

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра диференціальної та спеціальної психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»

на тему: Особливості депресивних станів особистості під час війни в Україні.

Peculiarities of depressive states of personality during the war in Ukraine.

Виконала: здобувачка денної форми навчання

спеціальності 053 Психологія

Освітня програма 053 Психологія

Атанасова Олена Олександрівна

Керівник д.психол.н., професор Родіна Н.В.

Рецензент к.психол.н., доцент Головська І.Г.

Рекомендовано до захисту:

Захищено на засіданні ЕК № _____

Протокол засідання кафедри

протокол № ____ від _____.____.20__ р.

диференціальної та спеціальної
психології

Оцінка _____ / _____ / _____

№ ____ від _____.____. 2023 р.

(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Завідувачка кафедри

Голова ЕК _____

Родіна Н.В.

(підпис) (прізвище, ім'я)

(підпис) (прізвище, ім'я)

Одеса 2023

ЗМІСТ

ВСТУП4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ8

1.1 Історія становлення вивчення проблеми діагностики та корекції порушень депресивних станів8

1.2 Загальна характеристика депресивних станів14

1.3 Класифікація депресивних станів23

1.4 Аналіз підходів до відновлення стану депресії під час війни.....

Висновки до першого розділу36

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ38

2.1 Організація емпіричного дослідження38

2.2 Методи емпіричного дослідження депресивних станів39

Висновки до другого розділу44

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ46

3.1 Результати соціально-демографічних показників особливостей депресивних станів особистостей46

3.2. Результати емпіричного дослідження особливостей показників депресивних станів особистостей

3.3 Розробка авторської програми «Подолання депресивних станів під час війни в Україні»57

Висновки до третього розділу64

ВИСНОВКИ66

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ68

ДОДАТКИ74

ВСТУП

Війна, як соціокультурне явище, завжди призводить до глибоких та значущих змін у житті суспільства та його членів. Під впливом воєнних подій населення піддається складним фізичним, психологічним і соціальним трансформаціям, які, в свою чергу, впливають на психічний стан та емоційний стан особистостей. Один з найбільш розповсюджених і тяжких психічних станів, що може виникнути в умовах війни - це депресія.

Депресія є однією з найбільш актуальних та серйозних проблем сучасного суспільства, і вона набуває особливої вагомості в контексті війни, коли люди стикаються з несподіваними викликами, небезпеками і стресами, які супроводжують воєнний конфлікт. В Україні, яка останнім часом пережила серйозні воєнні дії, проблема депресії в контексті військових подій стала особливо актуальною.

Воєнний конфлікт – це надзвичайна ситуація, яка призводить до збільшення кількості пацієнтів із депресією, принаймні на 20%. Дані офіційних звітів Організації здоров'я та соціальних зв'язків свідчать про зростання кількості суїцидів на 22% через війну. Також відзначається, що значна кількість людей похилого віку, що мають депресію, є наслідком тривалого важкого життя в умовах війни. В їх випадку кількість суїцидів може зростати до 20%.

Війна в Україні впливає на всіх її жителів, незалежно від їхнього статусу або місця проживання. Вона торкнулася як військових, так і цивільного населення, яке перебуває в зоні конфлікту або окупації, а також осіб, які були внутрішньо переміщені та тих, хто виїхав за кордон. Отже, всі мешканці України досвіджують стресори військових дій. Ця ситуація призводить до серйозних негативних впливів на психічне здоров'я мільйонів українців. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, у майбутньому понад 15 мільйонів українців будуть потребувати психологічної підтримки, з яких 3-4 мільйони можуть вимагати медикаментозного лікування.

Війна породжує ряд соціальних проблем, зокрема ті, які пов'язані із надзвичайною ситуацією: розрив сімей, загроза безпеці, втрата засобів до існування, розчленування соціальних мереж, поганий рівень довіри, нестача ресурсів, збільшення кількості дітей, які залишилися без батьків і так далі. До цього додаються гуманітарні аспекти, такі як переповненість місць проживання, відсутність можливості для відпочинку та самозабезпечення, руйнування традиційних систем підтримки. У результаті цього виникають проблеми з психічним здоров'ям, включаючи загострення існуючих психічних захворювань (наприклад, депресія, шизофренія, злоупотреблення алкоголем), зміни в психічному стані через страждання, гострі реакції на стрес, злоупотреблення алкоголем і наркотичними речовинами, розвиток депресій і тривожних станів, таких як ПТСР.

Характерні ознаки депресивних станів включають понижений настрій, втрату інтересу до різних справ, втомленість, наявність негативних думок щодо майбутнього, думки про самогубство, намагання або дії в цьому напрямку, а також різні проблеми зі сном. Серед додаткових симптомів можна відзначити втрату інтересу до роботи, неможливість відчувати радість, втому, знижену активність, проблеми з концентрацією уваги, понижену самооцінку, відчуття провини, схильність до сліз, втрату здатності приймати рішення, відчуття втрати надії на майбутнє, зміни в вазі (або її збільшення), зниження сексуального бажання.

Дослідження депресивних станів проводилося групою вчених, до якої входили такі науковці, як Н. Г. Гаранян, Г. Д. Мазуро, В. В. Ковальов, Б. В. Михайлов, Е. С. Наталевич, Г. Браун, І. Л. Первова, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підгкоритов, В. Н. Синицький, О. С. Чабан, Ю. Ю. Чайка, Дж. Мак-Каллоу, М. Ковач, Д. Коул та К. Петерсон.

Метою дослідження є теоретичний та емпіричний аналіз особливостей депресивних станів особистості під час війни в Україні.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз депресивних станів особистості.

2. Проаналізувати підходи до відновлення депресивних станів особистостей.

3. Розробити психокорекційну програму «Подолання депресивних станів під час війни в Україні».

Об'єктом дослідження є депресивні стани особистості.

Предметом дослідження є депресивні стани цих особистостей під час війни.

Методи дослідження: анкетування, Шкала депресії Бека, Самооціночна шкала депресії Зунга, Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R).

Опис вибірки: у дослідженні прийняли участь 40 осіб, серед яких чоловіки та жінки віком від 22 до 28 років.

База проведення емпіричного дослідження: дослідження проводилося серед користувачів соціальної мережі Facebook за допомогою GoogleForms.

Практична значущість дослідження:

1. Розуміння особливостей депресивних станів в умовах війни допомагає розробляти більш ефективні програми психологічної підтримки та реабілітації для ветеранів, сприяючи покращенню їхнього психічного стану і якості життя.

2. З'ясування, які чинники спричиняють суїцидальні думки та дії в умовах війни, може допомогти розробити ефективні стратегії та програми для запобігання самогубствам серед осіб, які пережили військові конфлікти.

3. Дослідження може сприяти розумінню психологічних потреб і труднощів внутрішніх переселенців та цивільного населення в зоні конфлікту, що в свою чергу допоможе розробити програми психологічної підтримки та інтеграції.

4. Дослідження може сприяти розробленню більш точних методів діагностики та лікування депресивних станів, враховуючи їхні специфічні особливості під час воєнного конфлікту.

5. Наукові докази щодо депресії під час війни можуть бути використані для покращення роботи психологічних служб, лікарень та інших медичних установ, які надають допомогу та лікування таким особам.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел (80). Загальний обсяг роботи 79 сторінок. Робота містить 12 таблиць та 19 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСІЇ

1.1 Історія становлення вивчення проблеми діагностики та корекції порушень депресивних станів

У останні десятиліття по всьому світу відзначається стабільний зріст поширеності тривожних та депресивних станів. Тому вони повинні бути визнані головною глобальною проблемою охорони здоров'я у XXI столітті. Недавній аналіз епідеміологічних даних показав, що 13% всіх захворювань у світі пов'язані з порушеннями в роботі головного мозку, які за частотою випадання випереджають серцево-судинні захворювання та рак. Серед найпоширеніших психічних станів варто виділити тривогу, депресію, соматоформні розлади та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин.

Перші антидепресанти (АД) були розроблені у 50-х роках минулого століття, це були трициклічні антидепресанти (ТЦА), і вони призначались, насамперед, для ефективного лікування хворих в умовах стаціонару. Вони впливали на кілька нейромедіаторних систем, тобто не були селективними в дії, що призводило до виникнення багатьох побічних ефектів (кардіотоксичність, гостра задержка сечі, порушення свідомості, включаючи делиріозний стан і т. д.), що ускладнювало лікування пацієнтів в амбулаторних умовах. Це підштовхнуло вчених розпочати пошуки нових ефективних і безпечних АД. Дослідження проводилися у напрямку синтезу більш селективних препаратів. В подальшому були створені Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІОЗС). Вони переносяться заздалегідь краще, ніж неселективні засоби. Саме тому СІОЗС залишаються найбільш розповсюдженою і "успішною" групою АД. У той же час в літературі можна знайти думки, що СІОЗС не є достатньо ефективними у лікуванні депресій. Вони також мають різні побічні ефекти, які не рідко залишаються на тривалий час. Серед найпоширеніших можна виокремити порушення шлунково-кишкового тракту: запаморочення, блювота, диспепсія. Інші включають головні болі, запаморочення, підвищене хвилювання,

тривогу, безсоння, рідше підвищену сонливість, сексуальні розлади (аноргазмія, еректильна дисфункція, затримка еякуляції і інше) [56].

Зрозуміло, що з'являються нові неселективні АД: Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІОЗСН) - венлафаксин, дулоксетин, норадренергічні і специфічні серотонінергічні АД (НаССА) - міртазапін. Більшість з них має основний механізм дії спрямований на активацію як серотонінової, так і норадреналінової систем, що підвищує ефективність їх застосування при депресіях. Очевидно, що нові неселективні АД синтезуються з урахуванням підвищених вимог до переносимості для більш широкого застосування в амбулаторній практиці. Така еволюція АД відображає, насамперед, клінічні вимоги лікарів та пацієнтів до ефективного та безпечного препарату для лікування депресивних станів.

У той же час провідні дослідники акцентують увагу на важливості профілактичної роботи, яка може стати найбільш результативним і економічно вигідним методом боротьби з депресією. Зокрема, існують ефективні підходи до профілактики депресії на рівні окремих спільнот, які включають орієнтовані шкільні програми щодо запобігання жорстокого поводження з дітьми, програми з покращення когнітивних, соціальних навичок і навичок у вирішенні проблем дітей та підлітків. Профілактика охоплює конкретні сфери ризикових факторів (куріння, алкоголь, нездорове харчування, відсутність фізичної активності тощо), а також розвиток психічних станів в цілому (порушення сну, соціальна ізоляція, жорстоке поводження з дітьми і недбалість, інвалідність, пов'язана з медичними та неврологічними захворюваннями).

Широко використовується модель троїчної профілактики: універсальної (для всього населення), селективної (для груп ризику) та необхідної (для людей з початковими ознаками депресії). Згідно з метааналізом 32 великих досліджень щодо профілактики депресії, ризик її розвитку зменшується на 19-26% в залежності від підходу. Основними

цільовими групами для широкомасштабної селективної профілактики вважаються підлітки, вагітні та недавно народжені жінки, діабетики і літні люди. Для реабілітації і профілактики депресивних станів все більше популярно використання інтернет-технологій (мобільні додатки, електронні ресурси для самодопомоги і т. д.).

До 1941 року дослідження в галузі психології станів переважно були спрямовані на вивчення афективних станів і психофізіології, а також психотехніку працездатності.

При дослідженні афективних станів А.Р. Лурія та А.Н. Леонтьєв поставили завдання об'єктивно-психологічного та реактологічного підходу до пояснення афективної поведінки та вивчення механізмів, які призводять до виникнення афективних реакцій. Вони вважали, що "нормальна, неафективна поведінка, яка характеризується координованими реакціями, є лише виразом деякого динамічного рівноваги організму та середовища: середовище відправляє організму певні подразнення, які в ньому викликають свої адекватні реакції, які знову повертаються до середовища. Нормальна, неафективна поведінка зводиться саме до такої динамічної рівноваги" [45].

Дослідження порушень емоційної сфери та неврозів почало активно розвиватися починаючи з 50-х років XX століття. Результати різноманітних наукових досліджень емоцій знайшли відображення у численних наукових публікаціях відомих психологів і психотерапевтів як іноземних (К. Ізард, П. Екман, Р. Глассер, В. Кеннон, Р. Левенсон, Т. Маккен, Дж. Андерсон, К. Юнг, Ф. Березін) так і вітчизняних (О. Бодальов, А. Виноградова, Л. Гозман, Р. Грановська, Б. Додонов, Т. Каштанов, Д. Ковпак, М. Лейтес, В. Семіченко, В. Синицький, Л. Третьяк, П. Якобсон тощо).

Дослідження емоційних станів і депресивних переживань також проводили відомі вчені, серед яких К. Абрахам, А. Бек, Е. Блейєр, І. Лехман, Дж. Мак-Каллоу, А. Раш, Л. Хьелл, Д. Зіглер, М. Япко, В. Абабков, Ф. Василюк, О. Гуменюк, Б. Карвасарський, В. Пишель, М. Покрасс, А. Смулевич, Є. Юр'єв та інші.

Депресія є психічним розладом емоційної сфери, основним ознаками якого є стійке погіршення настрою та загального активності зниження.

