

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА БЕЗПЕКИ

Кафедра теоретичної психології

**«ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ
ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО
ВТОРГНЕННЯ»**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти 4-го курсу,
денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
Лілія НАГАС

Науковий керівник

доцент, кандидат психологічних
наук, доцент кафедри теоретичної
психології
Оксана ХРИСТУК

Рецензент

Кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри теоретичної
психології
Ольга УГРИН

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

„_____” _____ 2024р., протокол №

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

(підпис)

Львів – 2024

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота. Особливості прояву депресивних станів особистості під час повномасштабного вторгнення.

У кваліфікаційній роботі досліджено тему депресивних станів особистості у цивільного населення під час повномасштабного вторгнення Росії в Україну. Здійснено аналіз наукової літератури і наукових досліджень на тему прояву депресивних станів особистості. Наголошено, що депресія має прямий зв'язок з тривожністю і обернений зв'язок з агресивністю. Розглянуто причини виникнення депресивних розладів і депресивних станів, а також їх симптоми і прояви. Виокремлено особливості прояву депресивних станів під час воєнних дій. Емпірично досліджено прояв депресії у цивільних жителів під час війни. Встановлено, що досліджувані мають високий рівень тривожності і депресії і те, що депресія має прямий зв'язок з тривожністю, а також, що особи які молодше 30 р., мають більш виражену легку депресію, як і ті, хто старше 30 р.

Ключові слова: депресія, депресивні стани, депресивні розлади, війна, тривожність.

ANNOTATION

Qualification work. Peculiarities of the manifestation of depressive states of the personality during a full-scale invasion.

The subject of depressive states of personality in the civilian population during the full-scale invasion of Russia into Ukraine was investigated in the qualification work. An analysis of scientific literature and scientific research on the manifestation of depressive states of the personality was carried out. It is emphasized that depression is directly related to anxiety and inversely related to aggression. The causes of depressive disorders and depressive states, as well as their symptoms and

manifestations, are considered. The manifestation of depression in civilians during the war was empirically investigated. It has been established that the subjects have a high level of anxiety and depression and that depression directly related to anxiety, and also that persons younger than 30 years have more pronounced mild depression, as well as those older than 30 years.

Key words: depression, depressive states, depressive disorders, war, anxiety.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи вивчення особливостей прояву депресивних станів під час повномасштабного вторгнення.....	8
1.1. Історичний і теоретичний аспект депресії.....	8
1.2. Особливості прояву депресивних станів.....	15
1.3. Депресивні стани особистості під час війни.....	20
Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження прояву депресивних станів під час повномасштабного вторгнення.....	28
2.1. Характеристика вибірки та методик дослідження.....	28
2.2. Аналіз результатів описової статистики.....	34
2.3 Порівняльний аналіз даних.....	40
2.4. Кореляційний аналіз даних.....	40
Висновки до другого розділу.....	42
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47
ДОДАТКИ.....	50

ВСТУП

Актуальність. Депресія є одним з найбільш поширених розладів як у чоловіків так і у жінок. Це серйозний розлад, що має високі показники захворюваності і смертності, а також глибокий вплив на особистість, родину хворого і на суспільство загалом. Депресія стала хворобою 21 століття. Зростання абсолютних і відносних епідеміологічних показників депресивних розладів характеризує стан психічного здоров'я у всіх країнах світу, в тому числі і в Україні.

Повномасштабне вторгнення, яке зараз переживають українці, стало ідеальним інкубатором для розвитку великої кількості психічних проблем, серед яких є і депресивні стани особистості. У людей, які пережили надзвичайні ситуації і інший травматичний досвід, спостерігається підвищений ризик виникнення депресії. За даними огляду 129 досліджень, який провела Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), 22% із тих, хто за останні 10 років пережив війну, страждали на біполярний афективний розлад (БАР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), шизофренію або депресію, для України це майже 8,5 млн осіб.

Впливати на психічне здоров'я людей під час війни і сприяти розвитку депресії можуть багато факторів: обстріли, евакуація, відсутність безпеки, втрата близьких, дому і недостатність медичних ресурсів, переселення та нестабільна економічна ситуація. А також ситуації, які загрожують честі і гідності людини. Повномасштабне вторгнення має негативні наслідки у всіх сферах життя, від сім'ї до роботи, що загрожує якісному повноцінному життю.

Депресія супроводжується пригніченістю, відчаєм, безініціативністю, песимістичністю, швидкою втомлюваністю і зниженням працездатності. Психічними розладами пояснюються п'ять із 10 основних причин втрати

працездатності (Lopez A.D., Murray C.C. 1998) [21], а депресія посідає 3 місце серед хвороб, які зменшують працездатність, після серцево-судинних та онкологічних захворювань. Вона активує примітивні і деструктивні механізми захисту і дисбалансує емоційну сферу особистості [6]. Ще небезпека депресивних розладів полягає у збільшенні ризику самогубства.

Війна надає катастрофічний вплив на здоров'я і благополуччя цілої нації. Найбільш поширеними станами в українців є безсоння, болі в спині та животі, психосоматичні проблеми, тривога і депресія [2]. Незважаючи на це все, доступ до ефективного лікування в Україні залишається обмеженим. Дуже важливо правильно діагностувати і лікувати депресивні розлади, а також запобігати їх виникненню. Для цього необхідно вивчати і досліджувати їх причини, симптоми, протікання, методи психотерапії та фармакотерапії, проводити психоосвіту серед населення.

Отже, дослідження цієї теми являється актуальним та потребує детального розгляду, оскільки вивчення теоретично-методологічного аспекту депресивних станів та емпіричне дослідження їх проявів є важливим для розробки та реалізації методів психологічної допомоги особам, в яких проявляються депресивні стани, з метою стабілізації їхнього психологічного здоров'я.

Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично визначити особливості прояву депресивних станів під час повномасштабного вторгнення в Україну.

Завдання:

1. Визначити теоретичні аспекти депресивних розладів.
2. Дослідити вплив психологічних та соціальних особливостей воєнного конфлікту на прояв депресивних станів.
3. Провести діагностику рівня депресивності і особливостей прояву депресивних станів у воєнний період.

Об'єкт: депресивні стани особистості

Предмет: особливості прояву депресивних станів особистості під час повномасштабного вторгнення.

Гіпотеза: можна припустити, що чим вищий рівень депресивності, тим більше знижується агресивність і збільшується значення рівня тривожності.

Теоретична основа: теоретично-методологічною базою дослідження виступили: О. Вейн [25], Д. Хелл [21], Д. Майєрс [21], Д. Берлоу [21], З. Фрейд [25], В. Стайрон [25], У. Бауман [21], А. Бек [24], М. Селігман [25], М. Лінехан [18], М. Лойд-Джеймс [25], Л. Шнейдер [25], С. Блатт [25], С. Пфайєр [25], Д. Бернс [22], О. Кооб [23], С. Дельгадо [24], А. Корб[1], Р. Комер [22], М. Гамільтон [24], К. Абрахам [25], Е. Блейєр [21], І. Лехман [21], В. Занг [6], В. Синицький [13], Д. Зубцов [19], С. Кирилук [6], О. Романчук [12], Н. Гойда [12].

Наукова (теоретична) новизна: теоретичне значення дослідження полягає в 1. Узагальненні та розширенні знань про поняття «депресія» або 2. Конкретизації знань щодо прояву депресивних станів особистості під час повномасштабного вторгнення.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані у розробці ефективної стратегії профілактики та подолання депресивних станів у особистості, що може застосовуватись роботі психологів і волонтерів.

Методологія: у ході дослідження були використані наступні методи: традиційні методи теоретичного дослідження (аналіз, систематизація і узагальнення наукової літератури з теми дослідження, аналіз основних понять і термінів, синтез та порівняння теоретичних даних) та емпіричні методи (метод кількісно-якісної обробки одержаних даних; психодіагностичні методики; математико-статистичні методи опрацювання даних з використанням пакету програми SPSS 17.0 (кореляційний аналіз).

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

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

1.1. Історичний і теоретичний аспект депресії

Депресія – це психічний розлад, який характеризується патологічно пониженим настроєм, з негативними судженнями, песимістичною оцінкою себе, того, що відбувається, свого майбутнього і свого становища в суспільстві та втратою здатності переживати радість (ангедонія). Також серед класичних симптомів депресії виділяють такі: первинне відчуття вини, суїцидальні прояви, порушення добового ритму та дисфорія. Низька самоповага та самооцінка супроводжуються почуттям провини і думками про свою нікчемність [13].

Депресія відноситься до афективних розладів і є захворюванням емоційної сфери. В залежності від кількості і важкості симптомів, депресія поділяється на легку, помірну або тяжку.

Самюель Пфайер [27] дає таке визначення депресії – (від лат. depression – пригнічення) – афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних уявлень й загальною пасивністю поведінки.

Вільям Стайрон [27] зазначає, що депресія відрізняється від інших хвороб тим, що її неможливо уявити, поки не зіткнешся з нею сам. Часто люди думають, що депресія – це просто поганий настрій, або апатія.

Вчений виділяє такі риси депресії:

- сильна ненависть до себе, відчуття власної нікчемності;
- безсоння;
- іпохондрія;
- думки чи мрії про самогубство;
- провали в пам'яті, нездатність зосередитись;
- зниження апетиту і лібідо.

Ознаками депресивного розладу настрою є порушення когнітивних функцій, рухова загальмованість, зниження спонукань до діяльності та сомато-вегетативними дисфункціями. До останніх відноситься втрата лібідо, розлади сну, нудота, сухість у роті, головні болі і болі у животі, коливання маси тіла, відчуття оніміння чи жару в певних частинах тіла. Здатність одержувати насолоду, радіти життю, цікавитися чимось і концентруватися обмежена. Зазвичай можна спостерігати безсоння або гіперсомнію і погіршення апетиту [1].

Вперше спробу дослідити депресивні розлади пацієнтів зробили вчені К. Абрахам [26] і З. Фрейд [25]. Виникнення депресії вони пояснили втратою об'єкта кохання, зокрема матері. Основними концептуальними передумовами вивчення проблеми депресії стали праці Г. Сельє та його послідовників Р. Лазаруса [24], І. Фрідмана [25] та Р. Розенмана [25].

