфлікт.

Депресивні прояви можуть проявлятися незалежно від віку, статі, спостерігатися навіть у дітей. Епізоди, що супроводжуються ознаками психічних розладів у своїй більшості розвиваються на тлі психічної травми.

Варто зазначити, що палітра внутрішніх переживань, що виникають у людей, що проживають в регіонах військових дій різноманітна. Висока ступінь нервово-психічної напруги притаманна усім, незалежно від територій розгортання бойових дій. Люди постійно перебувають та відчувають небезпеку, зосереджені на подіях, що відбуваються на території країни, «зростаються з ними». Люди, що залишили територію тимчасово також відчувають співучасть та провину за свою фізичну відсутність на рідній землі [41].

Специфіка життєдіяльності в таких умовах потребує швидкої адаптації та негайного реагування на неочікувані ситуації, що можуть становити загрозу життю кожної людини і її близьких, що однозначно чинить вплив на психологічну вразливість.

Війна впливає на падіння економічного рівня життя, відбувається руйнування існуючих соціально-культурних зв'язків, депривація звичного образу життя, невпевненість в майбутньому та втрат – сім'ї, стабільності, роботи, домівки, близьких, відчуття свободи, життя, самості, що не є характерним для втрат середньостатичної людини за короткий період.

Особливо гостро впливають на людину екстремальні події життя на території активних бойових дій: несприятливий вплив фізичних та хімічних факторів: задимлення, зниження концентрації кисню в повітрі, виділення токсичних продуктів горіння, сильних шумів та ін. внаслідок військових дій; часте виникнення аварійних ситуацій, загроза вибуху та руйнування палаючих будинків та інших об'єктів, виходу на поверхню ґрунтових вод як наслідок воєнних дій; постійна зміна обстановки: обстріли, що повторюються в різний час доби, розмови про масовані

наступи, про «зачистку» регіону та ін; постійна небезпека для життя та здоров'я населення; періодичне нагнітання панічних станів, метушні; висока ціна прийнятих рішень, відповідальність за особистий порятунок та порятунок близьких; дефіцит часу на переробку інформації, що надходить, а також на прийняття рішень та виконання необхідних дій; високий рівень нервово-психічного напруження населення.

Війна може викликати у людей тимчасові епізоди смутку, а також проявлятися затяжними пригніченими станами. До депресивних маркерів в період війни, відносяться ознаки, якими діагностують наявність депресії і у мирний час. До них можна віднести відчуття порожнечі, смутку та безнадійності, втрату інтересу до звичних видів діяльності. На фізіологічному рівні виникають проблеми зі сном, людина може страждати через безсоння або мати відчуття постійної втоми і відсутності енергії, що не дозволяє їй робити навіть незначні речі, без докладання додаткових зусиль, тому починає спати надмірно багато. Можуть виникати незрозумілі фізичні проблеми та болі, які маскують депресію і рідко пов'язуються з нею. Зниження апетиту, або навпаки надмірне бажання вживання їжі призводять до коливання ваги. Незначні дрібниці провокують спалахи гніву та дратівливості. Для такої людини характерні сповільнена мова, мисленнєві процеси та рухова активність. Важко вдається також сконцентрувати увагу на чомусь, запам'ятати інформацію, виникають труднощі у прийнятті рішень. В емоційній сфері домінують відчуття власної нікчемності та провини, неконтрольовані епізоди плаксивості, думки про смерть, постійна тривога [31;41].

Першочергове значення має вчасна діагностика симптомів, адже виявлення ознак депресії дозволить через різноманітні методи фахової підтримки або самопомоги запобігти важким наслідкам розвитку депресивного розладу, вирішенню проблем у стосунках з іншими або в щоденній діяльності.

1.4. Методи самодопомоги і шляхи подолання депресії

Варто зазначити, що подолання депресивних станів, викликаних бойовими діями, має відбуватися з допомогою кваліфікованого спеціаліста, який допоможе людині визначити дії, які потрібно буде реалізовувати для покращення свого самопочуття.

Людина у стані депресії часто відчувається виснаженою, безпорадною та приреченою, не здатна вірити, що ситуація зміниться колись на краще, переважає смуток і безвихідь. Відсутність сил та бажання здійснювати будь-яку діяльність в поєднанні зі станом апатії не завжди зможуть спонукати таку людину звернутися по допомогу. Дуже важливо перебороти у собі негативне мислення і вірити, що все почне налагоджуватися після отримання фахової допомоги.

Рекомендації щодо покращення стану за наявності депресивних проявів:

1. Усвідомлення проблеми, відкритість до діалогу з фахівцем чи близькими людьми.
2. Відкритість до соціальних взаємин, комунікації, часопроведення дозволить отримувати необхідну підтримку, на противагу відчуженню, яке спрямовує на замкненості у собі і власних думках, почуттях.
3. Здоровий спосіб життя: повноцінний сон, харчування та фізичні навантаження. Фізичні вправи – це антидепресанти, вони безпосередньо впливають на фізичні та емоційні симптоми стресу. Під час удосконалення активних дій відбувається інтенсивне насичення крові киснем, який доставляється в мозок, виникає відчуття спокою і бодрості. Також збільшується кількість норадреналіну, який сприяє поліпшенню настрою, підвищується рівень серотоніну (у низькій кількості він викликає депресію і тривожність), відбувається укріплення нейронів і підвищення їх стресостійкості, підвищується нейропластичність головного мозку. Крім того, правильне функціонування мозку залежить від здорових біохімічних процесів у мозку та збалансованого харчування, що закладає основу

для боротьби зі стресом, депресією, тривожністю, на якій можна перебудувати свої емоції та думки.

4. Культивування різних інтересів (занять, що подобалися раніше, до виникнення депресивного стану), участь в заходах, що позитивно впливатимуть на самопочуття.

Реалістичне цілепокладання, створення покрокового алгоритму досягнення мети, те що в силах контролювати [32;34].

Критично важливим у лікуванні клінічної депресії є поєднання фармакотерапії (лікування медикаментозними засобами – антидепресантами) з власне психотерапевтичною роботою – а саме: опрацюванням душевних станів та особистісних реакцій на ці стани. Таке опрацювання може здійснюватися лікарем-психотерапевтом або спеціально підготовленим психологом. Суть такої роботи полягає у залученні пацієнта до власного лікування та профілактика протидії, опору (які можуть відбуватися і крім свідомості пацієнта) лікування.