Психологічні дослідження надають цікаві вказівки щодо важливої ролі емоцій у житті та формуванні характеру. Наприклад, Марк Аврелій, римський імператор, і його прихильники пропагували підкорення емоцій розуму.

Знаменитий гуманіст Відродження Еразм Роттердамський підкреслював, що єдиний шлях до щастя полягає у пізнанні самого себе та прийнятті розумових рішень.

Видатний український психолог Г. С. Костюк наголошував, що емоції виникають у людини як "суб'єктивні сигнали порушення і відновлення її відносин з навколишнім світом, перш за все, з іншими людьми. Коли вони виникають, вони стають регулятором її дій та джерелом її енергії" [19].

Справедливими є слова В. Сухомлинського, який стверджував, що той, хто не освоїв науку добра, будь-яке інше навчання лише завдає шкоди. Здається, емоції визначають наше життя, і, як вказувала С. Русова, лише радісний розум спрямовується до добра, в то ж час сум і горе приносять зло.

Захворювання емоційної сфери, де основним симптомом є стійке погіршення настрою, що в супроводжується зниженням загальної активності, називається депресією. В психологічних джерелах депресія описується як "емоційний стан з негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивними уявленнями та загальною пасивністю у поведінці" [44].

Інший словник подає визначення депресії більш науковим способом (при цьому сутність залишається незмінною) і формулює його так: "Депресія – специфічний афективний стан індивіда, що характеризується негативними емоціями, а також перетвореннями мотиваційних паттернів, когнітивними моделями суб'єкта та загальною релаксацією та пасивністю у його поведінці" [47].

За іншим джерелом, депресія - це психічний стан, який характеризується вираженою пасивністю, втратою інтересу до

навколишнього світу і сприймається у похмурому світлі. У важкому і стійкому виявленні цей стан може бути симптомом захворювання" [7].

У відповідних наукових працях подаються вичерпні описи депресивних станів, вивчаються та розглядаються фактори, що спричиняють їх виникнення, аналізується симптоматика депресії, і надаються рекомендації щодо змісту та методів надання допомоги людям, які страждають від депресії.

Варто звернути увагу на той факт, що вчені виокремлюють і досліджують значну кількість симптомів і ознак, які відображають основні і додаткові аспекти депресивного стану. Серед цих дослідників можна вказати В. Абабкова, Е. Блейєра, А. Курпатова, І. Лехмана, В. Пишеля, М. Полив'яну, В. Синицького, Т. Талієва, Л. Шнейдера, Є. Юр'єва та інших.

У численних наукових публікаціях відомих зарубіжних психологів відображено клінічний образ депресії, який включає не лише погіршений настрій, але й багато інших симптомів, які часто взаємодіють один з одним. Ці симптоми можна розділити на п'ять функціональних областей: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну та фізичну. Загальна суть проявів у кожній з цих областей полягає у наступному [18].

За описом психотерапевта А. Курпатова, обов'язковими симптомами депресії є: понижений настрій, відчуття суму, пригніченість, туга; втрата інтересу, неспроможність відчувати задоволення; зниження енергії, активності, підвищення втомлюваності. Додатковими симптомами депресії можуть бути затруднене утримання уваги, низька самооцінка, песимістичний погляд на майбутнє, ідеї та дії, спрямовані на самознищення, порушення сну та апетиту, зниження сексуального бажання, соматичні скарги.

Серед найпоширеніших симптомів депресії, вказаних В. Пишелем, М. Полив'яним та іншими, можна виділити смуток та безнадію; порушення сну і апетиту; сповільнене мислення або погіршену концентрацію уваги; втрату інтересу до раніше приємних занять; думки про самогубство і смерть; роздратованість і занепокоєння; низьку самооцінку або відчуття провини;

слабкість і втомленість; хронічні болі, які не реагують на стандартне лікування.

Л. Шнейдер наводить додаткові ознаки депресії, такі як почуття неповноцінності, безцільності і втрату самоповаги. Він також вказує на нездатність реагувати адекватно на похвалу, песимістичне ставлення до майбутнього і негативне сприйняття минулого. Додатковими симптомами депресії за Шнейдером є відчуття млявості, хронічна втома, уповільненість рухів і мови, а також зниження продуктивності в роботі і побуті.

Е. Блейер вказує на три основні ознаки класичної депресії: понижений настрій (гіпотимія, дистимія), сповільнене мислення і рухову загальмованість.

І. Лехман вважає, що характерними ознаками депресії є втрата здатності радіти, втрата інтересів і знижена працездатність.

Н. Самоукіна [27] вказує на ознаки депресії різної глибини і тяжкості, такі як небажання вставати з ліжка і йти на роботу, байдужість до прийому їжі, постійна втома, пасивність, почуття пригніченості і безвиході, сприйняття світу в чорних тонах, відсутність радості і задоволення від життя, а також страхи і невпевненість в собі.

Отже, депресія – це психологічний розлад, який характеризується трьома основними ознаками: зниженням настрою, втратою здатності переживати радість (ангедонія) і порушеннями мислення. Це психічний стан, який відзначається патологічним посиленням емоцій страждання, горя і печалі. Симптоми депресії впливають на п'ять основних сфер функціонування людини: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну і фізичну.

Найпоширенішими симптомами депресії є: почуття смутку і відчуття безнадії; порушення сну, які проявляються в тому, що людина рано прокидається і важко встає; сповільнене мислення або знижена концентрація уваги; втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення; думки про самогубство і смерть; рестлесність і роздратування; низька самооцінка або

почуття вини; порушення апетиту; стомленість і слабкість; хронічні болі, які не реагують на звичайні методи лікування.

Правильне розуміння та визначення сутності терміну "депресія", а також правильне виділення основних і додаткових симптомів депресивних станів і переживань є ключовим для своєчасної діагностики і надання психологічної і психотерапевтичної допомоги особам, які перебувають у стані депресії.

1.2 Загальна характеристика депресивних станів

Депресія - це психічний розлад, який характеризується патологічним падінням настрою і негативною, песимістичною оцінкою себе, свого стану в навколишньому середовищі і свого майбутнього. Крім цього, спостерігається такий явище, як ангедонія - втрата відчуття задоволення від занять, які раніше приносили радість. Більшість пацієнтів також відзначають відсутність енергії, мотивації, колишньої активності та енергійності.

Основним критерієм для постановки діагнозу "депресія" згідно з МКБ-10 є наявність 5 або більше з наступних симптомів протягом останніх двох тижнів (і більше): втрата ваги; тривожний сон або сонливість (іноді безсоння вночі і сонливість вдень); психомоторне збудження або сповільнення; втомленість; відчуття безсилля або провини; зменшення здатності до концентрації на власні думки; повторювані думки про смерть, суїцидальні ідеї (або спроби).

При наявності 1-2 з перших симптомів і до 4 наступних симптомів діагностується "легка" депресія. При наявності 2 перших симптомів і 4 або більше наступних (додаткових) симптомів - "важка" депресія [20].

У сучасній науці існують декілька теорій щодо виникнення депресії, які розкривають причини та механізми формування цього стану. Наприклад, генетична теорія передбачає наявність генетичної схильності до цього психічного розладу. Теорія моноамінів пов'язує розвиток депресії з розладом балансу нейротрансмітерів в мозку, перш за все серотоніну і норадреналіну, і на цій основі застосовується серотонінергічні та норадренергічні препарати в

лікуванні емоційних станів. Психологічні теорії пояснюють виникнення депресії з позицій різних психологічних шкіл як реакцію конкретної особистості зі своїм індивідуальним життєвим досвідом і уявленнями про навколишній світ на певний стресорний фактор.

Психоаналітична теорія передбачає, що депресія виникає при втраті значущої "іншої" людини, яка стає об'єктом одночасної любові та ненависті. Ненависть або гнів до втраченої особи внаслідок цього заперечується, що викликає почуття вини, направлене на себе. Крім того, різні проблеми в міжособистих відносинах сприяють розвитку низької самооцінки, що призводить до депресивного стану [43].

В рамках психоаналітичної концепції різні автори виділяють основні фактори, які впливають на виникнення депресії, і розрізняють їх на особистісні та міжособистісні. Особистісні фактори включають пригнічену агресію, конфлікт між почуттями любові і ненависті (амбівалентність у відносинах зі значущими іншими), залежність від іншої людини, низьку самооцінку, брак автономності, нереалістичні або недосяжні бажання. Міжособистісні фактори включають дитячий або дитячий досвід травм, пережиті відчуття або реальний досвід безпорадності при виборі об'єкта на нарцисичних підставах уже в дорослому віці, що оживляє дитячу травму, реальну або уявну втрату об'єкта лібідо, невдоволені сексуальні бажання [11].

За даними Ш. Радо, самооцінка особи відіграє важливу роль у формуванні депресії. Наприклад, люди, які страждають від депресії, для того щоб підтримувати свою нарцисичну самооцінку, потребують зовнішньої підтримки. Коли вони втрачають об'єкт - джерело своєї підтримки - вони впадають в розлючення. Внутрішньо ця реакція виглядає як спроба відокремити частину об'єкта, що інтроєктована в Супер-Его, від іншої частини цього ж об'єкта, що інтроєктована в Его. Отже, Ш. Радо висунув унікальну концепцію подвійної інтроєкції. Депресію розглядали як внутрішній процес покаяння і прохання про прощення.

Когнітивні теорії походження депресії стверджують, що у людини, яка страждає від депресії, розвиваються негативні думки на трьох рівнях. Згідно з цією теорією, людина бачить себе без достоїнств і зайвою. Для неї оточуючий світ стає жорстким і викликає відразу. Вона також відчуває безнадійність стосовно майбутнього [23]. Когнітивна модель депресії є результатом систематичних клінічних спостережень та експериментальних досліджень [4]. Саме поєднання клінічного та експериментального підходів зробило можливим побудову цієї теоретичної моделі та формулювання принципів когнітивної терапії. Когнітивно-поведінкова теорія стверджує, що для депресивних пацієнтів характерне "навчена безпомічність", оскільки вони не можуть впоратися з важкою ситуацією.

Згідно з когнітивною моделлю, існують три конкретні поняття, які пояснюють психологічну структуру депресії: 1) когнітивна триада, 2) схеми, 3) когнітивні помилки (неправильна обробка інформації) [20]. Концепція когнітивної триади включає в себе три основних когнітивних шаблони, які визначають індивідуальне ставлення пацієнта до самого себе, своєї майбутньої перспективи та поточного досвіду. Перший компонент триади стосується негативного ставлення людини до самого себе. Другий компонент когнітивної триади відноситься до схильності негативно інтерпретувати поточний досвід. Третій компонент триади - це негативне ставлення до свого майбутнього. Когнітивна модель пропонує гіпотезу щодо схильності до депресії. Згідно з цією теорією, у людини формуються негативні уявлення про себе, своє майбутнє і навколишній світ на основі раннього досвіду. Саме ці уявлення можуть знаходитися в латентному стані до певного моменту - їх активують конкретні обставини, подібні до тих, що відповідають за виникнення негативної настанови [14]. При вивченні загальних характеристик депресії можна виділити основні фактори її виникнення. Багато вчених розглядають депресію як гетерогенний стан. У кожному конкретному випадку вона має різне співвідношення численних ендогенних та екзогенних факторів у формуванні емоційних станів.

У більшості випадків, подібно до інших психічних станів, точні причини виникнення депресії не відомі. На сьогодні найпоширенішою моделлю, яка пояснює виникнення депресії, є біопсихосоціальна модель. Вона включає біологічні, психологічні і соціальні чинники, які розглядаються лише в комплексі [60].

Біологічні чинники включають наслідки у спадковості. Крім того, до цих чинників відноситься теорія нейромедіаторів, відповідно до якої хвороба може виникнути через зменшення або зміну активності нейромедіаторів. До цієї групи також входить ендокринна система [52]. До цих факторів можна віднести індивідуальну схильність, що вроджена. Генетична схильність пояснюється тим, що деякі хромосоми і гени пов'язані з розвитком депресії. Хоча ймовірність успадкування подібного розладу або схильності до нього не настільки велика, як, наприклад, у випадку інших психологічних захворювань.

Поява депресії може сприяти змінам у функціонуванні або зменшенню кількості нейромедіаторів, які беруть участь у передачі електричного імпульсу від одного нейрона до іншого.

Значну роль у схильності до цього захворювання відіграє сімейне спадкове навантаження на депресію. Було зауважено, що у родичів, які страждають від депресії, досить часто виявляються різні психосоматичні розлади.

Виділяють такі основні форми депресії: уніполярні депресії, при яких настрій залишається в межах одного зниженого "полюсу", та біполярні депресії, що є складовою частиною біполярного афективного розладу і чергуються з маніакальними, гіпоманіакальними або змішаними афективними епізодами. Депресивні епізоди невеликої тяжкості також можуть виникати при циклотимії.