У книзі «Скорбота і меланхолія» Фрейд [21] приділяє особливу увагу кільком умовам, які можуть бути причиною виникнення меланхолії: дитячі травми, які виникли через розчарування в об'єкті прихильності; вибір об'єкта залежності на нарцисичній основі; справжня чи дійсна втрата справжнього чи неіснуючого конструкту; перенесення невдоволення об'єктом прихильності на власне «Я» (відбувається фрагментація «Я», при цьому одна частина «Я» протиставляє себе іншій, критично оцінює її, приймаючи її за втрачений об'єкт, а друга частина «Я» майже повністю ідентифікується з цим втраченим об'єктом).

К. Абрахам [26] розглядав депресію в контексті «історії розвитку лібідо», тобто історії потягів. Він дійшов висновку, що у хворих на депресивні розлади є сукупність «оральних» рис: підвищена вимогливість, ворожість, недоброчливість, пасивність, залежність. Причинами депресії він представляв труднощі, пов'язані з появою другої дитини в сім'ї, позбавлення одного або двох батьків внаслідок смерті, хвороби, розлучення, або в результаті частоті відсутності. Разом з тим вчений звертав увагу на тісний зв'язок між початком депресії та «розчаруванням у коханні». Центральним моментом депресивного розладу він визнавав конфлікт імпульсів любові та ненависті. На психоаналітичному конгресі у Веймарі, який відбувся в 1911 році, Абрахам говорив також про зв'язок депресії з незадоволеними бажаннями (відмова від бажаного але недосяжного об'єкта).

Депресія активніше розвивається внаслідок придушення почуттів, як стверджує психотерапевт і дослідник О. Лоуен [26]. Діапазон почуттів, які може висловити людина, визначає широту її особистості. Людина з депресією стає неспроможною покладатися на почуття при зміні поведінки, вона є дуже замкнутою у прояві своїх почуттів, тому Лоуен радить звільнитися від негативних почуттів з допомогою ударів чи інших фізичних дій, які сприяють негайному позитивному ефекту. Ще одною ідеєю дослідника було розділити людей з позиції розвиненості депресивних станів на орієнтованих на навколишній світ і на тих, хто орієнтується на внутрішній світ. Ці категорії не являються абсолютними і використовуються для більшої зручності, адже майже немає людей, які б повністю підпадали під якусь одну групу, велика кількість випадків являються більш опосередкованими. Ті, що більше акцентують свою увагу на навколишній дійсності більш вразливі до депресивних порушень та розладів. На відміну від інтровертів, які менше залежать від впливу навколишнього середовища, вони мають внутрішню стабільність, сильну і глибоку самосвідомість [18].

Найвідомішим підходом до вивчення депресії є когнітивний підхід. У його основі лежить твердження, що у виникненні депресії ключовим фактором є виникнення низки когнітивних процесів: когнітивні спотворення, автоматичні думки, глибокі переконання. Прихильниками когнітивного підходу є Д. Хелл [25], П. Левінзон [21], Д. Майєрс [20] і А. Бек [25]. Вони стверджують, що депресивні стани зумовлюють негативні перетворення в когнітивній сфері. Погляд людини на себе, на навколишній світ є основною причиною депресії. Негативна думка про себе стимулює депресивного індивіда сприймати себе як «неадекватного», звинувачувати себе у своїх проблемах і оцінювати свої невдачі як власні недоліки. Цікавою є теорія «когнітивної вразливості», вона пов'язує депресію з присутністю «депресогенних програм», що формуються в період дитинства та активізуються у дорослих під тиском життєво важливих факторів. Люди, які пережили в дитинстві важку втрату, схильні до більш важкої депресії. В межах цього уявлення А. Бек звертає увагу на такі явища як «тема безпорадності» і «неможливість бути коханими».

А. Бек вважав, що більшість типових депресивних симптомів, такі як суїцидальні спроби, параліч волі і занижена самооцінка, пояснюються результатом дії того чи іншого когнітивного фактора. Зокрема Бек зазначав, що під впливом психотравмуючих факторів активізується дисфункціональна схема – «когнітивна тріада депресії». Вона включає в себе:

- сприйняття людини як нікчемної, недієздатної та безпорадної, негативне ставлення до себе;
- негативне бачення навколишнього світу через негативний життєвий досвід, яке заставляє людину сприймати свою взаємодію з ним як ланцюг невдач і втрат, зображуючи своє минуле і майбутнє у похмурих тонах;
- негативні очікування щодо свого майбутнього, люди з депресією часто взагалі не бачать свого майбутнього, а якщо пробують його уявити, то воно виглядає безнадійним і повним розпачу.

Індивідуальні риси особистості сильно впливають на когнітивні процеси. Тому Бек представляв два основні типи особистості: «соціотропний» і «автономний», які були аналогічними аналітичному та інтроєктивному типу класифікації С. Блата [6], а також на розділення О. Лоуена [26] на людей, що орієнтовані на зовнішній і внутрішній світ.

Депресія по Д. Хеллу [8] – це особлива реакція, захищаюча людину від дезінтеграції, якщо ситуація, зв'язана з втратою, не може бути пережита іншим способом. В його праці «Ландшафт депресії» виділяються три аспекти депресії:

1. Психологічний (проявляється у виді зміни сприйняття свого тіла і простору, зміни сприйняття часу, відчуття поглядів сторонніх.

2. Соціальний (депресія розглядається як мелодія, яка не зводиться до окремих звуків; описуються різні моделі взаємодії депресивного пацієнта в межах сім'ї.

3. Біологічний аспект (депресія – порушення ритму, що виражається, насамперед, в порушенні сну.

В когнітивно-поведінковій моделі депресії велика роль приділяється її циклам. Всього їх сім:

1. Цикл депресивного мислення (базовий). У ньому депресивний настрій чергується з депресивними думками.

2. Цикл депресивних дій. За пригніченим настроєм йде депресивне мислення («румінація»), потім «депресивні» дії і так по колу.

3. Цикл «невирішення проблем» - проблеми; песимістична оцінка щодо можливості їх вирішення; пасивність та песимізм; песимізм щодо досягнення життєвих цілей, брак самоскерованості і самоорганізації; накопичення проблем.

4. У циклі «зменшення активностей» чергуються пригнічений настрій; пасивність, негативні прогнози і зменшення активностей (зокрема приємних).

5. Цикл «соціальних проблем». У цьому циклі один одного змінюють соціальні труднощі, депресивна оцінка себе та інших, неадекватні соціальні взаємодії (напр. «ниття», ізоляція, брак асертивності і т.п.), негативні реакції у оточення.

6. Цикл «депресії від депресії». Депресивні симптоми переходять у їх оцінку через депресивне мислення, а та у пригнічений настрій і знову по колу.

7. Цикл «проблемних способів емоційної регуляції». Депресивний настрій; проблемні способи регуляції настрою (напр. алкоголь); вторинні проблеми від проблемних способів емоційної регуляції.

Ще одне бачення депресії розкривається у феноменологічній моделі. Засновником феноменології є Едмунд Гуссерль [27], М. Гайдеггер [25] розширив феноменологічні підходи, зокрема досліджуючи питання існування і буття, що вплинуло на розуміння екзистенційних аспектів депресії. Великий вклад у формуванні феноменологічної моделі депресії зробив К. Ясперс [21], за його думкою психопатологічні феномени психічного стану, незалежно від теоретичних передумов, мають сприйматися так. Як їх сприймають самі пацієнти. Тому діагностика депресивних розладів є з'ясуванням не тільки специфіки і характеру психопатологічної симптоматики, а й проблем хворого. А терапія має враховувати його життєві інтереси. Предметом дослідження і лікування є реальні душевні процеси.

За феноменологічною моделлю велику увагу при діагностиці депресії слід приділяти досвіду і переживанню хвороби клієнтом, адже однакового протікання депресії немає. Потрібно приділяти час вивченню того, як організоване страждання при депресії, на індивідуальне почуття безнадії клієнтом. Депресивні клієнти розглядаються через призму їх розмитої ідентичності, вони не знають своїх потреб, у них відсутнє віддзеркалення інших значимих людей і їм важко витримувати мінімальну амбівалентність.

Можна виділити такі основні аспекти феноменологічної моделі:

1. Суб'єктивність переживань: депресія розглядається як унікальний досвід кожної особистості, який може включати відчуття безнадійності, глибокого смутку або емоційної порожнечі.

2. Феноменологічний підхід: він ґрунтується на вивченні того, як людина сприймає і розуміє свій стан, а також як вона переживає депресію в контексті свого життя. Це дозволяє глибше зрозуміти внутрішній світ пацієнта. Включаючи його емоції, думки та тілесні відчуття.

3. Цілісність досвіду: депресія впливає на всю особистість, включаючи її когнітивні, емоційні і фізичні аспекти. Це не тільки розлад настрою, але й комплексне порушення, яке впливає на всі сфери життя людини.

4. Значення та сенс: особливу увагу приділяється тому, як людина надає сенсу своїм переживанням депресії. Цей сенс може бути пов'язаний з особистими історіями, культурними контекстами і життєвими обставинами.

5. Методи дослідження: часто використовуються якісні методи, такі як глибинні інтерв'ю, тематичний аналіз, а також різні форми спостереження та самозвітування.

Залежно від провідних ознак порушень настрою виокремлюють такі види депресій (А. Мельник) [8]:

- тужлива депресія (виражена, нестерпна душевна біль, яка має фізичний прояв, який локалізований в грудному відділі, рухова загальмованість);
- тривожна депресія (занепокоєння, безпричинна тривога, рухове занепокоєння, ажитація);
- апатична депресія (байдуже ставлення до самого себе і близьких, відсутність бажання щось робити);
- динамічна депресія (особа не в змозі щось робити, діяльність повільна через негативні переживання і зниження спонукань);

- реактивна депресія (виникає у зв'язку з важкими психотравмуючими ситуаціями, характеризується швидким наростанням афективних станів, таких як зневіра, пригніченість, байдужість і безвихідність. У поведінці переважає пасивність, а у висловлюваннях – претензії до оточуючих);

- дисфорична депресія (поганий настрій супроводжується роздратованістю і агресією).