Психологічні методи боротьби. Найважливішим компонентом лікування депресивних розладів є психотерапія. Психотерапія при депресіях допомагає розвинути навички емоційної саморегуляції і надалі ефективніше справлятися з кризовими ситуаціями. Застосовуються найрізноманітніші види психотерапії: раціональна, когнітивна, медитативна, гіпнотерапія, сімейна та ін.

Згідно з психодинамічною терапією, психологічною основою депресії є внутрішні несвідомі конфлікти. Мета терапії – усвідомлення конфлікту і допомога в його конструктивному вирішенні: навчитися знаходити баланс незалежності та близькості, розвинути здатність конструктивно висловлювати свої почуття і зберігати відносини з людьми.

Поведінкова психотерапія спрямована на вирішення поточних проблем пацієнта та зняття поведінкових симптомів: пасивності, відмови від задоволень, монотонного способу життя, ізоляції від оточуючих, неможливості планування та залучення до цілеспрямованої активності.

Когнітивна психотерапія є синтезом обох вищеназваних підходів і поєднує в собі їх переваги. Вона поєднує роботу з актуальними життєвими труднощами та поведінковими симптомами депресії, роботу з їх внутрішніми психологічними джерелами (глибинними уявленнями та переконаннями). Як основний психологічний механізм депресії в когнітивній психотерапії розглядається так зване негативне мислення, яке виражається в схильності депресивних осіб розглядати все, що відбувається з ними в негативному світлі. Зміна такого способу мислення потребує ретельної індивідуальної роботи, яка спрямована на розвиток більш реалістичного та оптимістичного погляду на себе, на світ та на майбутнє.

Соціальна реабілітація. Соціальна допомога при депресивних розладах включає корекцію різних соціальних взаємодій. Для цих цілей використовується групова та сімейна психотерапія.

Групова психотерапія – відбувається у групі людей із подібними проблемами, де під керівництвом психотерапевта прояснюються психологічні чинники міжособистісних і внутрішньоособистісних конфліктів, розвиваються можливості безпосередньо висловлювати свої почуття, відпрацьовуються навички міжособистісного взаємодії.

Сімейна терапія спрямована на розпізнавання та вирішення специфічних сімейних проблем та сприяє покращенню якості відносин.

Для корекції соціальних відносин при депресії може використовуватися підхід, розроблений Р. М. Lewinsohn та його колегами, який включає подання інформативних знань та навчання наступним технікам: контроль за депресивними настроями через релаксацію, нарощування числа позитивних подій, блокування негативних думок, ефективність спілкування, вирішення проблем, вироблення соціальних навичок.

Для корекції взаємин може використовуватися тренування соціальних навичок шляхом набуття позитивного досвіду, що змінює самосприйняття, та зміни

схеми негативного мислення. Необхідно змінити негативну думку про себе та своє майбутнє на протилежне.

У рамках соціальної реабілітації може використовуватися тренінг соціальних навичок, спрямований на підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів.

Методи самопомоги:

1. *Повноцінний нічний сон.* Спати потрібно 8 годин і саме вночі.
2. *Тайм-менеджмент.* Внормований робочий день, кожні півтори години необхідно хоча б на 5 хвилин відволіктися від роботи, а в обідню перерву – обідати, а не здійснювати трудові подвиги. Думка «я не втопився» говорить про те, що організм не подає відповідний сигнал або ви його просто не почули, а понаднормова праця зовсім не ефективна.
3. *Мікроклімат.* Створити сприятливий мікроклімат у взаєминах з іншими – під силу кожному. Достатньо лише виявляти терпимість до ближнього.
4. *Плануйте вихідні.* Правильніше ще на початку тижня розглянути варіанти вихідних, спланувати, куди сходити, що зробити, щоб провести час ефективно.
5. *Мрії про відпустку.* Людина працює щоб повноцінно і цікаво відпочивати. І для душевного здоров'я мріяти про відпустку вкрай корисно. Щоправда, відпустка має бути все ж таки розслаблюючою, а не екстремальною. Екстрим – це той самий стрес, а стрес за визначенням не може бути відпочинком.
6. *Щастя – це не мета, а спосіб життя.*
7. *Позитивний настрій* дуже важливий у переналаштуванні мозку. Проста посмішка здатна активувати у мозку області, відповідальні за позитивні емоції. Іноді, щоб подолати смуток, необхідно відволіктися, переключитися, навчитися ставитися до всього з гумором, який стимулює нейропластичність мозку і є дивовижними ліками від стресу, викликає позитивні думки та почуття. Гумор сприяє зниженню вироблення кортизолу – гормону стресу та підвищує рівень імуноглобуліну – помічника нашої імунної системи. Тому необхідно більше

дивитися комедійних фільмів та гумористичних передач, які піднімають настрій.

Важливість професійної допомоги. Оскільки людині, яка сама не відчувала клінічної депресії або не стикалася з нею досить близько, нелегко зрозуміти її серйозність, вона часто сприймає її як просто «поганий настрій» [22; 23;24; 25].

Проте слід нагадати, що велика депресія – це синдром з симптомів, що поєднуються, що являє собою щось набагато більше, ніж просто смуток або знижений настрій. Ряд біологічних вимірювань, включаючи вимірювання рівня нейромедіаторів у мозку, показав, що при депресії є серйозні зміни в біохімії мозку та загальне зниження мозкової активності. Один із наслідків відсутності розуміння полягає в тому, що депресивних осіб часто критикують за слабохарактерність та «небажання собі допомогти».

Але природа депресії так впливає на думки і дії людини, що вона стає нездатною щось зробити для поліпшення свого стану. У зв'язку з цією упередженою точкою зору слід підкреслити, що депресивній людині необхідно звернутися за професійною допомогою. Без лікування депресія має тенденцію до прогресуючого погіршення, що змінюється тимчасовими епізодами стабілізації.

Залишена без лікування, депресія зазвичай розвивається від півроку до двох років, перш ніж перейти в хронічну форму, що триває багато років (якщо не назавжди) і важко піддається лікуванню. При лікуванні неускладненої форми депресії часто (але не завжди) негативні симптоми можуть зникнути за кілька тижнів. У стані клінічної депресії людина може зашкодити собі соціально (втративши відносини з іншими людьми), професійно (втративши роботу), фінансово і навіть фізично (до суїциду).