Виділяються наступні форми уніполярних депресій (відповідно до DSM-IV):

- Великий депресивний розлад, який часто називають клінічною депресією.
- Резистентна депресія, що є різновидом великої депресії, при якій протягом двох послідовних курсів (по 3-4 тижні) лікування антидепресантами спостерігається відсутність або недостатність клінічного ефекту.
- Мала депресія, яка не відповідає усім критеріям клінічної депресії, але при цьому принаймні два основних діагностичних симптоми присутні протягом, як мінімум, двох тижнів.
- Атипова депресія - форма депресивного розладу, при якій, крім типових симптомів депресії, спостерігаються такі специфічні ознаки, як підвищений апетит, збільшення ваги, збільшена сонливість та так звана "емоційна реактивність".
- Постнатальна депресія - форма депресивного розладу, яка розвивається негайно після пологів.
- Дистимія - це розлад, який характеризується хронічним помірним погіршенням настрою, що триває 2 роки і більше, з періодичними "добробутними" періодами, які рідко тривають більше двох тижнів підряд. Окрім погіршення настрою, у пацієнта повинно бути, принаймні, ще 3 інших симптоми [22].

У медицині використовується вираз "вітальна депресія", який означає "життєвий" характер депресії, який супроводжується вираженою тривогою та душевним станом. У такого виду депресії пацієнти відчувають фізичні симптоми. Припускається, що цю депресію може викликати порушення "життєвих процесів", вона може розвиватися циклічно, бути такою що не піддається зовнішньому впливу та виникати без видимих причин, незрозумілих навіть самому пацієнту [26]. Характер "життєвої" депресії часто спостерігається у "біполярній" депресії при біполярному афективному розладі та ендогенних депресіях [50].

Вітальні депресії класифікуються як важкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F31.2). Незважаючи на важкість стану, вітальні депресії мають сприятливий прогноз, оскільки добре піддаються лікуванню антидепресантами [30].

Поза основними формами депресивних станів, деякі підкатегорії варто розглядати окремо через їх особливості в прогнозі та лікуванні.

Ось описи на основі МКБ-10 (ВОЗ, 1992):

1. Психотична депресія. Це депресивний розлад, в якому спостерігаються психотичні симптоми, такі як галюцинації та марення, а також виразні порушення психомоторики. На відміну від шизофренії та шизоафективного розладу, ці психотичні прояви існують разом з афективними симптомами. Крім того, зміст галюцинацій і марення при психотичній депресії, зазвичай, відповідає переважаючому настрою сумування (конгруентний афект).

2. Меланхолія (соматичний синдром). Головними ознаками депресивного розладу з соматичними симптомами є: втрата інтересу та задоволення від зазвичай приємних справ, зниження емоційної реактивності на оточуючі умови і події, раннє ранкове прокидання, виразне проявлення симптомів депресії в ранкові години, психомоторна гальмівність або збудження, виражений втратаю апетиту та маси тіла, зниження либідо. Часто ці симптоми спостерігаються серед літніх пацієнтів.

3. Атипічна депресія. Цей тип депресивного розладу найчастіше спостерігається у молодих пацієнтів і відзначається такими симптомами, як сонливість і підвищений апетит, які рідко зустрічаються у більшості інших депресивних станів.

4. Сезонний депресивний розлад. Цей розлад характеризується епізодами зв'язаними з певними періодами року (наприклад, початок восени і завершення навесні). Сезонні епізоди значно перевищують несезонні, і симптоми депресії зникають між сезонними епізодами. Лікування фототерапією вважається ефективним для коротких курсів.

5. Біполярна депресія зі швидкоциклічним перебігом. Це характеризується частими афективними епізодами (чотири або більше на рік), які включають депресивні, маніакальні, гіпоманіакальні та змішані (маніакально-депресивні) епізоди. Ці епізоди можуть наступати один за одним, з безсимптомними періодами між ними або без них. Швидка циклічність може виникнути спонтанно (зазвичай це стосується тривалого перебігу біполярного розладу) або бути спровокованою застосуванням антидепресантів [17].

Також виділяють вторинні депресивні розлади, які можуть виникати як наслідок інших психічних чи соматичних захворювань (наприклад, депресія, що розвивається внаслідок раку підшлункової залози) або через вживання речовин, що викликають залежність, та деяких лікарських препаратів. Незважаючи на те, що вторинні депресії менше поширені за первинними, вони розглядаються при диференційній діагностиці, особливо коли пацієнт не реагує на лікування, як очікується [58].

1. Післяпологова депресія. Існують три форми післяпологових депресій: а) перша форма - це післяпологова сум'яниця. Вона є звичайним явищем, спостерігається у третини матерів у ранньому післяпологовому періоді. Вона є тимчасовою і, в більшості випадків, не потребує лікування; б) друга форма - це післяпологова депресія легкого або середнього ступеня тяжкості. Виникає у 10% матерів протягом року після пологів. Лікування не відрізняється від інших форм легких і помірних депресій; в) третя - післяпологовий психоз. Він часто має змішаний атиповий характер, в якому зазвичай присутні ознаки депресії і манії; є зв'язок з подальшим розвитком біполярного розладу.

2. Рецидивуюча короткотривала депресія. Виявляється дисфорічним настроєм або втратою інтересів протягом менше ніж двох тижнів. Також характерно повторне виникнення та принаймні 4 із симптомів: втрата апетиту, порушення сну, втрата інтересів, втома, почуття власної безпорадності, порушення концентрації та суїцидальні тенденції.

3. Змішаний тривожно-депресивний синдром. У багатьох пацієнтів спостерігаються одночасно симптоми тривожності та депресії, проте жоден із симптомнокомплексів при окремому розгляді не є достатньо важливим для постановки діагнозу. Цей розлад потрібно відрізнити від депресивних станів з домішкою тривожних симптомів і від тривожних станів із невеликим відсотком депресії. Крім того, у цьому синдромі деякі вегетативні симптоми (наприклад, тремор, пульсація серця, сухість у роті, неприємні відчуття у животі) також можуть час від часу виявлятися.

4. Субсиндромальна депресія. Недавно особлива увага приділяється проблемі депресивних пацієнтів, у яких не вистачає симптомів для встановлення діагнозу депресії. Було виявлено, що ці пацієнти з так званою "субсиндромальною депресією" мають більший ризик виникнення депресивних епізодів у майбутньому та можуть відчувати суттєві обмеження у функціонуванні та загальному благополуччі.

5. Реактивна або ендогенна депресія. Раніше депресивні розлади розділялись згідно з традиційними дихотоміями, такими як невротичні та психотичні стани (на основі ступеня та якісних характеристик симптомів) або реактивні та ендогенні депресії [1].

Згідно цим уявленням, симптоми, які характеризують ендогенну депресію, можна віднести до значних фізіологічних порушень (наприклад, втрата маси тіла, виснаження, порушення сну, психомоторну сповільненість), а також відсутність середовищних причинних факторів та зниження реактивності. Навпаки, діагноз реактивної депресії встановлювався у випадках, коли розвиток депресії був пов'язаний з провокуючими подіями та стресовими впливами, і клінічна картина не містила виражених вегетативних порушень. Флуктуація симптомів у відповідь на зміни середовищних факторів та збереження щоденної функціональності також вважалася ознакою реактивного характеру депресії.

Недолік даної моделі полягає в тому, що лише декілька людей, які страждають від депресії, можуть бути чітко віднесені до однієї з двох

категорій. Більшість таких форм належать до континууму між ендегенним і реактивним полюсами. Між ними немає чітких меж, і, крім того, часті ситуації, коли спостерігаються змішані форми. У минулому вибір методів терапії часто ґрунтувався на такому розподілі (наприклад, у разі ендегенної депресії призначали антидепресанти, а в разі невротичної - психотерапію), але зараз такий підхід відкидається.

Можна зауважити, що депресивні захворювання відносяться до найбільш поширених психічних станів. Їх клінічна картина змінюється. Їм притаманні різні форми прояву та перебігу. Їх діагностика та систематизація пов'язані зі значними труднощами.

Для постановки діагнозу депресивного розладу необхідно використовувати клінічне спостереження, спілкування з пацієнтом, враховуючи всю анамнестичну інформацію та об'єктивні дані, що були отримані від знайомих і родичів хворого, а також на основі діагностичних критеріїв, визначених у МКБ-10 (DSM-4) [25].

Багато розроблених психометричних шкал не можуть слугувати самостійними діагностичними інструментами, але при цьому допомагають оцінити ступінь тяжкості стану та ефективність проведеної антидепресивної терапії. Крім того, діагностика депресії після інсульту зіткнулася з численними труднощами. Серед них можуть бути порушення когнітивної функції та деменція, які розвиваються після інсульту. Оскільки хворі не завжди можуть самостійно описати свої емоції та висловити скарги. Анозогнозія, яка характеризується ігноруванням основного захворювання, може бути причиною того, що пацієнти заперечують свої депресивні скарги, навіть якщо багато симптомів депресії помітні для навколишніх [3].

Підсумовуючи, слід відзначити, що депресивні захворювання можна віднести до найбільш поширених психічних станів. Вони проявляються в різних формах і течіях. Діагностика та класифікація цих захворювань пов'язані зі значними труднощами.

1.3 Епідеміологія та феноменологія депресивних станів

Відомо, що кожна людина долає своє відчуття безсилля по-своєму: дехто шукає підтримку в інших (і тоді власна безсилля перетворюється на спробу завоювати їхню силу), інші виникають в себе або винуватять оточуючих. Іноді безсилля робить людину сильнішою, ніж інших.

Андрій Кемпінський у своїй книзі "Меланхолія" говорив: "Сум є не від'ємною частиною людського досвіду. Навіть у найбільш спокійних людей інколи настають періоди депресії, коли світ стає темнішим, а самі себе ми бачимо в похмурих кольорах." Тому депресія на клінічно значущому рівні може торкнутися кожної четвертої людини протягом її життя.

Депресія є прихованою епідемією на глобальному рівні, оскільки багато хто не отримує лікування. За даними DEPRES, в Європі 43% із 75 тисяч дорослих, які страждають від депресії, ніколи не зверталися до лікаря. Втрата працездатності через цей психічний розлад перевищує аналогічні показники при хронічних захворюваннях, таких як артрит, гіпертонія, захворювання шлунково-кишкового тракту і легень [61].

Зменшення якості життя, пов'язане з депресією, є дуже відчутним. Практично у всіх, хто переніс депресивний епізод, є висока ймовірність повторних випадків захворювання, і у таких випадках депресія може забрати 20% тривалості життя.

Останнім часом термін "депресія" став більш загальнопоширеним. У клінічному контексті цей термін використовується для опису різних станів пониженого настрою, які можуть бути пов'язані з невротичними, реактивними, розладами особистості або бути ендогенного походження. Існуючі класифікації передусім спрямовані на класифікацію депресивних станів за ступенем їх симптоматики, і підходи до терапії можуть відрізнятися в кожному конкретному випадку [16].

З психопатологічної точки зору, ми можемо розглядати психічні розлади з двох різних підходів: феноменологічного і психодинамічного. Феноменологічний підхід займається описом, розрізненням і класифікацією

симптомів в різних патологічних синдромах, які представляють собою психічні захворювання.

Деякі вчені намагаються не лише описати клінічні явища, але й виявити їхнє пояснення на основі глибинних психологічних процесів, що призводять до виникнення цих явищ. Цей підхід передбачає виявлення психологічних конфліктів і механізмів, що лежать в основі психічних станів.

На сьогоднішній день немає єдиної психодинамічної гіпотези, типової особистості, подій у житті або травматичних досвідів у процесі психологічного розвитку, які могли б пояснити основу всіх форм депресій. Більшість психоаналітичних досліджень недооцінює клініко-феноменологічне розуміння депресії або ігнорує психобіологічний підґрунтя депресії. Однак на сьогоднішній день ми можемо поєднувати різні підходи (феноменологічний, біологічний, психодинамічний і психосоціальний) та спілкуватися між ними.

Психодинамічна концепція, спираючись на поточні клінічні класифікації, використовує підхід до розуміння депресії, який базується на аналізі суб'єктивної реальності пацієнта, в якій цей розлад виникає. Ця реальність може бути багатоваровою та існувати на різних рівнях свідомості, тому психологічні механізми, які лежать в її в основі, не завжди усвідомлюються [48].

Перші спроби розуміти психологічні корені депресії були зроблені З. Фрейдом на початку XX століття. У своїй книзі "Скорбота і меланхолія" він вказав на зв'язок між втратою значущого об'єкта та виникненням скорботи і меланхолії. За його думкою, цим об'єктом може бути особа, яка має емоційне значення для пацієнта. Згідно з Фрейдом, скорбота виникає через втрату такого об'єкта, в якого були вкладені емоції, надії та сподівання. Тобто скорбота є спробою відновити "інвестиції" емоційної зацікавленості у втраченому об'єкті для подальших інвестицій в інший. Депресію супроводжують подібні до скорботи відчуття, але визначити, що саме було втрачено, може бути надзвичайно важко. Скорбота - це депресія певного

проміжку часу, а особа, яка стикається з нею, може відчувати, що вона підпорядкована скорботі. Важливим відкриттям Фрейда було те, що як у скорботі, так і в меланхолії втрачається самооцінка - "пацієнт звинувачує і карає сам себе". Пацієнт дійсно втрачає інтерес і, як він сам стверджує, стає неспроможним кохати [34].

У спробі розкрити внутрішній психологічний конфлікт особи, страждаючої від меланхолії, Фрейд виділив, що "одна частина Ідентичності стоїть на противагу іншій і критикує її". Він припускав, що ця критична частина є свідомою.

Подальше спостереження австрійського психіатра вказувало на те, що, фактично, пацієнт звинувачує і скаржиться не на себе, а на втрачений об'єкт кохання. Проте З. Фрейд вважав, що деякі форми меланхолії мають біологічне, а не психологічне походження. Навіть у випадку психогенної меланхолії він бачив конституційні особливості.