Сюди можна додати ендореактивну депресію, вона більш тривала, ніж реактивна – приблизно шість місяців (І. Вітенко).

Вітенко [4] ділить депресії на ендогенні і екзогенні. Ендогенні виникають незалежно від зовнішніх факторів, оскільки мають генетичний характер і зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини, вони можуть виникати у будь-якому віці, а пережиті стреси і інші негаразди можуть стати поштовхом до їх виникнення. Екзогенні депресії навпаки пов'язані з зовнішніми факторами.

Отже, протягом всієї історії дослідження депресії появилось багато підходів і бачень щодо опису її причин, симптомів і класифікацій, думки вчених різняться, але є в них і дещо спільне. Депресія – це тяжка і серйозна хвороба, вона має багато різних проявів і в кожній людині може протікати по-різному. Хоча існує вже багато досліджень на цю тему, ще багато чого є незрозумілим і її все ще важко лікувати, тому тему депресії потрібно вивчати і розвивати надалі.

1.2. Особливості прояву депресивних станів

Депресивний стан базується на психологічній складовій терміну депресія. В психологічній літературі депресивні стани відносять до класу тих психічних станів, які мають необхідні психологічні характеристики. Це афективні стани, які

визначаються негативною емоційною складовою, уповільненням психічних процесів і загальною загальмованістю людини. В подібних станах переважають безвихідні думки про сьогоднішнє і майбутнє, думки про смерть і самогубство, у такому стані людина відчувається самотньою, неповноцінною, непотрібною та безнадійною.

Депресивні стани людини – це складна комбінація емоцій, думок, уявлень і спогадів, що характеризуються постійним пригніченим станом і втратою інтересу до будь-якої діяльності, навіть тої, що колись приносила задоволення, нездатністю виконувати повсякденні, рутинні справи, а також переживанням негативних почуттів по відношенню до себе і до світу, особливо в екстремальних умовах [8].

Депресивний стан також впливає на думки і почуття людини. Їй стає важко думати, думки течуть повільно, плутаються, важко зосередитися на чомусь конкретному, з'являється неуважність і погіршення пам'яті. У депресивному стані думки і почуття спотворюються, не відображають реальної дійсності, людина стає тривожною, охопленою різними страхами, самооцінка стає низькою [1].

А. Бек [9] виділяв чотири групи характеристик депресивного стану:

1. Фізіологічні (головні болі, розлади сну, слабкість, втрата апетиту);
2. Когнітивні (відмова від найважливіших особливостей, негативна оцінка себе);
3. Мотиваційні (пасивність, відсутність спонукання, ініціативи, уникання, параліч волі, залежність, суїцидальні тенденції);
4. Емоційні (сум, тривога, плаксивість, пригнічений настрій, горе, відчуття себе нещасним і спустошеним).

Можна виділити наступні наслідки депресивних станів:

1. Соціально-комунікативні:

- погані відносини з близькими людьми та оточенням;
- погіршення благоустрою особистості внаслідок зниження працездатності;
- відстороненість, зменшення соціальних взаємодій.

2. Фізіологічний аспект:

- переїдання і збільшення ваги, або зниження апетиту і втрата ваги;
- порушення в гормональній сфері організму;

3. Клінічний аспект:

- наявні хвороби перетікають важче;
- імунітет згасає;
- важкий перебіг депресії може викликати остеопороз і вдвічі збільшує ризик захворювань серцево-судинної системи;
- посилення хронічних болей в суглобах;
- болі в різних частинах тіла;
- впливає на нервову систему, когнітивні здібності, концентрацію і увагу.

Депресивні стани мають різні прояви в залежності від виду депресії.

У DSM-5 депресивні розлади включають розлад дисрегуляції настрою, великий депресивний розлад, стійкий депресивний розлад (дистимія), передменструальний дисфоричний розлад, депресивний розлад спричинений речовинами, депресивний розлад через інший медичний стан, інший точно визначений депресивний розлад, невизначений депресивний розлад. Кожен з них має свої діагностичні критерії.

Наприклад, ось критерії, які стосуються розладу дисрегуляції настрою:

A. Серйозні повторювані спалахи гніву, що проявляються вербально.

- В. Спалахи гніву не відповідають рівню розвитку.
- С. Спалахи гніву відбуваються в середньому три або більше разів на тиждень.
- Д. Настрій між спалахами гніву є постійним дратівливим або злим більшу частину дня, майже щодня, і його можуть спостерігати інші.
- Е. Критерії А–D існують протягом 12 або більше місяців.
- F. Критерії А і D присутні принаймні у двох із трьох місць (тобто вдома, у школі, з однолітками).
- Г. Діагноз не слід ставити вперше до 6 років або після 18 років.
- Н. Згідно з анамнезом або спостереженнями, вік початку Критеріїв А–Е становить менше 10 років.
- І. Ніколи не було чіткого періоду тривалістю більше 1 дня, протягом якого повні критерії симптомів, крім тривалості, для маніакального або гіпоманіакального епізоду.
- J. Поведінка не виникає виключно під час епізоду великого депресивного розладу і не можна краще пояснити іншим психічним розладом.
- К. Симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом речовини чи іншим медичним або неврологічним станом [22].

Ще одним довідником, який описує депресивні розлади, є МКХ-10. У цій класифікації хворіб депресивний епізод має позначення F-32 і поділяється на легкий, помірний і тяжкий з психотичними симптомами, також включає в себе інші депресивні епізоди (атипова депресія і поодинокі епізоди «замаскованої» депресії БДВ) неуточнений депресивний епізод (депресія БДВ, депресивний епізод БДВ). Крім них ще існує рекурентний депресивний розлад, який характеризується повторними епізодами депресії.

За МКХ-10 можна визначити такі діагностичні критерії депресивних епізодів:

Основні:

1. Знижений настрій протягом більшої частини дня.
2. Втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення.
3. Знижена енергія або підвищена стомлюваність, котра триває мінімум місяць.
4. Байдужість.

Додаткові:

1. Зниження концентрації уваги.
2. Зниження самооцінки та впевненості.
3. Почуття провини та непотрібності.
4. Песимістичне бачення майбутнього.
5. Порушення сну.
6. Зміна апетиту.
7. Суїцидальні думки або мрії.
8. постійне почуття пригніченості.
9. Загальмованість.
10. Песимізм.
11. Розсіяність уваги.
12. Напади страху [23].

Депресія може поєднуватись з іншими розладами і фобіями: ПТСР, Обсесивно-компульсивний розлад, соціальні фобії, генералізований тривожний

розлад, панічний розлад, специфічні фобії, біполярний розлад і шизоафективний розлад [11].

В завершенні підрозділу можна підсумувати, що депресивні стани – це складна комбінація емоцій, думок, уявлень і спогадів і вони можуть проявлятися по-різному в залежності від виду і тяжкості депресії.

1.3. Депресивні стани під час війни

Через повномасштабне вторгнення Росії до України, українське суспільство переживає дисфункцію соціальних інститутів (релігія, сім'я, держава, культура) і відсутність задоволення базових потреб (безпека, житло, здоров'я, повноцінний сон, їжа та одяг). Війна в Україні та її наслідки не тільки спричинили серйозне погіршення фізичного здоров'я українців, а й залишили негативний відбиток на психічному здоров'ї людей. Це пов'язано з складністю адаптації людей до тяжких умов життя, через відсутність життєвого досвіду, пов'язаного з війною, і перебуванням у постійному стресі через відчуття загрози життю та здоров'ю, як своєму, так і своїх близьких [4]. Довга тривалість воєнних дій призводить до зневіри і збільшення ризику появи депресії і депресивних станів. Піддатливість депресивним станам майже досягла до критичних значень. Якщо до війни всі показники були в нормі, то після початку війни відбулися серйозні зміни.

Депресія може призвести до психомоторних, соматичних, когнітивних і інших типів дисфункцій. Наприклад, втома, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги, втрата інтересу до улюблених занять, зниження лібідо.

Люди з різними формами депресії частіше зловживають алкоголем і іншими психоактивними речовинами, намагаючись самотужки справитись з

порушеннями сну, тривогою і пониженим настроєм. Крім того депресія може супроводжуватись думками про самогубство і привести до спроб самотійно піти з життя.

Сучасний етап суспільного розвитку в Україні характеризується надзвичайно складною суспільно-політичною ситуацією, соціальною нестабільністю, наявністю економічної кризи, переживання кризової ситуації, пов'язаної з воєнними діями на сході України, породжують кризу особистості, яку індивідуально переживає більшість громадян країни [3]. Відсутність умов для повноцінної професійної реалізації і саморозвитку зумовлюють ряд негативних емоційних утворень (пригніченості, агресивності, тривожності, апатії, репресивності) та негативну динаміку системи ціннісно-сміслових орієнтацій. Це загрожує цілісності і стійкості індивіда, соціальних груп і суспільства загалом. Кризове суспільство стає причиною утворення життєвих криз і тим самим детермінує внутрішньоособистісні конфлікти. За таких умов руйнується цілісність образу «Я» та формується негативна Я-концепція.

Війна виснажує всі фізичні і психологічні внутрішні ресурси людини, це енергія, саморефлексія, мотивація, сили, щоб могли якісно виконувати повсякденні справи, планувати і досягати цілей. Адже людина перебуває в умовах «хаосу і абсурду» та має пристосовуватись до постійних змін та невизначеності.

Стрес, який є ще одним наслідком воєнних дій, може носити гострий і хронічний характер. В моментах гострого стресу, що був яскраво виражений на початку війни, спостерігається:

- фізіологічний дискомфорт (високий кров'яний тиск, головний біль, гіпервентиляція, тремор, пришвидшене серцебиття, головокружіння);
- агресія;
- нервозність;
- складність заснути, неспокійний сон;

- втома;
- знижена продуктивність;
- лякливість;
- часті зміни настрою.