Лікування може суттєво зменшити ймовірність таких збитків, включаючи зменшення ризику суїциду, який інакше може бути трагічним, але дуже поширеним результатом. Тому лікування депресії є дуже продуктивним, а часом і життєво необхідним. Після збору анамнезу і бесіди з пацієнтом спеціаліст

визначає, який тип лікування є найкращим у кожному конкретному випадку. У багатьох випадках легші форми депресії лікуються за допомогою психотерапії. Тяжчу депресію лікують за допомогою антидепресантів або одночасно призначають психотерапію та спеціальні препарати.

Висновки до Розділу I

За результатами теоретичного дослідження можна визначити депресію як психічний розлад, що супроводжується патологічно зниженим настроєм (гіпотімією) з негативною, песимістичною оцінкою себе, свого становища у навколишній реальності та свого майбутнього. Депресивна зміна настрою, поряд із спотворенням когнітивних процесів, що супроводжує моторне гальмування, зниженням спонукань до діяльності, соматовегетативними дисфункціями.

Основними ознаками депресивних станів визначають зниження настрою, погіршення апетиту, проблеми зі сном, сприйняття життя у «чорних» тонах, наявність ідей самозвинувачення, невпевненість та нерішучість.

У медицині термін «депресія» наводять три підходи розуміння депресії, як от певного настрою, афективного стану; симптоматики депресивного розладу і власне депресивний розлад.

Для депресивних станів характерне «негативне мислення», концентрація на негативних сферах життєвого шляху і «недоліках» власної особистості, здатність бачити в негативному світлі повсякденність, власні перспективи, погіршення гнучкості мислення «когнітивна ригідність», зменшення усвідомленості особистих внутрішніх психічних процесів та досвіду, і, навпаки, глобалізація у поточній оцінці подій, неухвага до логічної аргументації.

У суб'єкта, який страждає на депресивні розлади спостерігається характерна особливість взаємозв'язку в навколишньому середовищі: виявляється високий рівень критики, виключаються довірчі відносини, які могли б виступати основою емоційної підтримки.

З нейрофізіологічної точки зору, депресія – це складний емоційний стан людини, який містить у собі негативні емоції, когнітивні порушення та соматовегетативні розлади.

На психологічному рівні депресія характеризується гіпотимією, повільністю психічних та рухових процесів, ослабленням інстинктивних імпульсів, охопленим песимістичною самооцінкою, негативним ставленням до свого минулого та майбутнього. Медико-соціальними показниками розладів є нестача психосоціальної адаптації, занепад працездатності, зниження схильності пацієнтів до лікування та психотерапевтичної допомоги.

Сучасні соціальні катаклізми, як і за старих часів, змінюють звичний ритм життя, який був раніше, і ставлять перед людиною нові завдання. Війни призводять до загальної нестабільності, порушення порядку суспільної взаємодії та діють на особистість психотравмуюче.

Стан жаху, глибокої розгубленості, пригніченості – це такі прояви емоційної сфери людини, які заважають їй зустріти екстремальну ситуацію та знайти найкращий вихід із неї, спонукають до розвитку депресивних проявів.

Протягом тривалого часу жителі територій, перебуваючи у ситуації збройного конфлікту, змушені здійснювати свою життєдіяльність в екстремальних умовах. Однак, незважаючи на вплив екстремальних факторів, люди, які намагаються обрати життєтворчу модель побудови та здійснення свого життєвого шляху, всупереч екстремальним умовам, можуть зберігати цілісність і унікальність своєї особистості. Вони розвивають у собі здібності до життєворіння — як це не здається неможливим.

Розвивається ресурсний потенціал, що зміщує акценти у бік перегляду життя, що дає можливість появи нових смислів, побудови нових життєвих перспектив, нестандартного вирішення проблемних ситуацій, виявляється воля до збереження своєї цілісності, творчого самоздійснення, тобто до життєтворчості.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Організація емпіричного дослідження: методи, методики та вибірка емпіричного дослідження

У проведенні емпіричного дослідження взяли участь 53 особи, що проживають на території м. Львова, Львівської області та м.Івано-Франківськ. Серед досліджуваних є внутрішньо переміщені особи, які переїхали з Миколаївської, Харківської та Дніпропетровської області (кількість-23). Вік досліджуваних від 20 років до 45 років. Серед досліджуваних 40 жінок і 13 чоловіків. Усім їм було надано Google-форми з опитувальниками для участі у дослідженні.

Емпіричне дослідження проводилося із використанням наступних методик:

1. Шкала депресії А. Бека.
2. Авторський опитувальник симптоматики депресивних станів В. Капустіної (Додаток 1),.
3. Методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка.
4. Опитувальник соціальної фрустрованості А. Вассермана (Додаток 2).

За допомогою шкали депресії А. Бека ми можемо здійснити диференційовану діагностику депресивних станів та станів близьких до депресії. Ця методика дає змогу виокремити наступні рівні: стан без депресії, легка депресія невротичного походження, субдепресивний стан або маскована депресія та істинний депресивний стан.

Авторський опитувальний В. Капустіною дав змогу виділити симптоми, які досліджувані характеризують як депресивні і вони впливають на зниження якості їхнього життя. Усі симптоми досліджувані оцінювали від 0 до 3 балів за частотою їх наявності за останній місяць, де 0 балів – не відчував (ла) взагалі, 1 бал – відчував (ла) іноді, дуже рідко; 2 бали – відчував (ла) часто; 3 бали – відчував (ла) майже завжди або постійно.

Основними симптомами, що оцінювали за допомогою опитувальника є наступні: тривожність, невпевненість, напади паніки, дратівливість, гнів, почуття провини, сорому страх, смуток, втома, низький рівень енергії, відчуття безнадії, порушення сну, погіршення настрою, відчуття беззмістовності життя, труднощі з концентрацією, байдужість.

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка містить 40 тверджень і допомагає визначити ступінь вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Кожен із цих станів вимірюється в діапазоні низького, середнього та високого рівня прояву.

Методика діагностики рівня соціальної фрустрації Л. Вассермана спрямована на визначення ступеня задоволення –незадоволення соціальними досягненнями у різних сферах життя.