З психодинамічної точки зору, депресія розглядається як втрата внутрішнього об'єкта і мазохістичне переживання втрати всіх систем самооцінки [12].

З екзистенціального погляду, депресія переживається як зупинка часу і життя. Під час депресії особа відчуває внутрішню порожнечу, всі переживання здаються повертаються в минуле, без надії на краще майбутнє. Головним захисним механізмом при депресії є заперечення або спотворення реальності відповідно до внутрішніх переживань і конфліктів.

Причини депресивного стану, зазвичай, залишаються невідомими. Спроба їх розглянути дозволяє виділити чотири ключові фактори.

- Втрата або розчарування у важливих емоційних стосунках з людьми або у власних можливостях і діях може спричинити депресивний стан.
- Почуття вини грає важливу роль в утриманні стосунків із втраченим об'єктом, не даючи можливість відпустити його.

- Переживання агресії і ненависті, які найчастіше виявляються як самокритика, можуть впливати на стан депресії і призводити до самозвинувачення.

- Проблеми зі станом самооцінки виникають, коли очікувана позитивна оцінка та підтримка стикаються з негативними відгуками і обмеженнями [31].

Спеціальний підхід до регулювання самооцінки базується на задоволенні потреб, і його теоретичні підходи були розроблені різними психологами, включаючи Когута, Гольденберга, Кернберга і Віннікота. Наприклад, М. Клайн спостерігала за немовлятами і прийшла до висновку, що кожна дитина переживає депресивну фазу в своєму розвитку, коли вона усвідомлює свою відокремленість від матері і доступність її годування та безпеки не завжди гарантується. Ця фаза може викликати страх та тривогу, а також фантазії про злу матір, яка покарає за недосяжні бажання.

Цей травматичний досвід може стати першою подією, яка викликає депресію, і якщо батькам не вдасться переконати дитину, що її переживання є помилковими, то ця депресія може супроводжувати її протягом усього життя. У дорослому віці такі особи можуть відчувати себе самотніми, непотрібними, несвідомо мають відчуття, що їм не належить увага, кохання і підтримка, і, зазвичай, не можуть створити дружню та безпечну атмосферу для себе в своєму оточенні [39].

Е. Бібрінг вніс ще одну концепцію виникнення депресії. Головним почуттям, навколо якого концентруються ці переживання, є безпорадність. Це почуття характерне для немовлят, коли вони намагаються виразити свої потреби різними способами. Плач та страх дитини сигналізують про її бажання бути захищеною. Якщо після багатьох спроб дитина не досягає бажаного результату, у неї виникає стійке відчуття безпорадності та депресії. Навіть короткочасне відчуття голоду для нього може бути переживанням, яке сигналізує загрозу його існуванню. Якщо зусилля задовольнити ці потреби залишаються неефективними і така ситуація повторюється, дитина може

розвивати відчуття нездатності досягти своїх цілей і задовольнити свої основні потреби, які, на думку Е. Бібрінга, включають:

- Бажання бути важливим, коханим і поважаним, а не найгіршим і непотрібним.
- Бажання відчувати себе в безпеці і сильним, а не слабким і беззахисним.
- Бажання бути добрим, люблячим, а не агресивним, ненависницьким і деструктивним [53].

Якщо у житті когось виникають ситуації, які заважають задовольнити ці потреби, це може викликати реактивну безпорадність і депресію, яка залишається прихованою в психіці кожної людини.

Соціальна взаємодія. У людей, які страждають від депресії, завжди існує постійне очікування відчуття покинутості та приниження. Вони готові здійснювати різні дії або відмовлятися від чогось, лише щоб зберегти особу, яку вони бояться втратити. Однак ці люди здатні створювати тісні відносини і реагувати позитивно на вияви любові та схвалення. Великою проблемою для них є відсутність впевненості в можливості підтримувати позитивне ставлення до себе на протязі тривалого періоду часу [9].

Депресивні особистості можуть відчувати себе комфортно у ситуаціях, що нагадують ті, в яких вони вирости. Часто ці люди продовжують підтримувати такі ж стосунки, як у дитинстві. Депресивні чоловіки можуть шукати партнерок, які ставляться до них як до матері, і навпаки, депресивні жінки можуть шукати партнерів, які ставляться до них як до батька. Навіть у професійній сфері такі люди можуть зручно відчувати себе у ролі дітей. Вони можуть легко ставати підлеглими або постійно намагатися привернути увагу та прояви захоплення, які діти очікують від батьків [40].

Депресивні особистості мають базову проблему надмірної ворожості. Однак вони спрямовують цю ворожість та агресію на себе і страждають від надмірного почуття вини. Значна кількість депресивних людей може не проявляти ознак ворожості, поки не розладаються стосунки з найближчим

оточенням. У багатьох існує амбівалентне ставлення до всіх, кого вони люблять.

Особистісні фактори. Багато людей сприймають втрату фізичної сили або привабливості як провал чи катастрофу, особливо коли це відбувається раптово через нещасний випадок, хворобу чи втрату близької людини (наприклад, через смерть або розлучення). У деяких людей це може спричинити дезадаптацію. Кризи середнього віку досить поширені. У тих, хто має стійкі та підтримуючі стосунки, може виникнути невротична депресія, тоді як в разі ненадійних стосунків може розвинутиися важка депресія [6].

Як людям, які мають депресивні особливості і зіткнулися з труднощами у взаємодії з оточенням, вдається жити і працювати досить ефективно до того, як вони потрапляють у стан депресії? Яким чином вони можуть створювати позитивне враження про себе? Як вони відновлюють свою емоційну рівновагу після пережитої депресії? Можна виділити дві причини цього.

- Послідовне ставлення в дитинстві. Незважаючи на важкість адаптації до строгої дисципліни та підкорення, це можливо, якщо батьки ставляться до дитини послідовно. Послідовність є ключовою умовою для формування очікувань у дитини. Вимоги і строгість батьків стають передбачуваними та зрозумілими. Дитина, яка очікує постійної строгості, почувається краще, ніж та, яка не знає, чого очікувати, незважаючи на те, що вона може страждати від прихованого гніву.

- Емоційна прийнятність та близькість. Для компенсації своєї слухняності, депресивні особистості в дитинстві отримують емоційне прийняття та близькість. Така дитина може створити реалістичні стосунки з оточенням, включаючи емоційно важливі. Ідентифікація з силою і достоїнствами батьків є основною підтримкою для самооцінки дитини [42].

Депресивний процес має своєрідну реакцію на фрустрацію - це відчуття безсилля, неможливості і безпорадності. Це можна порівняти зі

страхом перед небезпекою - це загальнолюдський спосіб реагування на різкі обмеження, так само як і страх перед небезпекою.

Кожен з нас прагне бути коханим і відчувати повагу до себе. Кожен намагається відчувати себе важливим, сильним і впевненим в собі. Кожен бажає любити і бути коханим. Фрустрація цих трьох потреб призводить до розвитку депресії, оскільки вони є ядром самооцінки та самоповаги.

Важливо відзначити, що чим більше розрив між особистими ідеалами і реальною поведінкою, тим ближче до психотичного стану стає депресія. У таких випадках душевний дискомфорт досягає невтерпної міри, і депресивний пацієнт почуває себе абсолютно незначущим і нічого не вартим [55].

Важливо відзначити, що більшість психоаналітичних досліджень, присвячених депресії, не звертає увагу на біологічну основу цього стану, і їх розуміння депресивної хвороби базується на клінічних описах і симптомах. Ці дві позиції спрямовані на різні аудиторії і мають обмежений монологічний характер. Сьогодні у нас є можливість поєднувати різні підходи, такі як біологічний, психодинамічний і психосоціальний, що значно розширює наше розуміння патогенетичних механізмів депресії і дозволяє розглядати терапію як засіб впливу на неї через соціальний, біологічний і динамічний підходи.

1.4 Систематика депресивних станів

Існують різні форми депресії, деякі з них розвиваються під впливом певних обставин. Незалежно від типу захворювання, у пацієнтів з депресією існують загальні ознаки. Для постановки діагнозу депресії такі симптоми повинні спостерігатися протягом, принаймні, двох тижнів. Завдяки численним науковим дослідженням лікарі добре розуміють, як проявляється депресія.

Основні симптоми депресії, незалежно від її форми, перераховані нижче. Для того, щоб лікар поставив діагноз "Клінічна депресія", досить, щоб у людини спостерігалися п'ять із наступних дев'яти симптомів:

- постійна депресія або пригнічений настрій протягом більшої частини дня або майже кожного дня;
- втрата задоволення від речей, які раніше приносили радість;
- значна зміна ваги (збільшення або зменшення на більше як 5% за місяць) або апетиту;
- безсоння або надмірний сон майже кожного дня;
- відчуття фізичної розгубленості або виснаженості, помітні для інших;
- постійна втома або зниження енергії майже щодня;
- відчуття відчаю, нікчемності або надмірної вини майже щодня;
- проблеми з концентрацією уваги або прийняттям рішень майже щодня;
- постійні думки про смерть або самогубство, плани стосовно самогубства або спроби самогубства [24].

Не кожен, хто переживає депресію, має всі симптоми. У деяких людей можуть виявлятися лише декілька симптомів, тоді як інші можуть мати більше проявів цієї хвороби. Для постановки діагнозу клінічної депресії потрібні кілька сталих симптомів, окрім поганого настрою, але лікування депресії також може бути корисним для людей з декількома, але тривожними симптомами. Важкість та частота симптомів, а також їх тривалість залежать від кожної окремої особи та конкретного виду депресії. Симптоми депресії можуть відрізнятися в залежності від стадії захворювання [49].

Дослідження показують, що у патогенезі депресії важливу роль відіграють генетичні, біологічні, екологічні та психологічні фактори.

Депресія може виникнути у будь-якому віці, але найчастіше вона починається в зрілому віці. Наразі визнано, що депресія може розвиватися у дітей і підлітків, хоча вона часто проявляється роздратуванням, а не поганим настроєм. Багато хронічних станів настрою та тривожних станів у дорослих починаються з високого рівня тривожності у дитячому віці.

Жінки страждають від депресії частіше, ніж чоловіки. Деякі дослідження підтверджують, що третина жінок переживає великий

депресивний епізод протягом свого життя. Важливо відзначити, що існує високий рівень спадковості (приблизно 40%), тобто висока ймовірність успадкування хвороби, коли депресію мають близькі родичі (батьки/діти/брати і сестри) [59].

Депресія, особливо в середньому або пізньому віці, може виникати разом із іншими серйозними захворюваннями, такими як діабет, рак, серцеві захворювання та хвороба Паркінсона. Ці стани часто погіршуються, коли до цього додається депресія, і дослідження свідчать про те, що люди, у яких є депресія і інше захворювання, зазвичай мають більш серйозні симптоми обох цих захворювань. Крім того, іноді ліки, які призначаються для лікування цих соматичних захворювань, можуть мати побічні ефекти, що сприяють розвитку депресії. Лікар з досвідом лікування таких складних захворювань може допомогти розробити найкращу стратегію лікування так, щоб ризик розвитку побічних ефектів, включаючи депресію, був мінімальним [15].

Корисно розглянути найпоширеніші види депресії.

Психогенна депресія (інакше відома як "реактивна депресія") проявляється специфічними симптомами, що виникають у відповідь на зовнішню проблему або вплив стресу. Цей вид депресії іноді також називають ситуативною депресією. Симптоми цього захворювання можуть симулювати симптоми великого депресивного розладу. Психогенна депресія є наслідком небажаних психологічних реакцій, які люди можуть переживати в складних життєвих обставинах [38].

Попередньою умовою розвитку психогенної депресії є переживання стресу, спричиненого зовнішніми обставинами. Реактивна депресія може бути обумовлена впливом стресових зовнішніх подій або ситуацій, таких як втрата роботи, важкий розлучення або виявлення серйозних медичних проблем з фізичним здоров'ям.

Варто зауважити, що обставини та події, які можуть стати причиною психогенної депресії, не завжди є негативними. У деяких випадках навіть позитивні зміни в житті можуть бути настільки стресовими, що викликають

депресію. Сюди можуть входити такі зміни, як вступ до університету, вагітність або повернення додому після військової служби. Незважаючи на те, що ці позитивні зміни можуть викликати відчуття хвилювання, вони також можуть призвести до стресу і суперечливих почуттів, таких як страх, парадоксальне відчуття втрати і пригнічення.

Важливо розуміти, що, за думкою вчених, всі види депресії викликаються комбінацією внутрішніх та зовнішніх факторів ризику. Зовсім можливо, що негативна подія або ситуація може стати спусковим гачком - спровокувати початок депресії у людини, яка вже була в групі ризику для цього розладу через генетичні або біологічні фактори [29].

На відміну від більшості інших видів депресії, які можуть тривати роками, якщо їх не лікувати належним чином, реактивна депресія - це тип клінічної депресії, яка зазвичай триває кілька місяців. Однак протягом цього періоду симптоми можуть бути травматичними, гострими або серйозними.

Існує кілька підходів до лікування цього типу депресії.