Коли дія стресогенних факторів продовжується, то виникає хронічний стрес, він несе більш серйозні наслідки для організму людини. Людина відчуває такі прояви:

- порушення сну, безсоння;
- тривога;
- різка втрата або набір ваги;
- депресія;
- агресія;
- дратівливість;
- психосоматичні реакції (головні болі, напруга в м'язах, гіпертонія, проблеми з травною, репродуктивною, імунною системами) [12].

Якщо дія чинників не припиняється, то може розвинутих невроз та перейти в депресію.

Росія воює без офіційного оголошення війни, бойові дії ведуться без застосування встановлених міжнародних норм, домовленостей і угод, відбувається навмисне знищення цивільних об'єктів. Російсько-українську війну можна назвати гібридною, тобто такою, в якій використовуються не лише політичні і економічні інструменти, а й інформаційні, основною метою є залякування і одурення громадян, агресивний вплив на їхню свідомість, навіювання страху, тривоги, здійснення погроз. Росія прагне взяти Україну під контроль, знищити її культуру, історію, ідентичність, зірвати її європейський курс і поширити на неї свою проросійську владу. Через це мирне населення

піддається моральному тиску, перестає вірити у закінчення війни, втрачає надію на перемогу [16]. Ці чинники мають важливу роль у виникненні депресивних станів і розладів.

Війна це безумовно серйозна і тяжка психологічна травма. Вона впливає не лише на тих, хто безпосередньо бере участь у воєнних діях, але й на їхнє оточення. Жінки військових важче переживають психічну травматизацію, ніж чоловіки, які прагнуть тримати ситуацію, свою поведінку і емоції під контролем, незважаючи на сильну внутрішню напругу. Тим часом у зрілих та літніх осіб частіше спостерігається гостре переживання провини, через те, що вони вижили, песимістичне світосприйняття та схильність до реакцій люті, гніву та депресивних станів [15].

Військові, котрі повертаються додому, можуть лякати своїх рідних спалахами люті та емоційною відстороненістю. А дружини, чоловіки яких мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), більш схильні до депресії і це призводить до того, що їхні діти ризикують вирости тривожними і невпевненими у собі [20].

На дітях і підлітках воєнні дії залишають особливий відбиток, саме вони сприймають усе, а тим паче негативний досвід і травмуючі події болючіше, ніж дорослі люди з уже сформованою психікою [10]. Через переїзди вони переживають сильний стрес в результаті зміни дому, привичної обстановки, шкільних закладів і оточення, також вони втрачають своїх друзів. Підлітки в своєму віці вже починають активно будувати плани на майбутнє, а через війну в них вселяється невизначеність, невпевненість у завтрашньому дні, розгубленість та нерозуміння, що робити далі [8].

Війна вплинула на всіх, в тому числі і на студентську молодь, яка зараз проходить свій шлях становлення себе як особистості, повноцінного члена суспільства та професіонала своєї справи. На молодь сильно впливають активні бойові дії, невизначеність, страх за близьких і за майбутнє. Це все

супроводжується депресією, стресом, агресією, кризою ідентичності і іншими складними переживаннями [17].

Відсутність передбачуваності в суспільстві, безпеки, захищеності і соціальної приналежності підвищують рівень агресивності, ризик розвитку сектантства, девіантної поведінки, збільшення кількості грабежів і вандалізму. Неможливість реалізувати таланти, виконати свою місію і досягти самоповаги може призвести до втрати сенсу життя, кризи ідентичності [14].

Війни завжди пов'язані, з одного боку, загрозою смерті, а з іншого – втратою близьких. Втрата близької людини, особливо в умовах війни, є гострою стресовою ситуацією. В таких випадках відбувається порушення емоційної регуляції, що спричиняє виникнення таких гострих реакцій як плач, агресивні та істероїдні реакції, рухове збудження, страх, нервові тремтіння і апатія. У соціальній сфері теж відбуваються зміни порівняно з тим, як людина поводитись і спілкувалась раніше. Для періоду гострого переживання характерне порушення здатності будувати і підтримувати соціальні зв'язки, вступати у взаємодію з людьми. Люди, які перебувають на стадії горювання, відчувають потребу ділитися власними переживаннями під час бесіди і заповнення бланкових методик, але майже ніхто не хоче отримати психотерапевтичну або консультативну допомогу [7]. Тому потрібно надавати необмежену можливість рефлексії та обговорення свого стану і почуттів під час бесіди.

У випадку втрати близьких, депресія є однією з найбільш важких порушень психічного здоров'я. Клінічно виражені депресивні стани у 15-20% людей зберігаються протягом року [9]. Якщо під час депресії спостерігаються психотичні симптоми, то стає можливим виникнення надцінних або маревних ідей самозвинувачення. Той, хто перебуває на стадії горювання, може вважати себе винним у смерті близької людини, приписувати собі відповідальність за це. Закономірно, виникає потреба залагодити свою вину якоюсь дією чи навіть власною смертю.

Особливо гостро горювання відчувається, коли переживаєш смерть власної дитини. Почуття відчаю, провини і безпорадності досягають піку інтенсивності, набуваючи характеру всепоглинаючого афекту. Крім того, така втрата викликає найсерйозніші порушення позитивного світосприйняття і зростає ризик формування депресивності. У батьків, які втратили дитину домінує загальний фон пригніченості, апатії і емоційної притупеності. Смерть дітей знаходиться на першому місці за ступенем важкості психологічних наслідків, на другому – смерть батьків, а на третьому – одного з подружжя і інших близьких людей.

Втрата ускладнює взаємини в сім'ї, можуть з'являтися образи, претензії і обвинувачення один одного. На людях вони намагаються не показувати свого горя, адже розуміють, що життя триває і вже нічого не змінити, але насправді не можуть відчувати справжню радість і щастя [19].

Висновки до Розділу 1

Отже, депресія – це афективний психічний розлад, що характеризується зниженням настрою, активності і волі [5]. Депресивні стани є менш широким поняттям, вони характеризуються постійним пригніченим станом і втратою інтересу до будь-якої діяльності, навіть тої, що колись приносила задоволення, нездатністю виконувати повсякденні справи, а також негативними почуттями по відношенню до себе і до світу.

Є дві загальновідомі класифікації депресивних розладів, які описуються в довідниках МКХ-10 і DSM-5. В останньому вони поділяються на розлад дисрегуляції настрою, стійкий та великий депресивний розлад, передменструальний дисфоричний розлад, депресивний розлад спричинений речовинами, депресивний розлад через інший медичний стан, інший точно визначений депресивний розлад та невизначений [22]. А в класифікатор МКХ-10 входять рекурентні депресивні розлади і депресивні епізоди (легкий, помірний, тяжкий, тяжкий з психотичними симптомами і без психотичних симптомів та інші депресивні епізоди) [23].

В депресії є такі симптоми:

- знижений настрій протягом більшої частини дня;
- втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- знижена енергія або підвищена стомлюваність, котра триває мінімум місяць;
- байдужість;
- зниження концентрації уваги;

- зниження самооцінки та впевненості;
- почуття провини та непотрібності;
- песимістичне бачення майбутнього;
- порушення сну і зміна апетиту;
- суїцидальні думки або мрії про смерть;
- постійне почуття пригніченості;
- загальмованість, розсіяність уваги;
- песимізм;
- напади страху.

Існують різні моделі вивчення депресії (когнітивна, психоаналітична, феноменологічна, тілесно-орієнтована) і було багато вчених, які її досліджували, наприклад: С. Пфайєр [25], К. Абрахам [25], З. Фрейд [25], О. Лоуен [26], А. Бек [24], А. Мельник [4], І. Вітенко [7] і багато інших.

Війна – це екстремальна ситуація і може викликати гострий стрес та сприяти розвитку хронічного стресу, а також нанести людині психологічну травму. Вона негативно впливає на економіку, суспільно-політичну ситуацію, сферу сім'ї, роботи, відпочинку, заважає самореалізації, що в свою чергу породжує кризу особистості, яку кожен переживає індивідуально, і кризу суспільства загалом. Всі ці фактори в сукупності або окремо можуть вплинути на появу депресивних станів. Депресія є одним з найбільш поширених розладів під час війни. Її виникненню можуть сприяти багато причин: загроза власному життю і життю своїх близьких, смерть друзів та родичів, втрата дому, роботи, невпевненість в майбутньому і ін.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки та методик дослідження

У дослідженні брали участь 30 осіб від 18 до 40 років. (див. Рис 2.1.1) Всі досліджувані знаходяться на території м. Львова і Львівської області.

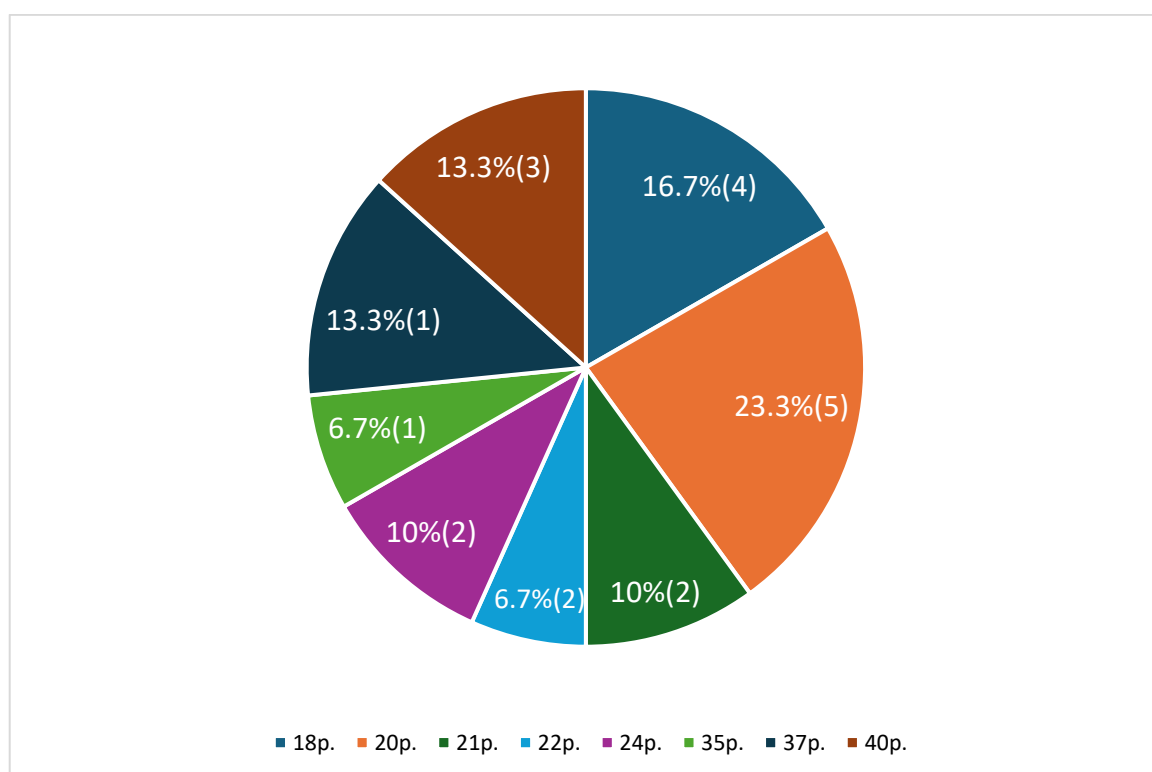


Рис. 2.1.1 Співвідношення досліджуваних в залежності від віку

Серед опитуваних 19 осіб жіночої статі і 11 чоловічої, а це відповідно 57% і 43% від загальної кількості (див. Рис 2.1.2).