Досліджуваному необхідно відзначити ступінь задоволеності по кожному із 20 пунктів методики. Розподіл балів виглядає наступним чином: 0 – повністю задоволений; 1 – скоріше задоволений; 2 – важко відповісти; 3 – скоріше незадоволений; 4 – скоріше незадоволений;

За результатами опрацювання балів методики визначають такі рівні соціальної фрустрованості:

- дуже високий рівень фрустрованості;
- підвищений рівень фрустрованості;
- помірний рівень фрустрованості;
- невизначений рівень фрустрованості;
- знижений рівень фрустрованості;
- дуже низький рівень фрустрованості
- відсутня фрустрованість.

2.2. Опис та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

2.2.1. Результати порівняльного аналізу емпіричного дослідження

Наведемо результати кількісного аналізу визначення рівня депресії. Так, більшість респондентів демонструють наявність легкої депресії (37%) та маскованої депресії (30%), а також 22% маю виражений депресивний стан. У 11 % досліджуваних виявлено відсутність депресії (Рис.1).

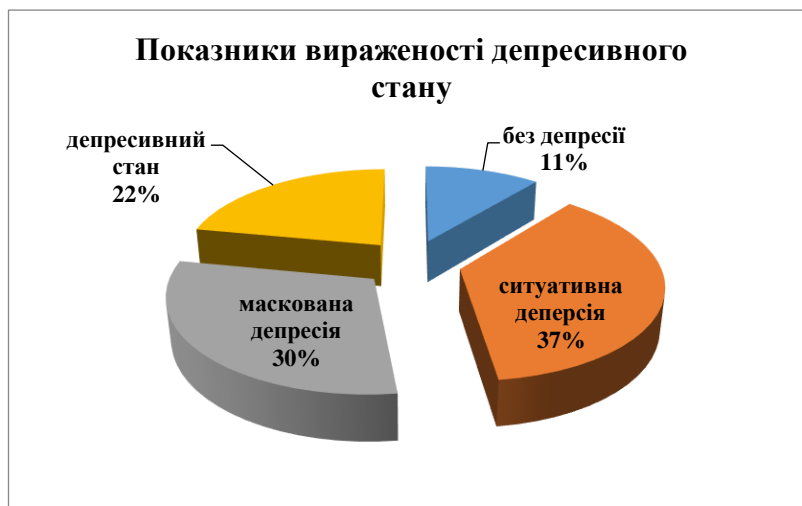


Рис.1. Вираженість депресивного стану (%)

Зазначимо, що більша частина вибірки має виражену ситуативну депресію (37%) та замасковану депресію (30%), що вказує на присутність астеничної, тривожно-фобічної та іпохондричної симптоматики у респондентів (у випадку ситуативної депресії), а також переживання безнадії та втрата інтересу до будь-якої діяльності (у випадку прихованої депресії). Поряд цим відсоток осіб, що маю сформований депресивний стан становить 22%, що свідчить про вплив зовнішніх травмуючи факторів на вираження депресивного стану.

Внаслідок наявності таких показників та станів, що характеризують депресію у досліджуваних спостерігається відчуття безвиході, самозвинувачення та переживання безперспективності у житті.

Водночас стільки 11% досліджуваних вибірки не мають виражених симптомів депресії і перебувають у доволі оптимальному психоемоційному стані, проте він має тенденцію та коливань та змін.

Щодо порівняння ступеню вираженості серед осіб, що постійно мешкають на території західних областей України (м. Львів, Львівська обл., м. Івано-Франківськ) можна відстежити певні відмінності у вираженості ступеню депресії.

Так, у місцевих мешканців більше виражена ситуативна депресія та депресивний стан, а у ВПО – маскована депресія (Рис.2). Тобто місцеві жителі мають більш виражену симптоматику і переживають стани, що підтверджують наявність депресивних ознак, а у осіб ВПО ці стани приховані і вони можуть зовнішньо виглядати навіть задоволеними і радісними, що абсолютно не відображає їхнього реального психічного стану.

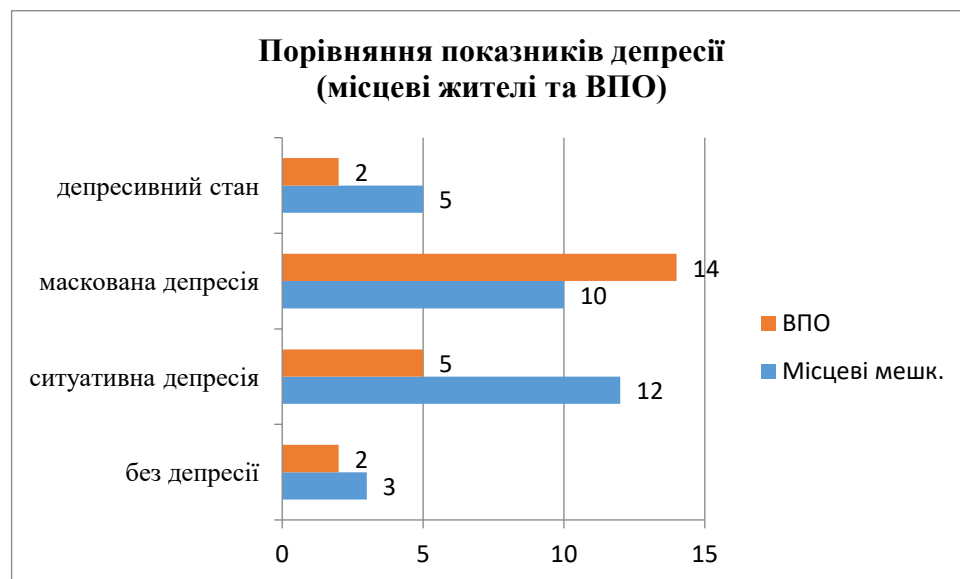


Рис.2. Порівняння показників депресії (місцеві жителі –ВПО)

У представників двох вікових категорій наші вибір до 30 р. і після 30 р. також помітні деякі відмінності.

Так, особи віком до 30 р. мають виражену масковану депресію та депресивний стан. Вони більш схильні гостро переживати дитячі події пов'язані із війною, що може бути спричинено низьким рівнем адаптаційних механізмів та недостатнім життєвим досвідом переживання кризових ситуацій та подій. Натомість особи у віці 30+р. мають виражену ситуативну депресію або ж відсутні її прояви. Це може вказувати на здатність приймати виклики кризових ситуацій, що супроподжують

воєнні дії і володіння навичками та системою психозахистів для пристосування і адекватного реагування на такі виклики сьогодення.