Психотерапія може бути ефективною в лікуванні осіб з психогенною депресією. Оскільки цей вид депресії пов'язаний із конкретною життєвою подією, можна відносно легко визначити способи полегшення симптомів, навчивши людину вірно впоратися із стресом та поганим настроєм.

Збереження здорового сну та управління стресом за допомогою психотерапії можуть допомогти особі відновитися від психогенної (реактивної) депресії.

Існують і інші методи полегшення симптомів цього виду депресії:

- регулярна фізична активність;
- збалансована дієта;
- нормалізація сну;
- спілкування з друзями та родиною;
- участь у групах підтримки;
- нове хобі або розвинення існуючого [51].

Іноді лікарі можуть призначати антидепресанти або препарати від тривожності людям із серйозною психогенною депресією. Як довго триває лікування цього типу депресії? Такі препарати можуть призначатися разом із психотерапією на обмежений період часу.

Як видно з назви («ендогенна»), у цьому типі депресії відсутній вплив зовнішнього («екзогенного») фактора. Водночас ендогенна депресія виникає без стресу або травми. Іншими словами, вона не має очевидної зовнішньої причини. Головну роль у виникненні цього виду депресії відіграють генетичні і біологічні фактори. Ось чому ендогенну депресію також можна назвати «біологічно обумовленою» депресією [13].

До недавнього часу західні фахівці з психічного здоров'я відрізняли ці два типи великого депресивного розладу (ВДР), але це вже не так. Більшість фахівців з психічного здоров'я на основі певних симптомів зараз встановлюють загальний діагноз "Великий депресивний розлад" як для екзогенної (психогенної) депресії, так і тоді, коли депресія у пацієнта біологічно обумовлена. Іншими словами, сьогодні "Ендогенна депресія" вже не є офіційним діагнозом, оскільки симптоми ендогенної депресії часто підлягають діагнозу "Великий депресивний розлад" (ВДР) [46].

Симптоми ендогенної депресії, як правило, важкі і можуть кардинально вплинути на життя людини. Однак цей вид депресії може бути добре підданий лікуванню.

У випадку ендогенної депресії, лікарі зазвичай віддають перевагу таким методам лікування, як антидепресанти, препарати для стабілізації настрою і електроважільну терапію (ЕСТ). Крім цього, протягом перших двох десятиліть 21 століття став доступним новий обіцяючий альтернативний метод лікування депресії, відомий як транскраниальна магнітна стимуляція (ТМС) [54].

Зараз цей вид депресії має більш докладну назву - «розлад тривожно-депресивного спектру». Відзначається поєднанням депресії і тривоги:

- У пацієнтів, замість сповільненості, частіше спостерігається рухове та ідеаторне збудження, яке характерне для тривожних станів: вони розглядають багато варіантів небезпеки, які їм загрожують, дій, які могли б запобігти їм, і т. д. Часто вони багатослівні та, зі збільшенням тривоги, не можуть знайти для себе місця. У піку тривоги можливий розвиток гострого тривожного збудження з аутоагресивною поведінкою - тривожного раптусу.

- Погіршення стану пацієнтів зі збільшенням тривожності зазвичай спостерігається в вечірні години, вони мають труднощі зі сном.

- Тривожна депресія більш характерна для літніх людей.

- Переживання хворих зазвичай пов'язані зі станом власного здоров'я (гіпохондричні ідеї) або фінансовим благополуччям своєї родини (страх бідності, страх залишитися на вулиці і інше) [10].

У той самий час пацієнти не відповідають критеріям конкретних тривожних або депресивних станів. Симптоми не залежать від стресових подій.

Фахівці у галузі психіатрії знають, як боротися з цим типом депресії. Головним є лікування того компонента, який є більш інвалідизуючим - тобто або тривоги, або депресії. Можливі методи лікування, такі як антидепресанти і / або когнітивно-поведінкова терапія, які ефективні для лікування як тривоги, так і депресії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) часто передбачає навчання методам контролю приступів депресії та тривоги. Людину можна навчити методам дихання для боротьби з тривогою або методам позитивного спілкування з собою для подолання депресії. Якщо ця тактика виявиться неефективною, до лікування може бути додана медикаментозна терапія. Доведено, що антидепресанти групи СІОЗСІ є ефективними як проти тривоги, так і проти депресії, і є найбільш поширеними препаратами, які призначаються при змішаному тривожно-депресивному розладі [37].

Сумна правда про депресію полягає в тому, що далеко не у всіх людей із цим захворюванням терапія забезпечує ремісію, а тим більше повне

одужання. Згідно з повідомленнями вчених з США, серед пацієнтів, які отримують адекватне лікування, лише 30% досягають цілі лікування - повного одужання або ремісії. Інші 70% пацієнтів із ВДР або відповідатимуть на лікування, але без ремісії (приблизно 20%), або не будуть реагувати зовсім (50%) [57].

У такому випадку, незалежно від виду/типу, захворювання отримує назву "резистентна депресія" або "терапевтично резистентна депресія".

Цікаво, що фахівці досі не дійшли до згоди щодо того, що саме означає цей термін. Деякі дослідники визначають цей вид захворювання як випадок депресії, яка не реагує на два різних антидепресанта з різних класів. Інші вчені стверджують, що пацієнту потрібно спробувати не менше чотирьох різних методів лікування, перш ніж депресію можна справжньо вважати стійкою до лікування.

Звісно, для людини, яка хворіє, точне визначення не має значення. Їй потрібно проаналізувати свій стан і обрати одне із таких тверджень:

- Призначене лікування не допомогло мені почувати себе краще.
- Лікування трохи допомогло, але я все ще не відчуваюся так, як до захворювання.
- Мені дуже важко впоратися з побічними ефектами призначеного лікування [36].

Якщо хоча б одне з наведених вище три утверджень вірно, особі потрібно звернутися до лікаря. Незалежно від того, чи дійсно у нього депресія, яка не віддається лікуванню, такий пацієнт потребує допомоги фахівця.

До речі, у цього типу депресії існують конкретні фактори ризику, такі як:

- ранній початок депресії (дитячі роки, підлітковий вік);
- епізоди депресії стають все частішими;
- епізоди депресії тривають;
- пацієнт похилого віку.

Кращий порадник щодо зміни методів лікування/препаратів при лікуванні стійкої депресії може надати лише досвідчений лікар.

Різні підходи до концепції терапевтично стійкої депресії (ТСД) зробили перетворення результатів досліджень або систематичних оглядів у керівництво з клінічної практики завданням складним і не послідовним. На сьогоднішній день вказівки щодо визначення ТСД різняться, і немає єдиної думки щодо того, що означає адекватність попереднього лікування, і рекомендовані втручання "наступного кроку" можуть суттєво відрізнятися від авторів до авторів. Загалом такі рекомендації сводяться до двох аспектів:

- заміна лікарського засобу препаратом із іншої групи антидепресантів;
- включення до схеми лікування додаткового препарату із іншої групи антидепресантів [2].

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз дослідження депресії підкреслює важливість та актуальність вивчення цього серйозного психічного розладу. Представлений аналіз засвідчує глибокий історичний корінь досліджень депресії та її поширення у сучасному суспільстві.

Систематичний огляд феноменології та класифікації депресивних станів дає можливість краще розуміти симптоми та особливості цього стану. Дослідження також наголошує на важливості інтердисциплінарного підходу до вивчення депресії, оскільки цей розлад впливає на різні аспекти життя людини та суспільства.

Загальна характеристика депресивних станів надає огляд основних ознак та симптомів депресії, що допомагає ідентифікувати цей розлад у клінічній практиці. Систематика депресивних станів розглядає різні підтипи депресій, їх класифікацію та особливості, що важливо для правильної діагностики та підходу до лікування.

Загальний аналіз теоретичного матеріалу дозволяє зрозуміти важливість подальших досліджень у цій області, розробки більш точних

методів діагностики та лікування депресії, а також сприяє поліпшенню якості допомоги особам, які страждають від цього розладу.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Організація емпіричного дослідження

У період з 20 серпня по 10 вересня 2023 року було проведено дослідження, що складалося з кількох етапів. Початково була проведена підготовча робота, під час якої було обрано тему дослідження та визначено його мету і завдання. Далі було зібрано і аналізовано необхідні дані та визначено методи дослідження. Наступним етапом було проведення самого дослідження, під час якого були використані різні методи, такі як анкетування, опитування. Після цього було проведено аналіз результатів дослідження, вивчено особливості та закономірності виявлених явищ та сформульовані висновки. Розглянемо більш детально сутність кожного з етапів дослідження:

I. Початковий відбір методик дослідження особливості депресивних станів особистості під час війни в Україні був проведений на основі аналізу наукової літератури та досвіду попередніх досліджень. Для дослідження були використані наступні методики: анкетування (Додаток Г), Шкала депресії Бека (Додаток А), Самооціночна шкала депресії Зунга (Додаток Б), Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) (Додаток В).

Усі етапи дослідження були проведені автором дипломної роботи. Під час основного дослідження учасникам повідомляли результати, що надавало їм додаткову мотивацію відповідально ставитися до завдання. Крім того, учасники були ознайомлені з умовами конфіденційності та особливостями використання отриманих від них даних.

II. Проведення емпіричного дослідження включало в себе наступні етапи:

- застосування методик, що були обрані раніше;
- узагальнення та аналіз результатів.

Перед проведенням дослідження учасникам детально пояснювали мету дослідження, особливості даного методу, а також про те, що під час розмови буде ведеться запис на диктофон. Крім того, вони були ознайомлені з умовами конфіденційності та особливостями використання даних, отриманих від них.

III. Аналіз результатів дослідження. Отримані результати були інтерпретовані на основі аналізу якісних та кількісних даних, що були зібрані та опрацьовані.

IV. Визначення рекомендацій для практики. Отримані результати дослідження дали підставу для формулювання практичних рекомендацій з метою поліпшення стану досліджуваної проблеми.

VI. Формулювання висновків та майбутніх перспектив дослідження. На основі отриманих результатів та рекомендацій, були сформульовані висновки щодо досліджуваної проблеми. Також було визначено можливі напрямки подальшого дослідження даної тематики.

2.2 Методи емпіричного дослідження депресивних станів

В емпіричному дослідженні брали участь 40 осіб віком від 21 до 30 років: 18 жінок та 22 чоловіків.

Для дослідження були використані наступні методики: анкетування, Шкала депресії Бека, Самооціночна шкала депресії Зунга, Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R).

Шкала депресії Бека (англ. Beck Depression Inventory, BDI) була запропонована А. Т. Беком та його співробітниками у 1961 році[1]. Цей інструмент розроблено на основі клінічних спостережень авторів, які дозволили виявити обмежений набір найбільш суттєвих та значущих симптомів депресії, що найчастіше виявляються у пацієнтів. Після порівняння цього переліку параметрів з клінічними описами депресії, які містяться у відповідній літературі, був розроблений опитник, який включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, які відображають специфічні прояви/симптоми депресії. Ці твердження

впорядковані за зростанням вкладу симптома у загальний ступінь важкості депресії.

У початковому варіанті методика заповнювалася за участю кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога або соціолога), який читав вслух кожен пункт з категорії, а потім просив пацієнта обрати твердження, яке найбільш відповідає його стану на даний момент. Пацієнту видавалася копія опитника, за яким він міг слідкувати за читаними експертом пунктами. На основі відповіді пацієнта дослідник відмічав відповідний пункт на бланку. Окрім результатів тестування, дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші параметри, які цікавили.

В даний момент вважається, що процедуру тестування можна спростити: опитник видається пацієнту, і він заповнює його самостійно.

Оцінка для кожної категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до наростання важкості симптома. Загальний бал складається від 0 до 63 і зменшується з покращенням стану.

Результати тесту інтерпретуються так:

0—13 — варіанти, які вважаються нормою 14—19 — легка депресія
20—28 — помірна депресія 29—63 — важка депресія

Результати дослідження за шкалою депресії Бека представлені на рис.

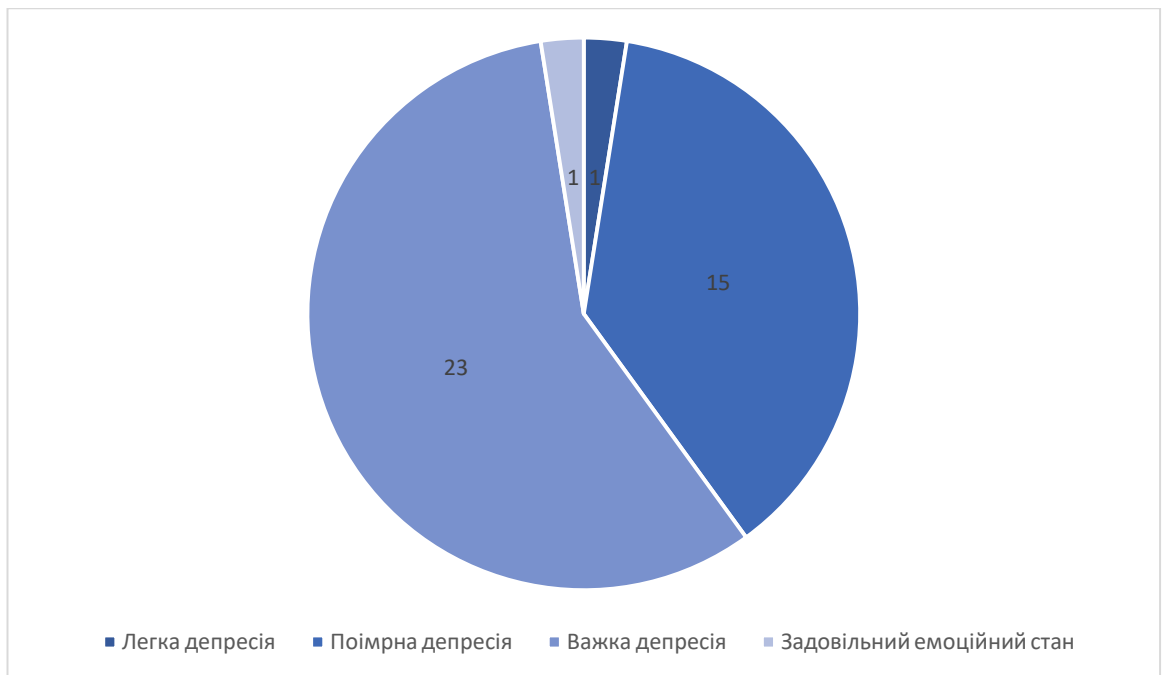


Рис. 2.1 Результати дослідження за шкалою депресії Бека

За результатами дослідження за шкалою депресії Бека було виявлено 23 особи з важкою депресією, 15 з помірною, та лише дві особи мали легку депресію та задовільний емоційний стан.