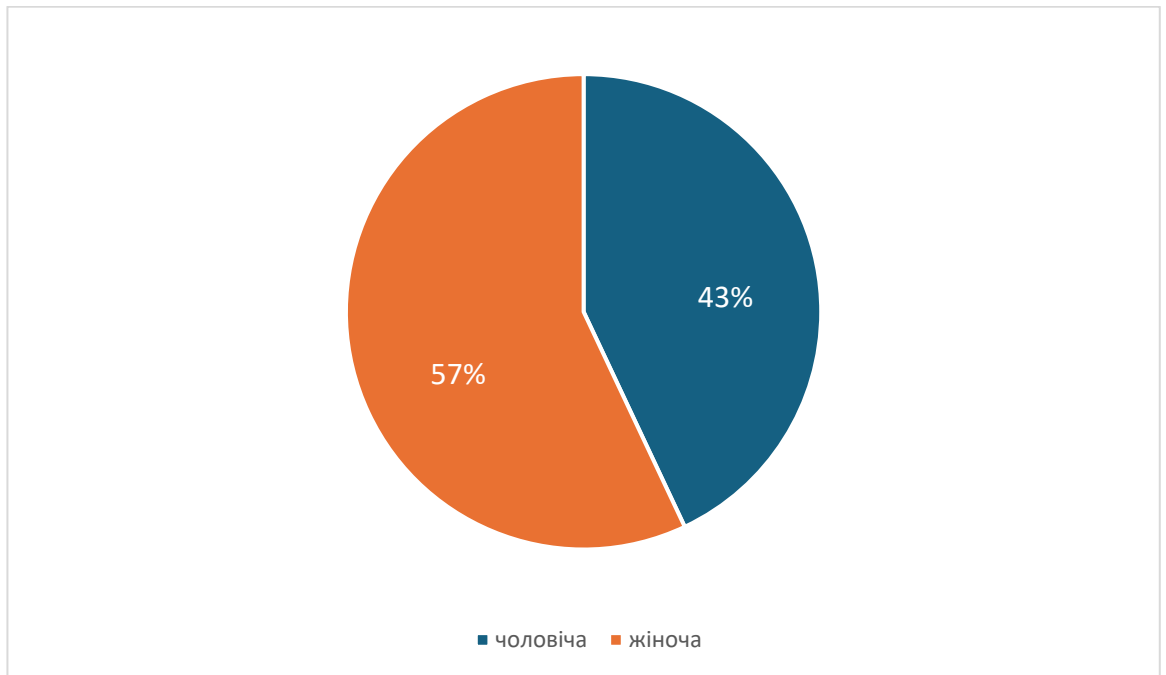


Рис. 2.1.2 Співвідношення чоловічої і жіночої статей у вибірці

Учасникам дослідження було запропоновано пройти чотири методики для дослідження рівня їх тривожності та депресії, індивідуальних особливостей, психічних станів, індивідуально-типологічних властивостей.

У дослідженні було використано наступні чотири психодіагностичні методики:

1. Шкала депресії А. Бека.
2. Шкала тривоги А. Бека.
3. «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка.
4. Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант мінесотського багатофакторного опитувальника MMPI).

Шкала депресії А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI) була використана для визначення рівня прояву симптомів депресивних станів.

Ця шкала була розроблена Аароном Беком і іншими дослідниками у ході спостережень та описування феномену депресії і її перебігу у депресивних психіатричних пацієнтів, та порівняння їх з недепресивними пацієнтами. Результати цих досліджень дали змогу виділити основні симптоми депресії. Дана методика включає в себе 21 твердження. Їх можна розділити на дві шкали. У 1-13 питаннях визначається афективно-когнітивний прояв (почуття, відчуття, думки) депресії, а питання з 14 по 21 відповідають за соматичний прояв, тобто за якість сну, апетит, лібідо і інші тілесні прояви. Ці шкали допомагають глибше розібратись у своєрідності проявів депресивних симптомів.

З іншого боку, кожне з питань відповідає окремому симптому депресії:

1. Сум, пригніченість. 2. Негативне бачення майбутнього. 3. Низька самооцінка. 4. Втрата інтересу до справ, які раніше подобались. 5. Почуття провини. 6. Самобичування. 7. Ненависть до себе. 8. Самозвинувачення. 9. Думки про самогубство, намір вчинити самогубство. 10. Плаксивість або неможливість заплакати. 11. Дратівливість або байдужість. 12. Байдужість до інших людей. 13. Тяжкість або неможливість приймати рішення. 14. Дисморфобія. 15. Труднощі у роботі. 16. Безсоння. 17. Постійна втома. 18. Втрата апетиту. 19. Втрата ваги. 20. Іпохондрія. 21. Зниження і втрата лібідо.

Час заповнення опитувальника займає від 20 хвилин до однієї години, в залежності від стану опитуваного. В запитаннях досліджуваний може вибрати 4 варіанти відповіді, які оцінюються від 0 до 3 балів. Сума кінцевих балів може дорівнювати 0, а може доходити до 63 і чим більшу кількість набрала людина, тим тяжчі у неї прояви депресії.

Ось які є 30-граничні бали:

- 0-9 (відсутність депресії);
- 10-18 (легка депресія);
- 19-29 (помірна депресія);

- 30-63 (важка депресія).

Наступною методикою, яка використовувалась в дослідженні, була шкала тривоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI). В дослідженні вона використовується, щоб виявити, чи є кореляція між депресивними станами і тривожними проявами. Ця шкала розроблена А. Беком [24] для діагностики рівня тривожності при первинному скринінгу пацієнтів і клієнтів, її виконання займає приблизно 10 хвилин, тому вона добре підходить для опитування великої кількості людей. Рівень тривоги базується на основі скарг досліджуваних і рівні їх дискомфорту від них. Ці скарги представлені у вигляді 21 твердження, до кожного з яких опитуваний має вибрати одну з чотирьох відповідей, які оцінюються балами, від 0 до 3.

Ось перелік цих відповідей:

- зовсім не турбує;
- злегка турбує;
- середньо турбує;
- дуже турбує.

Підрахунок результатів виконується шляхом плюсування балів, які набрав досліджуваний. Сума балів варіюється від 0 до 63. Якщо вона становить 0-5 балів, це означає, що тривога знаходиться в межах норми; 6-8 балів – легкий рівень тривоги; 9-18 – середній рівень тривоги; а якщо сума більше 19 балів, то це сильна тривожність.

Ще одна методика, «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, була вибрана, щоб визначити рівень агресивності, фрустрації, тривожності і ригідності і зрозуміти, чи мають вони зв'язок з депресією, а якщо так, то який саме. Також завдяки вивченню цих станів можна дізнатись загальний рівень адаптивних можливостей людини. Тест доступний до виконання з 12 років і може бути використаний не тільки як самостійна оцінка клініко-психологічного

стану, а й в якості методики, яка може використовуватись в комплексі з іншими техніками у складі послідовних процедур.

В методиці «Самооцінка психічних станів» є 40 пунктів на які можна відповідати трьома варіантами:

- підходить (2 бали);
- не дуже підходить (1 бал);
- не підходить (0 балів).

Вся сукупність запитань ділиться на чотири групи, які відповідають тій чи іншій властивості особистості:

1. Тривожність – 1-10 питань;
2. Фрустрація – 11-20 питань;
3. Агресивність – 21-30 питань;
4. Ригідність – 31-40 питань.

Для оцінки результатів потрібно підрахувати суму балів за кожною з цих груп.

По шкалі «тривожність» така інтерпретація балів: 0-7 – немає тривожності; 8-14 – тривожність допустимого рівня; 15-20 – сильна тривожність.

По шкалі «фрустрація»: 0-7 висока самооцінка, немає фрустрації; 8-14 – середній рівень, має місце фрустрація; 15-20 – низька самооцінка, сильна фрустрація.

По шкалі «агресивність»: 0-7 – стриманість, спокій; 8-14 – середній рівень; 15-20 – агресивність.

По шкалі «ригідність»: 0-7 – немає ригідності; 8-14 – середній рівень; 15-20 – сильно виражена ригідність.

Остання методика, використана у дослідженні – опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант мінесотського багатофакторного опитувальника ММРІ). Опитувальник містить 11 шкал, з яких 3 – оціночні, а 8 – базисні і 71 питання, на які треба відповідати «так» або «ні». Оціночні шкали вимірюють ступінь достовірності результатів, величину корекції (надмірна обережність) і щирість досліджуваного.

Базисні шкали вимірюють властивості особистості:

1. Іпохондрія (Hs) – вимірює близькість досліджуваного до астено-невротичного типу, такі люди пасивні, довірливі, покірні, повільні, погано пристосовуються.