Рис.3. Порівняння вираженості депресії залежно від віку

Враховуючи факт, що усі депресивні прояви мають певну сукупність симптоматики нами було визначено, які найбільш виражені у респондентів вибірки (Рис.3).



Рис.3. Середні показники симптоматики депресії за опитувальником В. Капустіної

Зазначимо, що найчастіше серед респондентів зустрічаються смуток ($M=3,7$), порушення сну ($M=3,3$), втома ($M=3,2$), почуття безнадії ($M=3,2$), почуття вини, сорому ($M=3,1$). Ці доволі високі показники вираженості симптомів вказують на домінування негативних емоцій (сум), що виникає внаслідок розчарувань чи втрати і як

правило відображає безпорадність особистості у ситуації і незабність і небажання шукати вихід. Ця емоція спричиняє зниження енергетичного рівня та відчуженість особистості.

Також порушення стун є психофізіологічною реакцією на стресові переживання у ситуації війни і відповідно часто виступає маркером депресивних проявів. В тому числі втома вказує на виснаження організму та психіки, що виступає ідентифікатором депресії.

Варто зазначити, що почуття безнадії характеризується достатньо високим рівнем прояву і свідчить про переживання безвиході та невпевненості у власному майбутньому, що з ходом війни тільки поглиблюється. Щодо прояву почуття провини та сорому воно присутнє у респондентів ймовірно пов'язано із тим, що і період війни вони його переживають стосовно тих осіб, що перебувають на фронті, а самі залишилися в тилу. Загалом це почуття пов'язано із внутрішнім відчуттям порушення стандартів поведінки і певних моральних норм та усвідомлення особистісної відповідальності за це.

Також нами було здійснено порівняння симптоматики депресії у місцевих жителів та ВПО та отримано наступні результати (Табл.1.):

- у місцевих жителів домінуючою симптоматикою є смуток (M=3,3), втома (M=3,2), почуття вини, сорому (M=3,2);
- у осіб ВПО виражені такі симптоми, як смуток (M=3,8), відчуття безнадії (M=3,3), порушення сну (M=3,2);

Таблиця 1.

**Порівняльна характеристика
симптоматики депресивного стану (місцеві мешканці/ВПО)**

	Місцеві мешканці	ВПО
тривожність	2	2,2
невпевненість	1,3	1,1

напади паніки	2,3	2,7
дратівливість	3,1	2,5
гнів	3	2,4
почуття провини, сорому	3,2	3
страх	2,7	3
смуток	3,5	3,8
втома	3,3	3
низький рівень енергії	2,5	3
відчуття безнадії	3,1	3,3
порушення сну	3,2	3,3
погіршення настрою	2,9	2,8
відчуття беззмістовності життя,	2,5	3,1
труднощі з концентрацією	2,1	1,9
байдужість	2,1	3

Зазначимо, що високі показники у обидвох групах займає смуток, що свідчить про зосередженість емоційної сфери на негативних переживаннях, зокрема представники цих груп мають характеризуються наявністю цієї емоції через вплив таких факторів, як втрати рідних та близьких, перебування членів родини та дрізув на фронті, неможливість зустрітися із рідними та близькими, що залишаються на окупованих територіях тощо.

Можна помітити і відмінності у досліджуваних групах. Так, місцеві жителі мають виражені фізіологічні симптоми втоми, а внутрішньо переміщені особи – порушення сну, але в будь-якому випадку організму у такий спосіб сигналізує про виснаження внаслідок війни.

Також є відмінність пов'язана із наявністю почуття провини (у місцевих мешканців), її причини ми пояснили вище, але може підкреслити, що у місцевих мешканців більше близьких знаходиться на фронті, тому відповідно і наявність вираженої емоції є сильнішою.

У у ВПО спостерігається сильне почуття безнадії пов'язані із відірваністю від рідного дому і нездатність будувати плани у своєму житті.

Для виачення вираженості психічних станів, окрім депресивного, нами використано методіку самооцінки цих станів (Рис.4.).

За її результатами визначено, що найбільш вираженим станом є тривожність ($M=15,2$). Звичайно, вона є загрозливим психічним станом, що має суттєвий психосатичний вплив. Особа, що її переживає постійно перебуває в наруженому стані і очікуванні негативу або небезпеки. Проте у час війни такий стає закономірним, але водночас більш небезпечною для здоров'я.

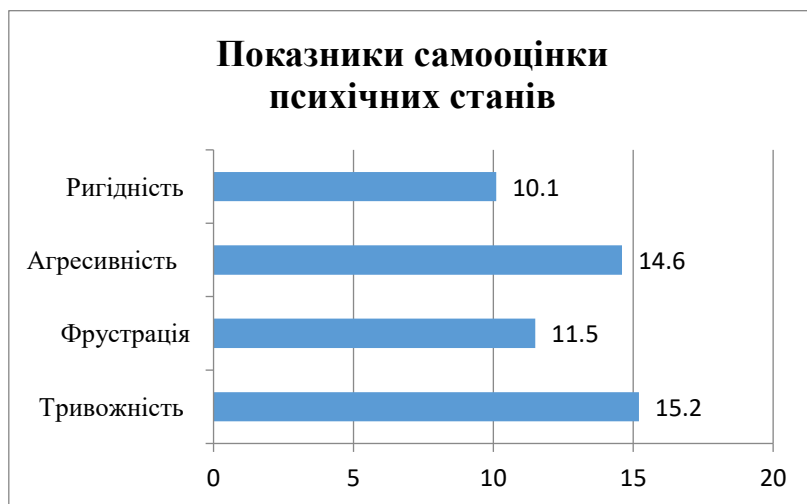


Рис.4. Показники вираженості психічних станів

Варто зазначити, що агресивність також має достатньо високі показники, вище середнього ($M=14,6$), але в даній ситуації війни її можна трактувати як захисну стратегію та варіант емоційного вивільнення у такий спосіб емоцій гніву, незадоволення та загалом емоційного напруження.

Нами було описано ряд факторів, що чинять вплив на виникнення депресивності у досліджуваних, здебільшого це зовнішні фактори, спричинені війною.