Шкала Занга для самооцінки депресії (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) є психометричним тестом, спрямованим на самооцінку рівня депресії. Цей інструмент був створений психіатром Вільямом Зангом у Університеті Дюка. Дослідження підтвердили ефективність цього методу для передварних оцінок та скринінгу депресивного розладу.

Шкала Зунга для самооцінки депресії була адаптована для багатьох мов і пройшла перевірку та валідацію в різних етнічних і культурних контекстах. Цей тест дозволяє оцінити рівень депресії та визначити наявність депресивного розладу.

За допомогою шкали Занга дослідники або медичні працівники можуть проводити самооцінку або скринінг щодо депресії. Тест "Шкала Зунга" має високу чутливість та специфічність, що дозволяє уникнути додаткових фінансових та часових витрат, пов'язаних із медичними оглядами та етичними аспектами.

У цьому тесті враховується двадцять питань, які визначають чотири рівні депресії. Десять питань мають позитивне формулювання, а інші десять - негативне.

Результати дослідження за шкалою Зунга представлені на рис. 2.2.

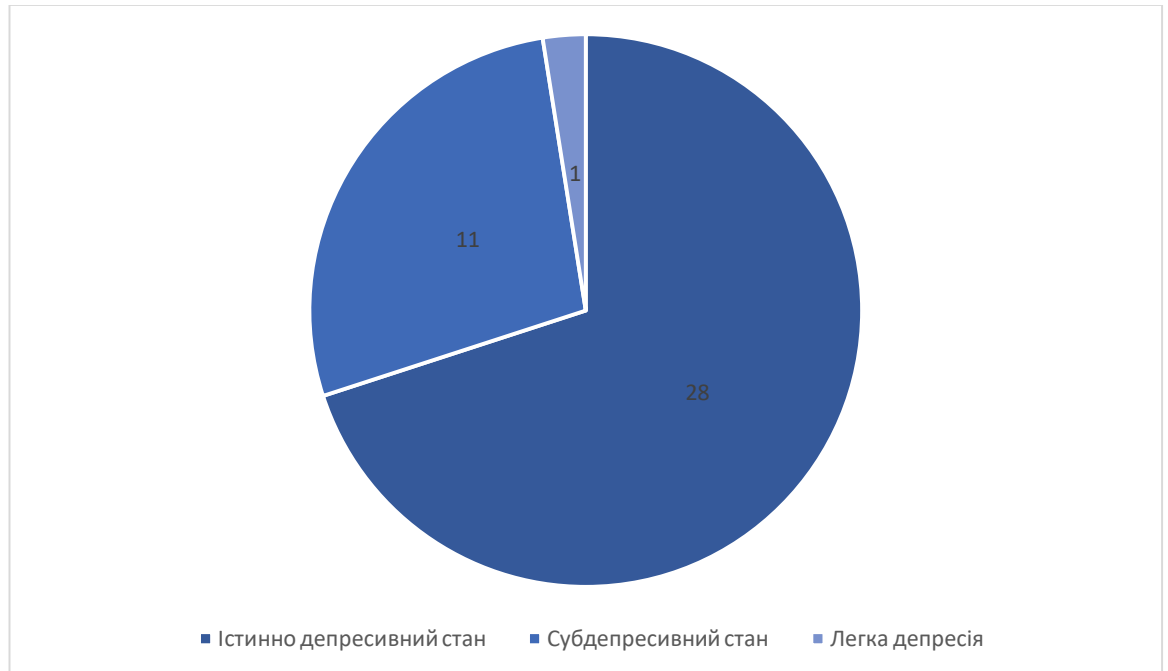


Рис. 2.2 Результати дослідження за шкалою Зунга

За результатами дослідження за шкалою Зунга було виявлено 28 осіб з істинно депресивним станом, 11 з субдепресивним та 1 з легкою депресією.

SCL-90-R представляє собою анкету для самооцінки, призначену для особистого заповнення, яка дозволяє відобразити різні психологічні симптоми та загальний дистрес.

Головною метою цього інструменту є оцінка дев'яти симптоматичних аспектів:

- Соматизація (somatization),
- Обсесивно-компульсивний розлад (obsessive-compulsive),
- Міжособистісна чутливість (interpersonal sensitivity),
- Депресія (depression),
- Тривога (anxiety),
- Ворожість (hostility),
- Фобійна тривога (phobic anxiety),

- Параноїдальні уявлення (paranoid ideation),
- Психози (psychoticism).

Крім того, цей інструмент надає можливість обчислення трьох показників психологічного дистресу:

- Загальний індекс важкості дистресу (Global Severity Index),
- Індекс дистресу від наявних симптомів (Positive Symptom Distress Index),
- Загальна кількість виявлених симптомів (Positive Symptoms Total).

Результати дослідження за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R) представлені на рис. 2.3

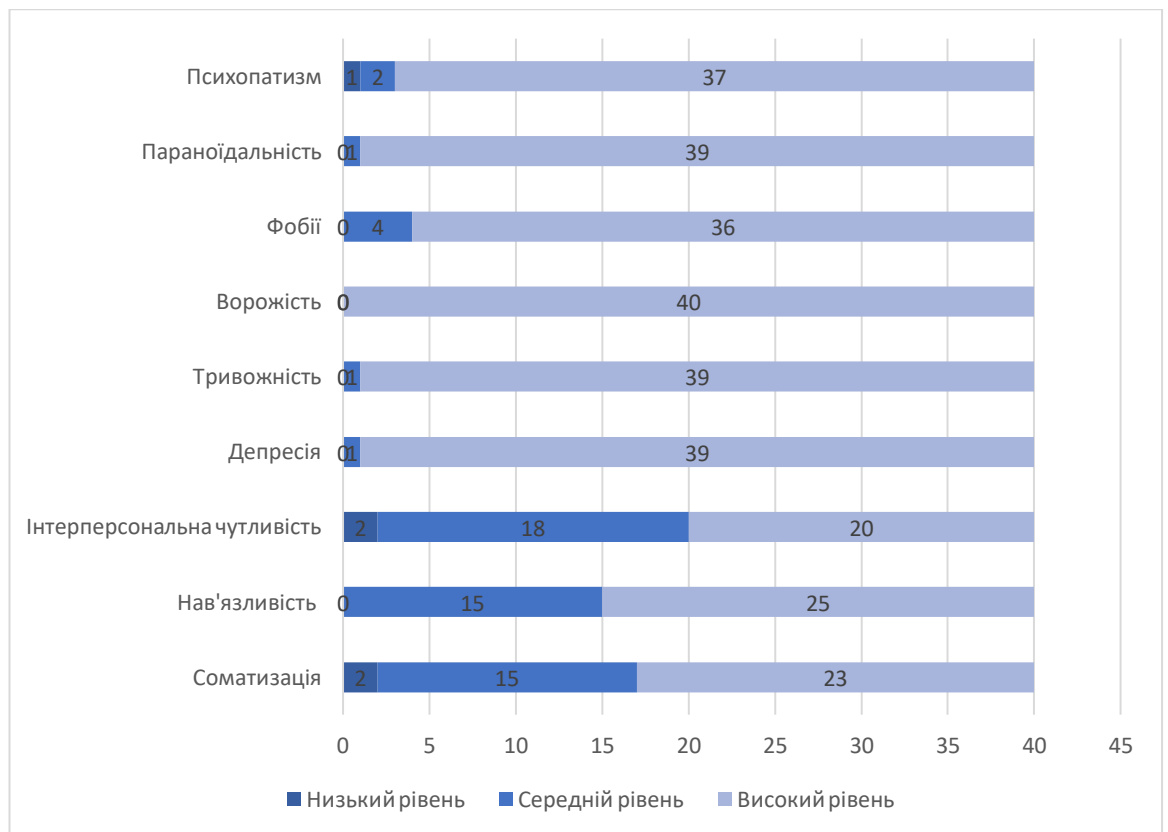


Рис. 2.3 Результати дослідження за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R)

За результатами дослідження за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R), найбільш несприятливими є показники за шкалами: психопатизм, параноїдальність, фобії, ворожість, тривожність та депресія.

Розглянемо кожну з цих шкал окремо і з'ясуємо, чому саме вони виявилися несприятливими у ваших дослідженнях:

- **Психопатизм.** Ця шкала може вказувати на антисоціальну поведінку, недбалість до правил та норм спільності, агресивність. У воєнний період це може бути пов'язане з втратою віри в справедливість, розчаруванням у системі цінностей тощо.
- **Параноїдальність.** Збільшена параноїдальність може свідчити про підвищену підозрілість, відчуття загрози та небезпеки навколишнього світу. У воєнний час, коли загрози для особистої безпеки можуть бути реальними, це може бути наслідком стресу та тривожності.
- **Фобії.** Ця шкала вказує на наявність страхів та фобій, які можуть бути посилені через травматичні події війни. Воєнний конфлікт може викликати страх перед конкретними об'єктами, ситуаціями або місцями.
- **Ворожість.** Вищий показник ворожості може відображати загострену реакцію на конфліктні ситуації, де особистість може переживати агресію та негативні емоції спрямовані на оточуючих.
- **Тривожність.** Підвищена тривожність може бути результатом стресу, невизначеності та загального небезпечного середовища війни.
- **Депресія.** Очевидно, що у воєнний період, коли люди стикаються з втратами, страхом, травмами та невизначеністю, рівень депресії може бути значно підвищений.

Узагальнюючи, ці результати вказують на значущий вплив військового конфлікту на психологічний стан особистості, проявляючися у високому рівні тривоги, депресії та певних відхилень у мисленні та сприйнятті навколишнього світу.

Висновки до другого розділу

У період з 20 серпня по 10 вересня 2023 року було проведено комплексне дослідження, спрямоване на вивчення особливостей депресивних станів особистості під час війни. Дослідження включало кілька ключових етапів: підготовчу роботу, збір та аналіз необхідних даних, саме проведення

дослідження з використанням різних методик, аналіз отриманих результатів та формулювання висновків.

На початковому етапі була проведена підготовча робота, під час якої було чітко сформульовано тему дослідження, його мету та завдання. Ці аспекти визначили орієнтацію дослідження та спрямування усіх наступних кроків.

Наступним важливим етапом було збирання та аналіз необхідних даних. Для цього були використані різні методики, зокрема анкетування та використання таких інструментів, як Шкала депресії Бека, Самооціночна шкала депресії Зунга та Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R). Це дозволило отримати вичерпну інформацію про психологічний стан осіб, що брали участь у дослідженні.

Аналіз результатів показав, що депресія та зв'язані з нею стани є значущою проблемою серед особистостей у воєнний період. Шкала депресії Бека та Шкала депресії Зунга виявили значну кількість осіб із різними рівнями депресії. Особливу увагу слід звернути на високі показники за шкалами психопатизму, параноїдальності, фобій, ворожості, тривожності та депресії за результатами дослідження за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R).

Узагальнюючи, виявлені особливості депресивних станів особистості свідчать про необхідність уважного вивчення та впливу на ці аспекти у військових умовах. Детальний аналіз цих даних може сприяти подальшому розвитку та вдосконаленню психологічної підтримки осіб, які переживають воєнний стрес.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПРОГРАМИ З ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ

3.1 Аналіз підходів до відновлення стану депресії під час війни

Психотерапія, що має обмежений часовий рамок, представляє собою форму психологічної допомоги, яка надається особам, у яких відстрочені реакції на психотравмуючий стрес ще не перетворилися на хронічні. Основна мета цього виду терапії полягає в тому, щоб сприяти поверненню людини до нормального процесу відновлення після травматичної події. Психологічний вплив здійснюється шляхом емпатійної підтримки особи у її зусиллях осмислити та опрацювати травматичну ситуацію.

Важливим фактором для більш ясного усвідомлення травматичного стресу є підвищення рівня взаємодії між психологом і клієнтом. Поглиблене осмислення того, що сталося, сприяє роботі психолога з активізації рефлексій клієнта про взаємозв'язок психотравмуючої події з його минулим життєвим досвідом, вплив травмуючої ситуації на його життя протягом цього часу, а також міркування щодо майбутнього. Основна увага при цьому зосереджується на вирішенні невротичного конфлікту через аналіз реакцій на психотравмуючу подію.