2. Депресія (D) – високі оцінки мають чутливі, сензитивні особи, схильні до тривоги, сором'язливі, старанні, але не можуть приймати рішення, а коли їм щось не вдається, впадають у відчай.

3. Істерія (Hu) – виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу, всі проблеми вирішуються відходом у хворобу, прагнення бути визначними, але їх інтереси неглибокі, а почуття поверхневі.

4. Психопатія (Pd) – високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди конфліктні, агресивні, конфліктні, уразливі і чутливі з нестійким настроєм.

5. Паранояльність (Pa) – високі показники свідчать про схильність до формування надцінних ідей, агресивність, односторонність, злопам'ятність, такі люди думають, що інші неправі, переоцінюють свої перемоги.

6. Психастенія (Pt) – діагностує тривожно-недовірливий характер, якому властиві тривожність, нерішучість і боязкість.

7. Шизоїдність (Se) – особам з високими показниками властивий шизоїдний тип поведінки, у ньому підвищена чутливість і здатність тонко

відчувати абстрактні образи поєднуються з емоційною холодністю та відчуженням в міжособистісних стосунках.

8. Гіпотонія (манії) (Ma) – високі значення означають характерний піднятий настрій незалежно від обставин, активність, енергійність, такі особи люблять зміни, але їхні інтереси поверхневі і нестійкі.

Високими є показники, які сягають вище 70, а низькі є меншими за 40.

2.2. Аналіз результатів описової статистики

У результаті проведеного емпіричного дослідження були отримані наступні результати.

За результатами методики BDI (Шкала депресії Бека) було виявлено, що важка депресія спостерігається в 3 осіб (10%), помірною у 6 осіб (20%), легка у 16 осіб (53,3%), а у 5 осіб (16,6%) депресія відсутня (див. Рис. 2.2.1).

Аналізуючи результати, зазначаємо, що половина вибірки мають легку депресію, друга за нею по величині та частина вибірки, у якій спостерігається помірною депресія, у меншій кількості людей депресія відсутня і лише у трьох осіб спостерігаються важкі депресивні симптоми. Для кращого розуміння депресивних станів, які спостерігаються у більшій частині вибірки, було опрацьовано відповідну літературу.

Легка, помірною і важка депресії визначаються в залежності від кількості та важкості симптомів. Виходячи з вивченого теоретичного матеріалу можна виділити такі симптоми депресії:

- погіршення настрою (не залежить від обставин);
- зменшення енергійності та зниження рівня активності;

- обмежена здатність радіти, отримувати насолоду, цікавитися та концентруватися;
- втомлюваність при мінімальних зусиллях;
- порушення сну і апетиту, пробудження на кілька годин раніше звичного часу;
- відчуття провини або думки про свою нікчемність (часто присутні у легкій формі);
- втрата інтересу;
- погіршення депресії зранку;
- психомоторна загальмованість;
- втрата лібідо;
- хвилювання.

При легкій депресії присутні один або два з перерахованих вище симптомів і людина, як правило, страждає від цього, але може виконувати велику частину своїх завдань і функціонувати в суспільстві. При помірній присутні чотири або більше симптомів, тоді людині надзвичайно важко виконувати більшість своїх справ. Під час тяжкої депресії спостерігаються декілька симптомів, які перераховані вище, а також втрата самоповаги, відчуття провини, думки про свою нікчемність і про самогубство, що супроводжується відповідними діями, також присутні соматичні симптоми.

Підсумовуючи отримані дані, можна стверджувати, що 30% з помірною і важкою депресією потрібна психологічна допомога і можливо консультація з лікарем, 53,3% - підтримуюча терапія і лише 26,6% людей з вибірки не мають симптомів депресії, які б негативно впливали на їхнє життя.

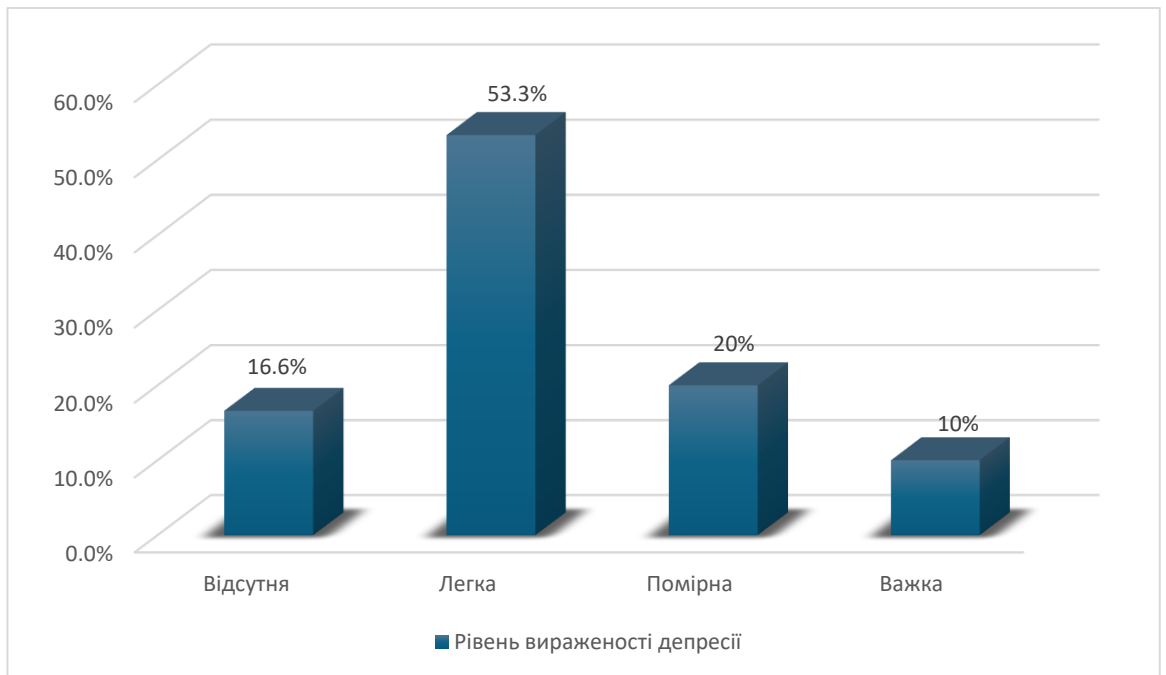


Рис. 2.2.1 Особливості прояву депресії у досліджуваних

За результатами методики BDI (Шкала депресії Бека) було виявлено, що важка депресія спостерігається в 3 осіб (10%), помірна у 6 осіб (20%), легка у 16 осіб (53,3%), а у 5 осіб (16,6%) депресія відсутня (див. Рис. 2.2.2).

З цих даних стає зрозумілим, що у великої більшості досліджуваних (83,4%) прояв тривожності вищий за норму.

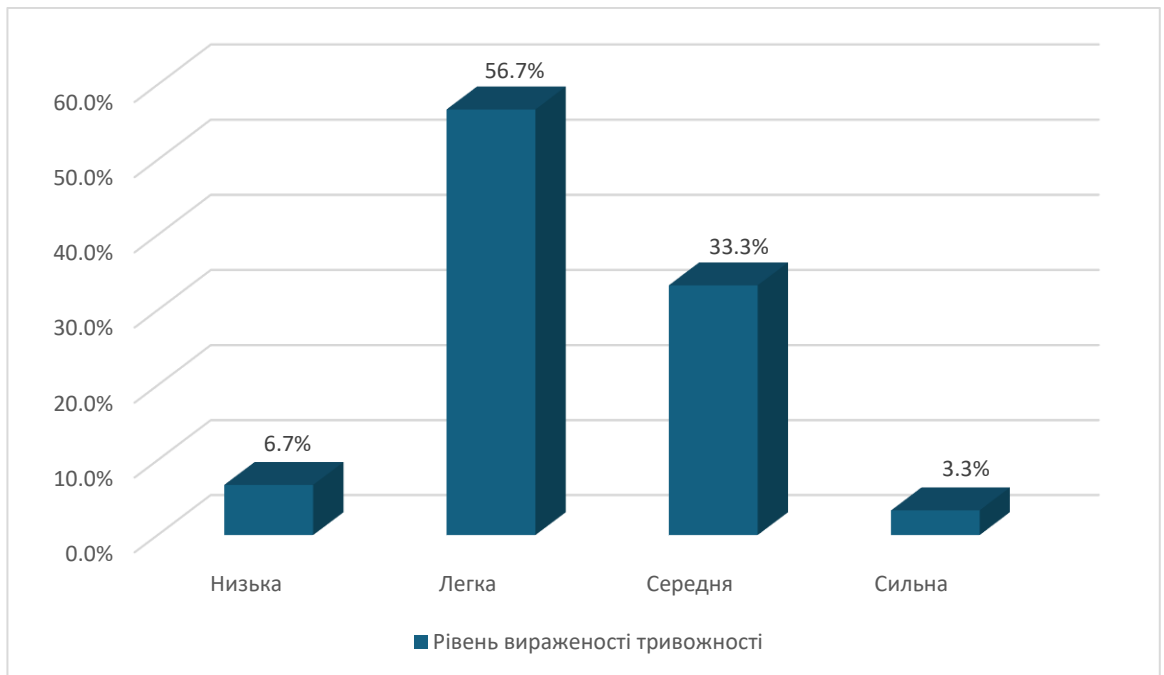


Рис. 2.2.2 Особливості прояву тривожності у досліджуваних

Для визначення вираженості таких властивостей особистості як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність була використана методика «Самооцінка психічних станів» (див. Рис. 2.2.3).

По результатам методики зрозуміло, що найбільш вираженим станом є тривожність ($M=15,2$). Це пояснюється тим, що під час війни тривожність досягає найбільших значень, адже люди в цей час постійно знаходяться у невизначеному стані і в очікуванні небезпеки, війна загрожує не тільки здоров'ю і життю, але й втратою житла, сімейними і економічними проблемами.

Фрустрація також має досить високі показники ($M=14,6$), це може бути пов'язано з тим, що люди довгий час стикаються з непереборними труднощами на шляху до досягнення бажаної мети через війну, адже під час воєнних дій буває важко задовільнити навіть базові потреби у безпеці, житлі і їжі.