Для розуміння сили впливу цих факторів на особистість нами було визначено рівень соціальною фрустрованості

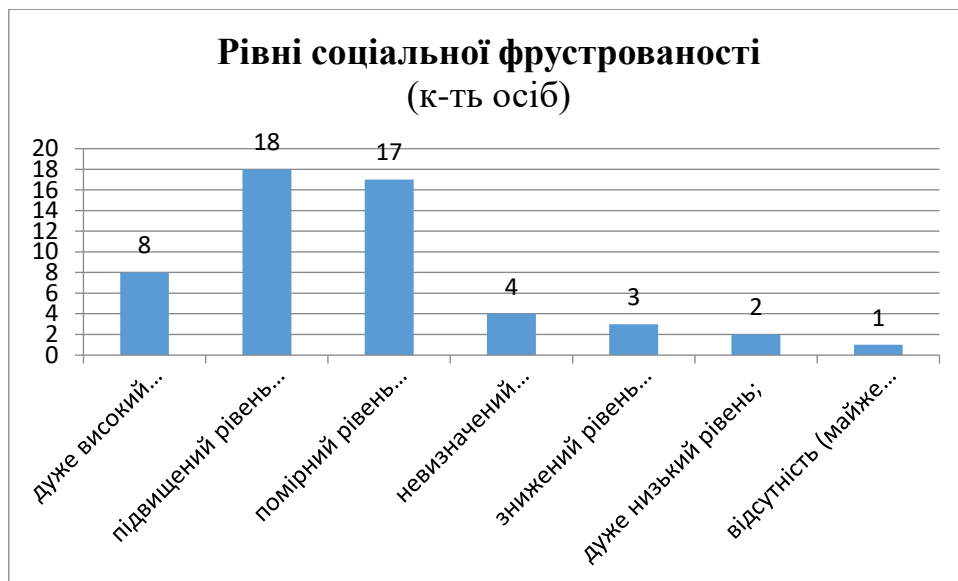


Рис.5. Рівні соціальної фрустрації

Також нами було визначено три групи, у які входили показники соціальної фрустрації відповідно до незадоволеності у певних сферах.

У першу групу входили показники, що стосуються незадоволення професійною сферою (освіта, стосунки з колегами, стосунки з адміністрацією, стосунки з суб'єктами професійної діяльності, змістом роботи, умовами роботи, можливістю вибору місця роботи)

Друга група містила показники, що стосуються незадоволення мірою міжособистісних стосунків, а саме стосунків з чоловіком, з дітьми, з батьками та друзями.

Третя група включала в себе показники незадоволеності соціально-економічною сферою життя, точніше незадоволеність станом суспільства, матеріальним станом, житлово-побутовими умовами, сферою обслуговування, проведенням дозвілля, можливістю проводити відпустку, статусом у суспільстві, способом життя в цілому.

Серед досліджуваної вибірки найбільший ступінь соціальної фрустрації помітний у третій групі. найчастіше досліджувані незадоволені матеріальним станом, проведенням дозвілля, можливістю проводити відпустку, житлово-побутовими умовами, способом життя в цілому.

Можемо припустити, що низький бал задоволеності житлово-побутовими умовами у вибірці характеризував ВПО через проживання в орендованих квартирах з ненайзадовільнішими умовами та наявністю співмешканців.

Також слід зазначити, що воєнні дії на території нашої країни суттєво вплинули на життєвий стиль, тому очевидним є незадоволення проведенням дозвілля, відпустки і невдоволеність життям в цілому.

2.2.2 Результати кореляційного аналізу емпіричного дослідження

Для встановлення впливу різних факторів на прояви депресії нами проведено кореляційний аналіз, який дав змогу визначити наявність певних зв'язків між факторами методик.

Так, виявлено прямі зв'язки депресивності зі соціальною фрустрованістю ($r=0,441$ при $p \leq 0,01$), тривожністю ($r=0,376$ при $p \leq 0,01$) та ригідністю ($r=0,411$ при $p \leq 0,01$) і обернені з гнівом ($r=-0,392$ при $p \leq 0,01$) та агресивністю ($r=-0,401$ при $p \leq 0,01$) (Рис.6.)

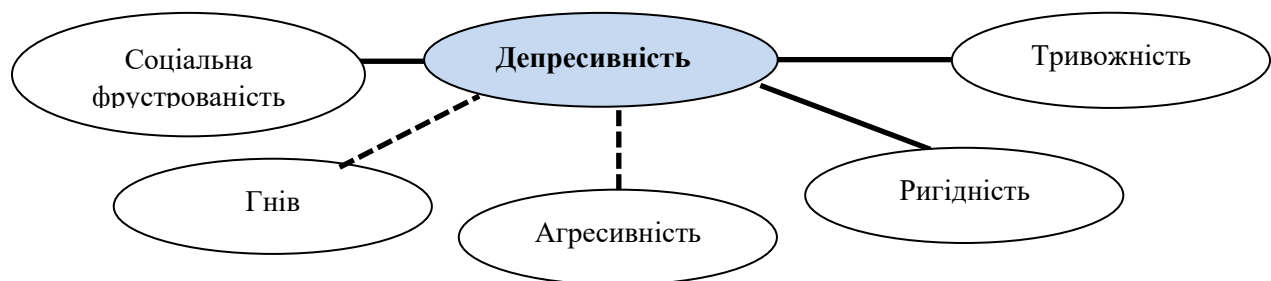


Рис.6. Кореляційна плеяда «Депресивність»

Наявність позитивного кореляційного зв'язку (Шкала «Депресивність» і шкала «Соціальна фрустрованість») свідчить, що зростання депресивності особистості залежить від рівня соціальної фрустрованості, оскільки незадоволеність у різних сферах життя пригнічує особистість та знижує її життєву енергію і відповідно призводить до появи негативних психічних станів, зокрема депресії.

Також психічні стани, такі як тривожність та ригідність пов'язані із депресією і часто можуть виступати її супутніми станами. Під час переживання депресії загострюється тривожність, особистість стає вразливою та чутливою до впливу різноманітних, навіть незначних факторів оточуючого середовища, а ригідність також має високий рівень прояву і як правило, пов'язана із застряганням у певному стані і небажання і незаніст змінювати свою поведінку та думки у мінливих ситуаціях зовнішнього середовища.

Можна підкреслити особливість наявного оберненого кореляційноо зв'язку з емоцією гніву та агресивністю. Справді, під час переживання депресії у особистості відсутні внутрішні ресурси для експресивного вираження емоцій та дій, навіть якщо це негативні емоції. Том узростання рівня репресивності пригнічує прояв негативних емоцій та агресії у досліджуваних вибірки.