Довготривала психологічна підтримка включає наступні етапи:

- встановлення довірчих відносин між клієнтом і психологом;
- ознайомлення клієнта з важливою інформацією щодо подолання наслідків психотравмуючого стресу;
- контроль за загальним станом клієнта та зменшення підвищеної напруги; управління повторними переживаннями, пов'язаними з психічною травмою;
- інтеграція травматичного досвіду.

У сфері надання психологічної допомоги вирізняють три методологічні підходи. Перший ґрунтується на концепції, що успішна корекція психічних порушень залежить від знань про їх виникнення (етіологія) та розвиток хворобливих симптомів (патогенез). Другий підхід базується на припущенні,

що впливаючи на конкретні прояви психічних порушень, можна досягти загального поліпшення психічного стану. Прикладами першого підходу є патогенетична психотерапія та психоаналіз, а другого — техніки NLP. Третій підхід базується на аналізі складових психотравмуючого стресу та конкретних посттравматичних станів з метою впливу на них різноманітними психокорекційними методами. Ця стратегія зосереджена на впливі не на синдром в цілому, а на конкретні психічні стани, що виникли у процесі його формування. Іншими словами, якщо особа відчуває "втрату сенсу життя", то необхідно працювати над її емоційним станом; якщо її турбує безсоння або регулярні кошмари, слід спрямувати роботу на корекцію підвищеної тривожності. Головне завдання психотерапевта в цей час - створення умов для поступового усвідомлення (асиміляції) психотравмуючого досвіду.

У рамках третього підходу використовуються наступні складові:

- конкретні методи корекції психічних станів (наприклад, раціональна терапія, трансмедитативна терапія, когнітивна терапія, поведінкова терапія, особистісно-орієнтована терапія, гештальттерапія, терапія мистецтвом, творче самовираження та інші);
- різні форми проведення (індивідуальна, групова, сімейна);
- врахування вікових категорій пацієнтів (діти та підлітки, дорослі, літні люди).

Також важливо враховувати тип психічної травми:

- загроза життю та особистісній цілісності (наприклад, зґвалтування, фізичні та психічні тортури, військовий стрес та інше);
- втрата близьких (члени сім'ї, родичі, друзі);
- втрата благополуччя (місце проживання, матеріальні цінності) через стихійні лиха або примусове переселення.

У практичних психотерапевтичних підходах до допомоги в подоланні посттравматичних стресів існують різні напрямки, що виникли у рамках різних теоретичних концепцій. Деякі з них включають:

- логотерапію Віктора Франкла;

- екзистенціально-гуманістичну психотерапію Дж. Б'юдженталю;
- гештальттерапію Фріца Перлза;
- соматичну терапію психічних травм Петера Левіна;
- особистісно-орієнтовану психотерапію Карла Роджерса;
- тілесно-орієнтовану психотерапію;
- процесуальну психотерапію Альфреда Мінделла та інші [5].

В рамках логотерапії Віктора Франкла (1992), відновлення втраченого сенсу після травми відбувається шляхом поліпшення сприйняття світу та міжособистісних відносин. Сенси не є вигадкою; він може бути лише усвідомлений та відкритий. Сенси не може бути накладений ззовні, оскільки він формується на перетині внутрішнього у людині (відповідальність за вибір) та зовнішнього (життєві вимоги, які повинні бути осмислені). Працюючи над сенси, Віктор Франкл використовує поняття специфічних цінностей. Йдеться про цінність відносин як самотрансценденція, знаходження сенсу у власній долі; цінність творчості або свобода власного ставлення до світу та власних дій щодо нього; цінність переживання, тобто набуття людиною переживань стосовно явищ навколишнього світу у всій їхній різноманітності та унікальності. Повнота сенсу передбачає прийняття однієї з цих цінностей.

У екзистенційно-гуманістичній психотерапії Дж. Б'юдженталю подолання травми відбувається через розкриття суб'єктивності, розгортання пошуку та збагачення рівня свідомості як клієнта, так і терапевта. У процесі пошуку під час психотерапії відбувається внутрішнє дослідження, спрямоване на усвідомлення та зміну системи конструктів "Я і Світ", на розкриття особистісного потенціалу та формування нових життєвих значень. Подолання травми передбачає опрацювання екзистенціальних "даностей", таких як "смерть", "свобода", "ізоляція", "безглуздість", які найчастіше є складовими сенсу переживань під час психологічної травми. Особливий інтерес викликає аспект "тілесності" [8].

Гештальттерапія, спрямована на цілісний досвід, використовує концепцію циклів контакту та механізмів їхнього порушення, незавершених ситуацій та організмичних саморегуляцій у роботі з травматичними ситуаціями. Цілі терапії травми включають відновлення цілісного циклу задоволення потреб та подолання захисних механізмів проекції, ретрофлексії, інтроекції та злиття. Робота з потребами базується на здатності організму до саморегуляції. Гештальт-підхід активно використовує техніки діалогу, спрямовані на зміну внутрішньої позиції людини, а також роботу з почуттями та тілом. Це дозволяє завершити переживання травми на різних рівнях.

Соматична терапія травми за концепцією Пітера Левіна визнає травму перш за все нейрофізіологічним процесом, а в організмі людини існує внутрішня здатність до саморегуляції, відновлення внутрішнього балансу та життєвості. Відновлення фізіологічних процесів у тілі людини є ключовим елементом роботи з психічною травмою. Цей рівень є первинним доступом до травми, оскільки психічна травма спочатку виникає на рівні фізіології та тілесних відчуттів. Опрацювання травматичного змісту може бути ефективним, якщо нейрофізіологічна основа травматичних переживань виправлена. Однією з ключових технік у терапії П. Левіна є "соматичне переживання". Це передбачає усвідомлення відчуттів та почуттів у тілі, що дозволяє людині перетворити травму та змінити дезадаптивні тілесні реакції на адаптивні. В результаті травматичного спогаду створюються конкретні тілесні межі та характеристики сприйняття сенсів та почуттів, що є надзвичайно важливим для процесу психотерапії.

Свідоме усвідомлення відчуттів у тілі є однією з основних терапевтичних методик, яка допомагає вирішити сконцентровану енергію травми. Це відновлює захисні та орієнтовані реакції, які не були реалізовані та завершені під час травматичної ситуації. Травматичні переживання часто супроводжуються відчуттями стискання, важкості, холоду, нерухомості, оніміння, напруги та дискомфорту. Пітер Левін зауважує, що, крім

травматичних відчуттів, у тілі людини містяться різні види ресурсних відчуттів, таких як тепло, легкість, розширення, тілесний комфорт та свобода. Тому важливо перед роботою з травмою спрямовувати увагу на створення ресурсних відчуттів у тілі та зосередитися на них перед роботою з самою травмою. Соматична терапія базується на чуттєвому усвідомленні клієнтом відчуттів у власному тілі та їхньому спостереженні за допомогою запитань: "Що ви відчуваєте в тілі? Де ви це відчуваєте? Просто дозвольте цьому відчуттю бути".

Під час терапевтичного процесу виникають послідовні етапи, включаючи цикли вивільнення травматичних переживань, їх заміну позитивними станами та нові прояви травматичних симптомів, які потребують уваги. Терапевт спостерігає за відчуттями під час цих циклів, але самі цикли є проявом природної саморегуляції організму, що була порушена травмою. Саме переживання та реакції тіла на них є основними, незалежно від конкретного змісту травматичної події.

Раціонально-емотивна терапія (за А. Еллісом) базується на ідеї, що емоційні наслідки (C) не виникають безпосередньо від активних подій у нашому житті (A), а від системи переконань та уявлень (B). Головна мета РЕТ - навчити особу спростовувати (D) свої ірраціональні уявлення (B) та змінювати їх, а також приймати нову життєву філософію (E), уникнувши самокритики за допомогою раціональних уявлень. Раціональні уявлення - це думки, які сприяють здоровим емоціям та адекватним реакціям.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за К. Роджерсом) ґрунтується на принципі відповідальності людини за свої емоції та почуття. Людина несе відповідальність за свій вибір, і якщо вона обирає бути нещасливою та жити минулим, то це її право. Головною метою цього підходу є зміна сприйняття клієнта травматичної ситуації у його житті.

Типові методи надання психотерапевтичної допомоги включають в себе важливі концепції:

- Основна ідея полягає у тому, що особа повинна самотійно усвідомити необхідність звернутися за допомогою психолога. Психотерапевт сприяє усвідомленню клієнтом його незалежності та прийняттю відповідальності за працю над власними проблемами. Важливо зрозуміти, що особі слід самотійно створити умови для вирішення її проблем.

- Психолог сприяє вільному вираженню почуттів, пов'язаних з проблемою, створюючи дружній та зацікавлений підхід до клієнта.

- Психотерапевт розпізнає та уточнює виявлені негативні почуття, допомагаючи особі усвідомити їх та прийняти як частину себе. Метою є створення атмосфери, де особа може відчувати та прийняти негативні почуття як свої, а не проектувати їх на інших або приховувати захисними механізмами.

- Після виявлення негативних почуттів розпочинається виявлення невпевнених позитивних імпульсів, які сприяють розвитку самосвідомості. Чим глибше особа виявляє негативні почуття, тим ймовірніше прояв позитивних емоцій, таких як любов, повага до себе, прагнення до зростання.

- Психотерапевт визнає та приймає виявлені клієнтом позитивні почуття, але не надає схвалення. Це сприяє спонтанному освітленню, інсайту та несподіваному розумінню внутрішнього світу особи. Клієнт відверто висловлює свої думки, наприклад: "Тепер я розумію, чому відчуваю такі емоції стосовно родичів, я завжди звертався до них за допомогою, ухиляючись від відповідальності".

- Після усвідомлення проблеми психолог сприяє уточненню можливих виборів та розгляду недостатньої впевненості у русі вперед, а також допомагає освідомити відчуття страху та інші емоції, які особа відчуває в даний момент. Таким чином, цей підхід у психологічній допомозі включає структурований та узгоджений процес, в якому психолог встановлює рівноправні відносини під час спілкування з клієнтом.

Тілесно-орієнтована психотерапія представляє собою галузь психотерапії, що базується на різноманітних школах та напрямках,

об'єднаних загальним поглядом на фізіологічні функції тіла як невід'ємну складову цілісної особистості поряд з психічними та енергетичними аспектами. Початок розвитку тілесної психотерапії був закладений такими особистостями, як В. Райх, І. Ролф, Ф. Александер, О. Лоуен. Корекція існуючих психічних, фізіологічних або енергетичних порушень здійснюється через застосування процедур тілесного контакту і/або використання фізіологічних функцій організму (дихання, рух, статична напруга тіла та інші). У процесуальній терапії найчастіше використовуються такі методи роботи, як перемикання каналів, вплив на несвідомі рухи та посилення симптомів.

3.2 Організація і принципи роботи з важкими депресивними станами

Важкі депресивні стани є серйозними психічними порушеннями, які значно впливають на якість життя та загальний стан психоемоційного здоров'я людини. Організація та принципи роботи з важкими депресивними станами вимагають комплексного та індивідуалізованого підходу з використанням не лише психотерапевтичних методів, але й медикаментозної та соціальної підтримки.

Перш за все, важливо вчасно та точно встановити діагноз депресивного розладу та оцінити його важкість. Для цього варто виокремити клінічні діагностичні критерії:

Критерій А (пов'язаний з травматичною подією): Особа пережила екстремальну травматичну ситуацію, що включає дві основні характеристики:

- Подія, яка спричинила травму, пов'язана зі смертельними або серйозними травмами людей або загрозою їм, і особа може бути свідком страждань інших або самою жертвою.
- У момент травматичної ситуації особа відчувала інтенсивний страх, тривогу та почуття безпорадності [35].

Критерій В (критерій "вторгнення"): Травматична подія нав'язливо повторюється у переживаннях одним або більше з наступних способів:

- Нав'язливі та повторюючіся спогади про екстремальну подію, відповідні образи, думки та почуття, які викликають сильні емоційні реакції.
- Кошмари, які повторюються, пов'язані з пережитою подією.
- "Флешбек" - миттєве та живе відтворення травматичної ситуації з високим ступенем реалізму та повноти почуттів, супроводжуване гострими спалахами страху, паніки або агресії без зрозумілих причин.
- Інтенсивні негативні переживання, спричинені зовнішньою або внутрішньою ситуацією, яка нагадує про травматичні події або символізує їх.
- Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, які нагадують про травматичну подію.

Критерій С ("уникання"): Постійне уникання подразників, пов'язаних з травмою, та прояви намбінгу (numbing) - заглушення емоційних реакцій, "заціпеніння" (відсутнє до травми). Визначається за наявності трьох (або більше) з наступних ознак:

- Намагання уникати думок, почуттів або обговорень, пов'язаних з травмою.
- Спроби уникати дій, місць або осіб, які викликають спогади про травму.
- Не можливість згадати важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).
- Значна зниження зацікавленості або участі в раніше значущих видів діяльності.
- Почуття відчуженості або віддаленості від інших осіб.
- Знижена інтенсивність вищих емоцій (наприклад, неспроможність відчувати любов і т. д.).
- Почуття відсутності перспектив у майбутньому (наприклад, відсутність очікувань щодо кар'єри, шлюбу, дітей або довготривалого життя).