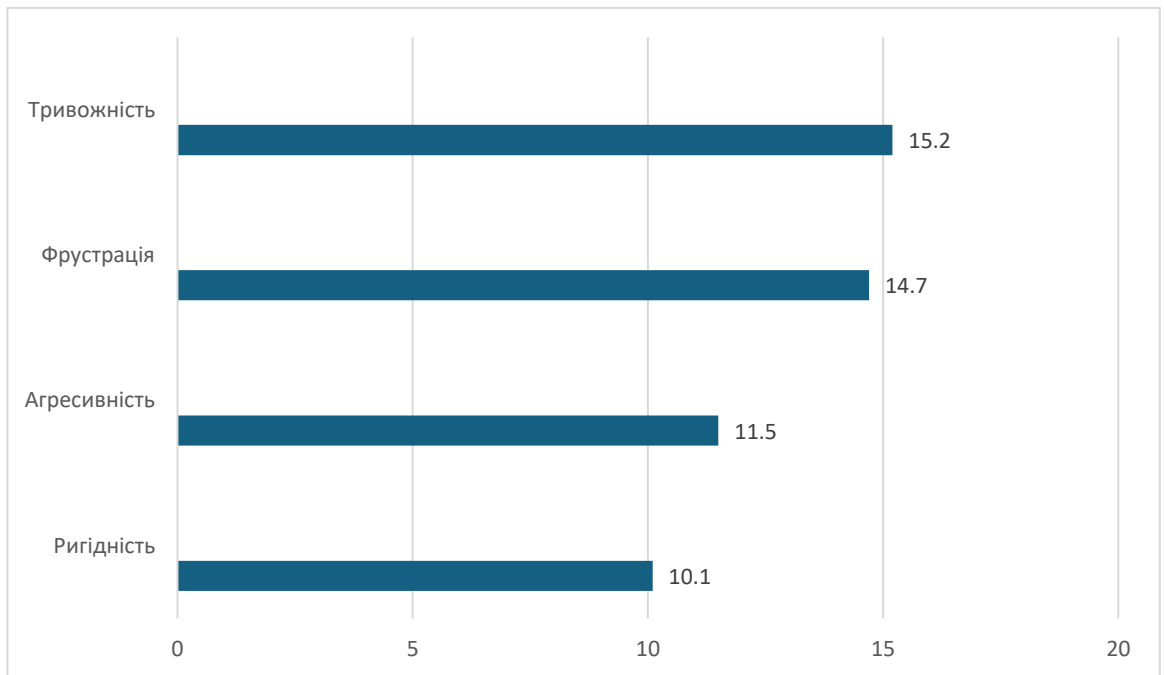


Рис. 2.2.3 Показники середніх значень за методикою Г. Айзенка
«Самооцінка психічних станів»

Методика Міні-мульти (скорочений варіант ММРІ) показала високий рівень депресії, істерія і психастенія знаходяться на межі перетину норми в бік високих значень, а іпохондрія, паранояльність, шизоїдність і психопатія мають середні значення, найнижчі значення відносяться до гіпотонії (див. Рис 2.2.4).

Високий рівень депресії означає, що у досліджуваних більше тривоги ніж депресії. Відчуття невизначеної загрози, яка не піддається передбаченню, сприяє дифузним побоюванням і тривожними очікуваннями. Вони можуть здаватись песимістами, мовчазними і замкнутими, насправді вони дуже бояться виратити гармонійні стосунки і прагнуть уваги.

Високе значення істерії супроводжується демонстративним підкресленням своїх соматичних проблем, здатністю витіснити фактори, що викликають тривогу, що ускладнює формування стійкої поведінки.

А сильно виражена психастенія має зв'язок з сензитивністю, страхом, тривогою, невпевненістю в собі, напруженістю, прагненням все контролювати,

що не вдається зробити через невизначеність майбутнього, тому людина захоплена нав'язливими страхами і ритуалами.

Іпохондрія має середнє значення і означає помірне занепокоєння своїм здоров'ям, схильністю до контролю своїх емоцій і легкою тривожністю, яка вписується в межі норми.

Паранояльність – застрягання на власних переживаннях, догматизм, образливість, практичність, прямота в спілкуванні.

Шизоїдність вказує на відмежованість від оточуючих, індивідуальність, важкість в спілкуванні.

Низьке значення гіпотонії відображає такі особистісні риси, як: зниження активності і контактів з людьми.

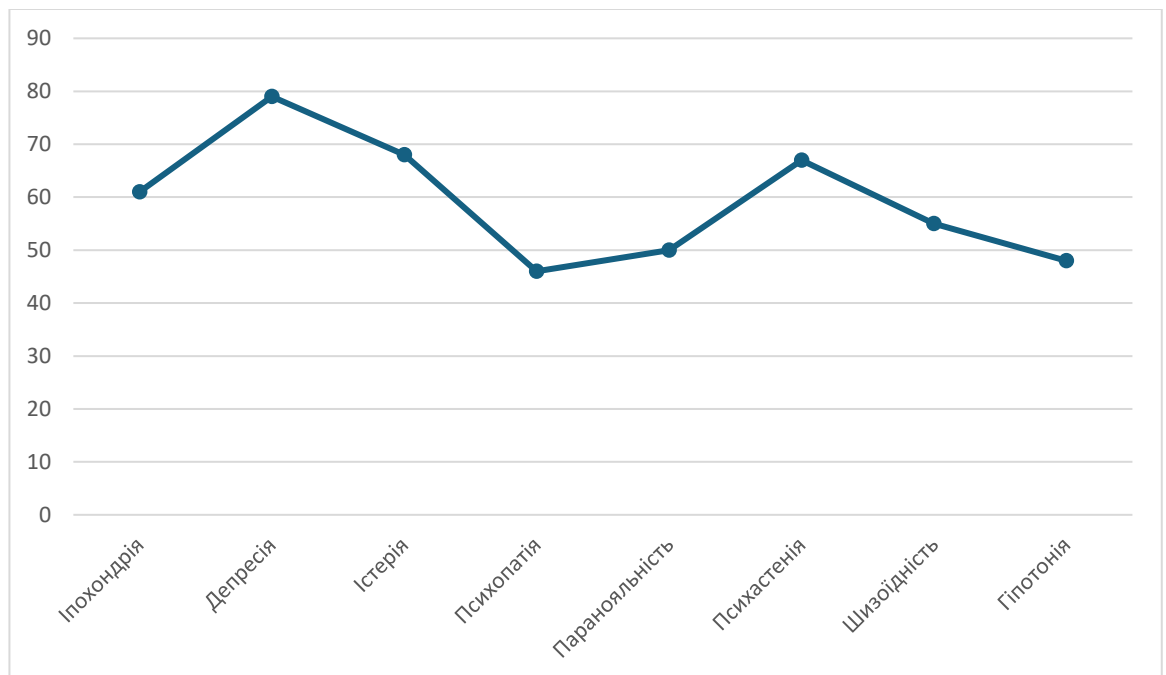


Рис. 2.2.4 Показники середніх значень вираженості психологічних розладів

2.3 Порівняльний аналіз даних

Спершу було проведено порівняльний аналіз вираженості депресії в залежності від віку (до 30 р. і від 30 р.). У представників двох категорій від загальної вибірки помітні відмінності (див. Рис. 2.3.1).

Досліджувані, які молодше 30 р., мають більш виражену легку депресію, як і ті, хто старше 30 р. Це може бути пов'язано з адаптацією до кризових ситуацій та подій. Особи віком до 30 р. також мають однаково виражені помірну депресію і її відсутність, тоді як старші мають однакову статистику, яка стосується важкої і помірної депресії.

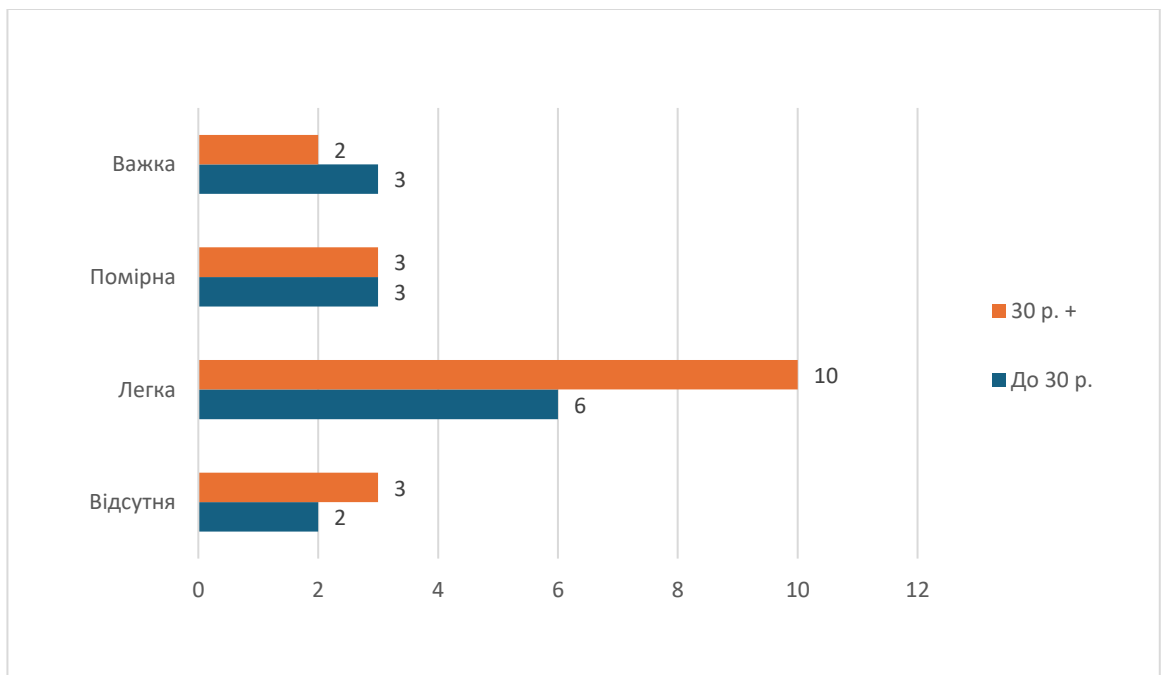


Рис. 2.3.1 Порівняння вираженості депресії залежно від віку

2.4. Кореляційний аналіз даних

На основі отриманих в процесі дослідження даних, проведено кореляційний аналіз. Він проводився для двох методик: шкала депресії А. Бека, шкала тривоги А. Бека.