Висновки до Розділу II

За результатами емпіричного дослідження визначено прояви деперсивності у вибірці: більша частина респондентів має ситуативну і замасковану депресію, що проявляється у виражених психофізіологічних та соматичних ознаках, а також змінах у настрої та поведінці.

Також здійснено порівняння вираженості депресії серед місцевих жителів та ВПО і виявлено доменування у місцевих мешканців ситуативної депресії та депресивного стану, а у ВПО – маскованої депресії.

Враховуючи залежність вікового фактору, досліджено, що особи віком до 30 р. мають виражену масковану депресію та депресивний стан, а особи у віці 30 +р. мають виражену ситуативну депресію або ж відсутні її прояви.

Враховуючи наявність депресивних станів було визначено домінуючу симптоматику шляхом самооцінки її досліджуваними. Так, найчастіше у системі депресивних переживань спостерігається смуток, порушення сну, втома, почуття безнадії та почуття вини, сорому.

Також визначено, що суттєвий вплив на прояв депресії становить рівень соціальної фрустрованості, який є доволі високим і спричиняє найбільший прояв незадоволення досліджуваних у сфері соціально-економічного життя, а саме незадоволеність станом суспільства, матеріальним станом, житлово-побутовими умовами, сферою обслуговування, проведенням дозвілля, можливістю проводити відпустку, статусом у суспільстві, способом життя в цілому.

За результатами проведення кореляційного аналізу виявлено прямі зв'язки депресивності зі соціальною фрустрованістю, тривожністю, та ригідністю ($r=0,411$ при $p \leq 0,01$) і обернені – з гнівом та агресивністю.

ВИСНОВКИ

У результаті теоретичного аналізу проблеми депресивних проявів визначено, що депресія є психічним розладом, що проявляється зниженими настроєм, негативною, песимістичною оцінкою себе, свого становища та свого майбутнього. Також депресивні прояви спотворюють когнітивні процеси, з'являється так звана когнітивна ригідність, знижують мотивацію до діяльності і призводять до вегетивних дисфункцій

Також під час переживання депресивного стану особистість характеризується концентрацією на власних недоліках, зменшення усвідомленості власних психічних процесів, зростання критики, зменшення рівня довіри до оточення. Часто депресивні прояви супроводжуються вираженими негативними емоціями, такими як страх, жах, розпач, пригнічення.

До медико-соціальними показників депресії відносять нестачу психосоціальної адаптації, зниження працездатності, небажання отримувати медичну і психотерапевтичну допомогу.

Українці, перебуваючи під впливом активних воєнних дій, стаю жетвами впливу великої кількості зовнішніх факторів, що породжують депресивні прояви. Проте незважаючи на деструктивний вплив негативних станів їм потрібно спрямовувати свої ресурси для подолання депресії вибору життєтворчої модної власного життя для збереження цілісності та унікальності власної особистості.

Тому особистості варто, опираючись на комплекс заходів, перебудувувати власні смисли, навчитися конструювати життєві перспективи та нестандартно реагувати на складні ситуації та ефективно «проживати» травматичні.

За результатами проведеного порівняльного та кореляційного аналізу у рамках емпіричного дослідження визначено особливості прояву депресії, а саме її відсутність, ситуативну депресію, замасковану депресію та сформований депресивний стан.

Відповідно до цього здійснено порівняння прояву депресії у внутрішньо переміщених осіб та місцевих жителів. У результаті цього визначено, що для ВПО властиве домінування замаскованої депресії, а для місцевих жителів – ситуативної депресії.

Щодо вікових особливостей прояву депресії, то особи віком до 30 р. мають виражену масковану депресію та депресивний стан, а особи у віці 30 +р. мають виражену ситуативну депресію або ж відсутні її прояви.

Аналізуючи симптоматику депресивних станів у досліджуваних виявлено переважання смутку, порушення сну, втоми, почуття безнадії та почуття вини, сорому. Також з'ясовано, що у місцевих жителів та ВПО переважаним показником є смуток. Щодо відмінностей то у місцевих жителів виражені фізіологічні симптоми, а саме втоми, а у ВПО – порушення сну варто зазначити, що у місцевих жителів наявне почуття провини, а у ВПО- почуття безнадії.

Варто зазначити, що незадоволення соціально-економічним життям в країні посилює депресивні переживання, тому що у зв'язку з війною у більшій частині громадян України змінився матеріальний стан (у сторону погіршення), житлово-побутові умови, проведення дозвілля, можливість отримання відпустки, статус у суспільстві, спосіб життя в цілому.

Результати проведеного кореляційного аналізу доводять наявність прямих зв'язків депресивності зі соціальною фрустрованістю, тривожністю, та ригідністю і обернених – з гнівом та агресивністю. Тому можемо твердити, що і зовнішні, соціальні фактори і особистісні впливають на посилення та поглиблення депресивних проявів у час війни.

Основними рекомендаціями щодо покращення стану за наявності депресивних проявів є усвідомлення проблеми, відкритість до діалогу з фахівцем чи близькими людьми; відкритість до соціальних взаємин, комунікації, організації дозвілля; здоровий спосіб життя: повноцінний сон, харчування та фізичні навантаження; культивування різних інтересів (занять, що подобалися раніше, до

виникнення депресивного стану), участь в заходах, що позитивно впливатимуть на самопочуття; реалістичне цілепокладання, створення покрокового алгоритму досягнення мети, те що в силах контролювати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агарков А.І. Схильність до депресії як чинник суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Вісник Запорізького національного університету*. №5. 2018 С.19-28.
2. Без паніки! Як вижити, боротися й перемогти під час бойових дій: порадник для цивільного населення / укл.: О. Дедик, М. Сободянюк, О. Фешовець. Львів : Астролябія, 2018. 139 с.
3. Борисенко Л.Л., Коврат Л.В.. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні *Перспективи та інновації науки*. №3. 2022. С.53-65.
4. Боришевський М. Дорога до себе. Від основ суб'єктивності до вершин духовності: монографія. Київ : Академвидав, 2010. – 414 с. 3.
5. Братко-Кутинський О. Як удосконалити свою психіку. Київ : Арттек, 2003. 173 с.
6. Вадзюк С., Сас В. стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. №4. С.46-55.
7. Гундертало Ю. Практики психогігієни як частина здорового способу життя особистості під час війни. *Проблеми політичної психології*. 2022. Випуск 12 (29). С.34-37.
8. Денефіль О. В., Мусієнко С. А., Зьомко Ю. В. Зміни психологічного здоров'я студентів старших курсів протягом року повномасштабної війни в Україні. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 3. С.85-88.
9. Денефіль О. В., Мусієнко С. А., Зьомко Ю. В. Психологічна адаптація студентів старших курсів під час війни. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2022. № 4. С.100-103.
10. Євтушик Ю. О., Чернецька І. В. Дослідження впливу стресу на життя та діяльність людини. *Студентський вісник НУВГП*. 2015. Т. 3 (5). С. 71–73
11. Зливков В.Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у

- кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 12.Зубцов Д. Депресія: визначення і симптоматика. *Науковий вісник мну імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки.* №1. 2016. С.76-81.
 - 13.Кирилюк С., Фільц О. Особистісний та соціокультуральний аспекти формування депресивної симптоматики. *Архів психіатрії.* 2011. Т.17.№2. С.15-19.
 - 14.Кирилюк С., Фільц О. Сучасні альтернативні методи діагностики депресії: альтернативний погляд на проблему. *Архів психіатрії.* 2011. Т.17.№1. С.30-33.
 - 15.Кокун О.М. Психофізіологія: Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
 - 16.Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк, 2011. 430 с.
 - 17.Левін К. Депресія та меланхолія. Фрейд та Абрахам. Url: kateryna-levin.kiev.ua/product/depresiya-ta-melanholiya-frejd-ta-abraham/
 - 18.Мащак С., Кучвара Х. Особливості суб'єктивного благополуччя українців в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2023. №2. С. 5-9.
 - 19.Макаревич О.П. Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях: монографія. К.: Оріяни, 2001. 223с
 - 20.Мельник А. П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом. *Психологічні перспективи.* Київ. 2006. 234 с.
 - 21.Мельничук І.В., Кравченко Н.М. Діагностика та корекція депресивного стану у старшому шкільному віці. *Наука і освіта.* 2013. №7. С. 183-188.
 - 22.Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ; Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 139 с.
 - 23.Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.Ключові аспекти діагностики та профілактики виникнення депресії в контексті покращення якості життя населення. *Економіка і*

право охорони здоров'я. № 2 (8), 2018. С.124-126.

24. Михайлишин У.Б., Сухан В.С., Анталовці О.В. Психологічний стан здобувачів вищої освіти в період воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. №3. 2023. С.52-56.
25. Моргун В. Ф. , Тітов Г.Т. Основи психологічної діагностики : навч. посіб. Київ : Слово, 2013.
26. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник Львів: Львів. держ. ун-т внутр. справ, 2015. 324 с.
27. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. /за наук. ред. Т. М. Титаренко. К. : Міленіум, 2015. 150 с.
28. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
29. Рештакова Н. О. Депресія як один із чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. *Медсестринство*. 2019. № 1. С. 29–31.
30. Розвиток особистості у різних умовах соціалізації : кол. монографія / за наук. ред. Л. О. Калмикової, Г. О. Хомич. Київ : Слово, 2016. 468 с.
31. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 276 с.
32. Семиченко В. А. Психічні стани. К. : Магістр – S, 1998. 208 с.
33. Сікорська Л., Островська К., Островський І. Напрями психотерапевтичної роботи з депресивними переживаннями військових. *Інклюзія і суспільство*. 2023. №6. С.82-89.
34. Станчишин В. Стіни в моїй голові. К.: Віхола, 2022. 176 с.
35. Сургунд Н., Капустіна В. Експериментальне дослідження негативних емоційних станів в період війни. *Науковий журнал «Психологічні травелогі», 2023. №1. С.20-23.*
36. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографі. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 159 с.

- 37.Титаренко Т. М., Кочубейник О. М., Черемних К. О. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності: монографія. Київ : Міленіум, 2014. 204 с.
- 38.Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Х.: Вид-во Університету внутрішніх справ, 2000. 268 с.
- 39.Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги. Український медичний часопис. 2019. № 4 (1). С. 53–60.
- 40.Штурм Л. Як залишитися людиною під час війни: погляд психолога.Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 64 с
- 41.Яким Р. С. Депресія. Безпека життєдіяльності людини : навч. посіб. / Р. С. Яким. Л.: Бескид Біт, 2005. 160 с.
- 42.Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961. Т. 4. №. 6. С. 561-571.
- 43.Lindberg S. Depression Feels Debilitating 2023. №5. URL: <https://www.healthline.com/health/depression/mild-depression>
- 44.Leonard J. Recognizing the hidden signs of depression.2023. URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/325513>

**Авторський опитувальник діагностики симптоматика депресивного стану
за В. Капустіною**

Оцініть за 4 –бальною шкалою наявність у Вас даного симптому , де 1 бал відсутній, 2– слабо вираений, 3 – сильно виражений, 4 – дуже сильно виражений

Симптом	Бал
тривожність	1234
невпевненість	1234
напади паніки	1234
дратівливість	1234
гнів	1234
почуття провини, сорому	1234
страх	1234
смуток	1234
втома	1234
низький рівень енергії	1234
відчуття безнадії	1234
порушення сну	1234
погіршення настрою	1234
відчуття беззмістовності життя,	1234
труднощі з концентрацією	1234
байдужість	1234

Методика соціальної фрустрованості А. Вассермана

Інструкція. Прочитайте кожне запитання й обведіть одну з цифр, яка підходить найбільше:

- 1 – цілком задоволений;
- 2 – швидше задоволений;
- 3 – швидше не задоволений;
- 4 – цілком не задоволений.

Чи задоволені Ви:	Бали
Своєю освітою	1234
Стосунками з колегами по роботі	1234
Стосунками з адміністрацією на роботі	1234
Стосунками із суб'єктами своєї професійної діяльності	1234
Змістом своєї роботи загалом	1234
Умовами професійної діяльності (навчання)	1234
Своїм становищем у суспільстві	1234
Матеріальним становищем	1234
Житлово-побутовими умовами	1234
Стосунками з чоловіком (дружиною)	1234
Стосунками з дитиною (дітьми)	1234
Стосунками з батьками	1234
Станом суспільства (держави)	1234
Стосунками з друзями, найближчими знайомими	1234
Сферою послуг і побутового обслуговування	1234
Сферою медичного обслуговування	1234
Проведенням дозвілля	1234
Можливістю проводити відпустку	1234
Можливістю вибору місця роботи	1234
Своїм способом життя загалом	1234