За результатами кореляційного аналізу на статистично значущому рівні $p < 0,01$ було виявлено зв'язок між рівнем тривожності і рівнем депресії ($r = 0,705$). При високому рівні тривоги рівень прояву депресії теж був високим. Графічно цей зв'язок зображено на Рис. 2.4.1.

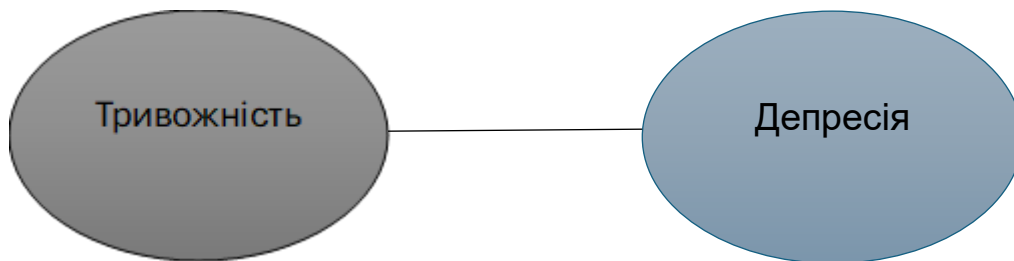


Рис. 2.4.1 Кореляційна плеяда «Депресія і тривожність»

Між депресією і агресивністю було виявлено таку кореляцію: ($r = -0.14473$), приймається гіпотеза H_0 – статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.

Висновки до розділу 2

Отже, в результаті проведеного емпіричного дослідження виявлено високий рівень депресії і такий же високий рівень тривоги серед жителів Львівської області. Більша частина респондентів має легку і помірну депресію, що проявляється у виражених психофізіологічних та соматичних ознаках, а також змінах у настрої та поведінці.

Також здійснено порівняння вираженості депресії і агресії. Кореляційного зв'язку не було знайдено, тому гіпотеза про обернений зв'язок між ними не підтвердилась.

Методика Міні-мульти (скорочений варіант ММРІ) показала високий рівень депресії, середній, ближче до високого, рівень істерії і психастенії, іпохондрія, паранояльність, шизоїдність і психопатія мають середні значення, гіпотонія має низьке значення.

За методикою «Самооцінка психічних станів» було виявлено, що середнє значення шкали тривожності є найбільшим.

Враховуючи залежність вікового фактору, досліджено, що особи віком до 30 р. мають виражену помірну депресію та депресивний стан, а особи у віці 30+р. мають виражену легку 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 у досліджуваних депресивний стан характеризується непрямую агресією, роздратованістю, образливістю, почуттям провини, що свідчить про схильність спрямовувати агресію на інших або на щось інше, опозиційну

поведінку, заздрість та ненависть до оточуючих. Психологічні показники: ригідність установок, сенситивність, інтровертованість, тривожність. Нормальний стан (без депресивних ознак) досліджуваних характеризується екстраверсією, відкритістю до світу, товариськістю, спонтанністю, агресивністю, емоційною лабільністю.

За результатами проведення кореляційного аналізу виявлено прямий зв'язок депресивності з тривожністю ($p < 0,01$), ($r = 0,705$).

ВИСНОВКИ

Результати теоретичних і емпіричних досліджень проблеми депресивних станів свідчать про поширення депресивних та агресивних емоційних станів у сучасному суспільстві. Основними причинами цього є нестабільна соціально-економічна ситуація в країні та військові конфлікти на сході, що призводять до кризових переживань у людей.

Зростання депресивних станів спричиняє домінування негативних емоцій, проблеми з емоційною регуляцією та зниження рівня адаптації. Людям, які переживають депресію, властива негативна тріада, яка проявляється у песимістичних уявленнях про себе, світ і майбутнє.

Симптоми депресивного стану включають зміну настрою і поведінки, переважання дистимічних станів, замкненість, втрату інтересу до різних видів діяльності, втрату апетиту, зміну режиму сну, почуття нікчемності, необґрунтоване самоприниження, психосоматичні розлади, нав'язливі думки про смерть та самогубство.

Основні фактори, що сприяють розвитку депресії, поділяють на три групи: біологічні, соціальні та особистісні. Біологічні фактори включають стать, спадковість, вік, перенесені захворювання, особливості обміну речовин і стан органів. Соціальні фактори охоплюють соціальні та сімейні взаємини, психічні травми, наявність соціальної підтримки, особливості виховання, та суспільно-політичну ситуацію в країні. Особистісні фактори пов'язані зі специфікою індивідуальних якостей людини.

Існує багато психологічних підходів до роботи з депресивними клієнтами, серед яких основними є психоаналітичний, поведінковий, когнітивно-поведінковий та екзистенційний, феноменологічний підходи.

У психоаналітичній психотерапії основне завдання – перенесення в свідомість витіснених і невирішених конфліктів. Цінність цього підходу полягає не лише у знятті симптомів депресії, але й у зміні певних особистісних підструктур для зростання довіри до інших, побудови близьких стосунків, вміння долати труднощі та переживати повний спектр емоцій.

Поведінковий підхід передбачає активну роль терапевта, спрямовану на розробку індивідуального корекційного плану і роботу з причинами депресії клієнта.

Ключове завдання когнітивного підходу – виявлення негативних думок, оцінка реального стану речей, пошук нових способів мислення, відпрацювання і закріплення нових форм реагування на події.

Екзистенційна психотерапія спрямована на переживання і подолання депресії через смуток, який є невід’ємною частиною роботи з клієнтом.

В емпіричному дослідженні було використано чотири психодіагностичні методики: Шкала депресії А. Бека (BDI), Шкала тривоги А. Бека, методика «Самооцінка психічних станів Айзенка, та опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант Мінесотського багатофакторного опитувальника MMPI). В дослідженні взяли участь 30 осіб віком від 18 до 40 років, які проживають у м. Львові та Львівській області.

Результати методики BDI показали, що серед досліджуваних важка депресія спостерігається у 3 осіб (10%), помірна – у 6 осіб (20%), легка – у 16 осіб (53,3%), і у 5 осіб (16,6%) депресія відсутня. Таким чином, найбільш поширеною є легка депресія.

Методика Шкали тривоги А. Бека виявила, що середній рівень тривожності серед досліджуваних становить 15,2, що свідчить про значну вираженість тривожного стану.

Кореляційний аналіз показав статистично значущий зв'язок між рівнем тривожності та рівнем депресії ($r=0,705$, $p<0,01$), що вказує на сильну позитивну кореляцію між цими показниками.

Отже, результати дослідження підтверджують, що у досліджуваній вибірці депресивні стани супроводжуються високим рівнем тривожності, причому легка депресія є найбільш поширеною формою. Це свідчить про важливість врахування тривожності при діагностиці та лікуванні депресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алекс Корб У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю / пер. З англ. Анна Марховська – К : Наш формат, 2019. 216 с.
2. Борисенко; Корват, Лариса. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. Перспективи та інновації науки, 2022, 9 (14).
3. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посіб. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35.
4. Володимир Станчишин. 2022. Емоційні гойдалки війни. Київ: Віхола.
5. Дейвід Вестбрук. Подолати депресію / пер. з англ. Діани Бусько; наук. Ред.. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Видавництво Свічадо, 2015.– 94с.
6. Депресія: обличчя та маски / ред. Н. Долішня. Львів : Мс, 2006. 116 с.
7. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
8. Коваль О.Є Тематичний словник-довідник з психології та педагогіки: Навчальний посібник. Вид. 2-ге. доповнене та перероблене / Коваль О. Є. – Тернопіль: ТНЕУ, 2013. – 138 с.
9. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їм людей під час війни. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». 2022. № 1. С. 28–33.
10. ЛАЗОРКО О., ШЕВЦОВА Т. Дослідження психоемоційних станів підлітків з різним рівнем резильєнтності під час війни. Психологічні перспективи, 2022, 40.

11. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів. – Львів: Видавництво: Мс, 2004. – 208с.
12. Москалець В. П. Загальна психологія : підручник. Київ : Ліра-К, 2020. 564 с.
13. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
14. Пфайєр С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
15. Усенко, К. Т. ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ПРОЯВІВ В ПЕРІОД ПІСЛЯ РІЧНИЦІ ВІЙНИ В УКРАЇНІ. Інноваційні проєкти для післявоєнного відновлення та розвитку України, 27.
16. Основи соціальної психології : підручник для закладів вищої освіти / П. П. Горностай та ін. ; ред. М. М. Слюсаревський. Київ : Талком, 2018. 580 с.
17. Хараджи М. В., Труніна Г. О. Емоційно-психологічний стан студентської молоді під час війни. Перспективи та інновації науки (Серія "Педагогіка", Серія "Психологія", Серія "Медицина"). 2023. № 12. С. 793-801.
18. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2005. 640 с.
19. Юнак, В. Ю. Депресія: погляд психотерапевта : наук.-попул. Вид. : ВСВ «Медицина», 2023. 334 с.
20. ван дер Колк Б. Тіло веде веде лік. Як лишити психотравми в минулому / Серія «Саморозвиток» / пер. А. Цвір. Харків : Віват, 2024. 624 с.
21. Blazer, Dan German. The Age of Melancholy: "major Depression" and Its Social Origins. Велика Британія: Routledge, 2005.
22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
23. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (The) Diagnostic Criteria for Research. Switzerland : World Health Organization, 1993. 248 p.

24. Lawlor, Clark. *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*. Велика Британія, OUP Oxford, 2012.
25. *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. Німеччина, Wiley, 2017.
26. Sadowsky, Jonathan. *The Empire of Depression: A New History*. Велика Британія, Polity Press, 2020.
27. *Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice*. Сполучені Штати Америки: Oxford University Press, 2017.