Критерій D ("гіперактивація"): Постійні симптоми гіперактивації, які не спостерігалися до травми. Визначаються наявністю, принаймні, двох з нижчевказаних симптомів:

- Труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження).
- Легко запальність або приступи гніву.
- Проблеми з утриманням уваги.
- Підвищений рівень тривожності та постійне очікування загрози.
- Надмірна реакція на стрес.

Критерій E. Тривалість прояву розладу. Ознаки, що відповідають критеріям B, C та D, спостерігаються протягом більше ніж одного місяця після травми.

Критерій F. Розлад спричиняє значний дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя.

З опису критерію A видно, що визначення травматичної події є однією з ключових складових при діагностиці депресії.

Травматичні ситуації - це крайні критичні події, що супроводжуються значущим негативним впливом та представляють собою загрозливі обставини, які вимагають від особи надзвичайних зусиль для подолання їх наслідків. Розрізняють кілька типів травматичних ситуацій:

- Короткотривала неочікувана травматична подія (наприклад, сексуальне насильство, природні катастрофи, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди та інше).
- Постійний та повторюваний вплив травматичного стресору - серійна травматизація або тривала травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії та інше) [41].

Депресія зазвичай розвивається після психотравми після скритого періоду, який може тривати від 4 тижнів до кількох місяців (але, за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Перед формуванням депресії може бути етап гострої стресової реакції. Першим кроком у діагностиці депресії є встановлення в анамнезі самого пацієнта факту переживання ним

екстремальної (травматичної) події. Потім проводяться зазначені вище клініко-психопатологічні та психодіагностичні дослідження.

Критерії діагностики порушень адаптації

Порушення адаптації (F 43.2) – це стани особистісного дистресу та емоційного розладу, які, як правило, впливають на соціальне функціонування та продуктивність та виникають під час адаптації до значних змін у житті або стресових ситуацій. Діагноз ставлять, якщо спостерігаються такі критерії:

1 критерій – існування ідентифікованого психосоціального стресу у відомостях анамнезу, включаючи екстремальні події; симптоми порушення виникають протягом місяця;

2 критерій – наявність окремих симптомів (за винятком маячних і галюцинаторних), які відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) станів та порушень соціальної поведінки (F91), але не є повністю властивими жодному з них;

3 критерій – тривалість порушень не перевищує 6 місяців з моменту припинення стресу, за винятком тривалих депресивних реакцій (F 43.21).

Порушення адаптації, в залежності від характеру переважаючого клінічного зображення, класифікуються наступним чином:

а) краткочасна депресивна реакція (F 43.20) – тимчасовий стан легкої депресії, який триває не більше місяця;

б) пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – легкий депресивний стан, який виникає у відповідь на тривалу стресову ситуацію, не триває більше двох років;

в) комбінована тривожна і депресивна реакція (F 43.22) – співіснування тривожної та депресивної симптоматики, яка не перевищує за інтенсивністю комбінованого тривожного і депресивного розладу (F 41.2) або інших комбінованих тривожних станів (F 41.3);

г) з переважанням інших емоційних порушень (F 43.23) – різноманітні емоційні стани, включаючи тривогу, депресію, непокій, напругу і гнів. Симптоми тривоги та депресії можуть відповідати критеріям комбінованого

тривожного і депресивного розладу (F 41.2) або інших комбінованих тривожних станів (F 41.3), але їхній виразній вираженості недостатньо для постановки більш конкретного діагнозу тривожного чи депресивного розладу;

д) з наголосом на порушення поведінки (F 43.24) – розлад, в основному асоційований з відхиленнями у соціальній поведінці, як от агресивні або інші аномальні форми, виявлені в реакціях горя підлітків;

е) комбінований розлад емоцій і поведінки (F 43.25) – характеризується як емоційними виявами, так і порушеннями соціальної поведінки;

ж) інші специфічні домінуючі симптоми (F 43.28).

Класифікація МКХ–10 включає діагностичну категорію "Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи" (F 62.0), що може виникнути після перенесеної депресії та є вже практично необоротним патологічним станом. У таких випадках зміни особистості мають стійкий характер і проявляються недоступністю для змін та дезадаптивними ознаками, що спричиняють стійкі порушення в міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відсутність контактів, постійне відчуття пустоти або безнадійності).

Щодо психодіагностичного інструментарію для виявлення проявів психічних станів внаслідок військових подій, він рекомендується розширювати за допомогою численних спеціальних клінічних шкал та психодіагностичних методик. Під час діагностики пропонується використовувати наступний методичний апарат: Шкала депресії Бека, Самооціночна шкала депресії Зунга, Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R), Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП), Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД), Стандартизований багатofакторний метод дослідження особистості (СБМДО).

3.3 Психокорекційна програма для дорослих зі станом депресії

Враховуючи результати проведеного дослідження було виявлено, що переважаюча більшість має високий рівень депресії. З метою виправлення даної ситуації нами було розроблено та впроваджено корекційно-профілактичну програму з подолання депресії у військовослужбовців.

Мета даної програми корекції та профілактики полягає в розвитку стійкості до емоцій, зниженні проявів депресивного стану та запобіганні порушень емоційно-чуттєвої сфери серед військовослужбовців.

На основі цієї мети були визначені наступні цілі програми:

- підвищення стійкості до емоційних впливів;
- розвиток умінь контролювати свої емоції;
- набуття навичок опірності стресовим впливам, що сприяють виникненню депресії.

Список методів і форм роботи, які будуть використовуватися під час занять, включає активні методи та групову роботу.

Необхідне обладнання для занять включає: клубок ниток, піктограми, картки з зображеннями, м'яч, папір формату А4, маркер, мішечок, газета, подушка, квітка з пелюстками.

Метою є досягнення таких очікуваних результатів:

- підвищення рівня контролю над негативними емоціями;
- зниження проявів депресивного стану;
- підвищення емоційної стабільності, як у повсякденному житті, так і в стресових ситуаціях.

Організація занять передбачає проведення 8 занять тривалістю 35-40 хвилин кожне. Заняття проводяться 2-3 рази на тиждень. Кількість учасників у групі становить 11 осіб. Форма занять - групова.

ЗАНЯТТЯ №1

Привітання Гра "Знайомство в колі" Мета: дати кожному учаснику можливість представити себе. Хід гри: Учасники формують коло. Тренер передає м'яч учасникам та вказує, які дії потрібно виконати. Один з

учасників виходить уперед, називає своє ім'я та свої інтереси, а потім передає м'яч наступному.

Гра "Правила роботи" Мета: ознайомлення та прийняття правил роботи в групі. Хід гри: Учасники читають правила, викладені на плакаті, та погоджуються з ними.

Правила роботи:

- Звертатися одне до одного на ім'я.
- Утримуватися від критики.
- Дотримуватися правила піднятої руки.
- Бути щирим.
- Утримуватися від оцінки одне одного.
- Дотримуватися принципу "конфіденційності".
- Дотримуватися запропонованих правил.

Гра "Настрій" Мета: розвиток уміння розпізнавати різні емоції. Хід гри: Учасники сидять в колі і передають один одному м'яч. Ведучий кидає його одному з учасників і називає будь-який настрій або емоцію. Учасник повертає м'яч і називає протилежний настрій. Потім обирається пануючий настрій під час всього корекційного курсу.

Гра "Персоніфікація" Мета: підвищення самооцінки та відчуття впевненості у собі. Хід гри: Учасник наділяє себе якостями, яких йому не вистачає, та намагається представити нову особистісну характеристику.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ №2

Привітання Вправа "Чарівний мішечок" Мета: розвиток вміння контролювати власні емоції та поведінку. Хід вправи: Учасникам пропонується обговорити свій настрій, а потім запропонувати зібрати всі негативні емоції у мішечок і символічно позбутися їх.

Вправа "Хто я?" Мета: розвиток навичок аналізу власного емоційного стану та уявлення про себе як особистість. Хід вправи: Психолог пропонує

учасникам висловити свій емоційний стан, самопочуття та уявлення про себе за допомогою епітетів та порівнянь.

Вправа "Фотографія" Мета: виявлення причин депресивного стану, подолання їх та підвищення впевненості у собі. Хід вправи: З набору фотографій з різними зображеннями учасники обирають одну та пояснюють, що вони бачать та що це для них означає.

Вправа "Міміка та емоції" Мета: формування довіри до співучасників, зміна внутрішнього стану через міміку та уміння розрізняти емоції інших. Хід вправи: Учасникам пропонується передати свій внутрішній стан через міміку. Іншим учасникам потрібно вгадати цю емоцію. Після цього особа, яка відігравала емоцію, обирає одного учасника та намагається вгадати його думку. Лише після відгадування вона розкриває, чи була вгадана емоція правильно.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ №3

Привітання Вправа "Вираження емоцій через малюнки" Мета: розвиток навичок передачі емоцій невербально. Хід вправи: Психолог показує учасникам малюнки з вираженням емоцій: радість, сум, подив, злість, страх, сором, цікавість. Задача полягає в тому, щоб визначити, яке почуття виражає кожен малюнок. Потім учасникам потрібно зобразити кожен з емоцій.

Вправа "Дивіться один на одного" Мета: розвиток навичок встановлення емоційного контакту з іншими. Хід вправи: Учасники формують пари та тримаються за руки. Ведучий пропонує: "Дивлячись тільки в очі і тримаючись за руки, спробуйте мовчки передати різні емоції". Після цього обговорюється, в якому випадку яка емоція була передана та сприйнята.

Вправа "Вгадай емоцію" Мета: розвиток навичок розпізнавання емоцій за допомогою невербальних засобів. Хід вправи: На столі розміщуються картинки обличчя з виразом емоцій, зверненими долу. Учасники по черзі обирають картинку та, не показуючи її іншим, повинні відтворити вираз

обличчя, передаючи відповідну емоцію. Інші учасники спробують вгадати цю емоцію.

Вправа "Спогади про страхові ситуації" Мета: навчити визначати причини страху та сприймати їх позитивно. Хід вправи: Учасники утворюють коло, а психолог по черзі передає клубочок, пропонуючи згадати ситуації, коли вони відчували страх, та спробувати переглянути ці ситуації з гумористичного боку.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ №4

Привітання Вправа "Емоційний театр" Мета: тренування вираження позитивних та негативних емоцій та їх порівняння. Хід вправи: Учасникам пропонується відобразити різні емоції у ролях різних об'єктів, тварин та людей. Далі обговорюється, які емоції легше виражати: негативні чи позитивні?

Вправа "Емоційне королівство" Мета: розширення уявлень про емоції та навчання розуміти причини, що призводять до певних настроїв. Хід вправи: Психолог розкладає піктограми всіх відомих емоцій по колу та каже, що сьогодні вони потрапили в Королівство емоцій. Питання: "Як ви думаєте, які емоції можуть дружити одна з одною, а які залишаться окремими назавжди?" Після відповідей кожному учаснику пропонується створити історію, щоб об'єднати емоції. Той, хто швидко впорався з завданням, розповідає свою історію, а інші уважно слухають.

Вправа "Піктограми емоцій" Мета: навчання розпізнавати емоційний стан через піктограми радості, подиву, страху, задоволення, злості, сорому, провини, відрази, спокою. Хід вправи: Психолог пропонує розглянути приклади ситуацій з життя, які ілюструють ті чи інші переживання людини. Учасники обирають піктограми, що найбільше їм відповідають, та характеризують відповідну міміку, жести, пози.

Вправа "Квітка емоцій" Мета: розвиток вміння визначати провідну емоцію та співвідносити її з реальністю, розвиток навичок роботи в команді.

Хід вправи: Кожен учасник отримує пелюстку від квітки, на якій має написати ту емоцію, яку вважає провідною в собі. Потім кожен прикріплює її до серединки, утворюючи цілісну квітку. Після цього відбувається обговорення, чому саме ця емоція та чи відповідає вона дійсності.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 5

Привітання Вправа "Дихай як..." Мета: розвиток вміння адаптувати вираження емоцій до конкретних ситуацій. Хід вправи: Психолог просить учасників подихати наслідуючи:

- Спокійну людину
- Розлючену людину
- Перелякану людину
- Людину перед сном
- Здивовану людину
- Втомлену людину

Вправа "Позбуття злості" Мета: навчити спрямовувати агресію на предмети, виражати негативні емоції. Хід вправи: Психолог пропонує взяти газету та скатати її, уявляючи особу, яка розсерджує, а потім викинути. Також учасникам пропонується вдарити подушку, уявляючи особу, яка їх образила.

Вправа "Трансформація обличчя" Мета: корекція негативного емоційного стану, розвиток невербальної знакової системи. Хід вправи: Одна людина сидить на стільчику та зображує сумне обличчя. Інші підходять до цього учасника, доторкаються та висловлюють добрі слова. Коли людина посміхається, інший учасник займає її місце.

Вправа "Морські хвилі" Мета: визначення емоційного стану та його вираження невербальними засобами; створення позитивного емоційного фону; корекція нетерплячості. Хід вправи: Група вибирає ведучого, який стоїть спиною до інших та вимовляє слова: "Море хвилюється раз". На рахунок "три" учасники повинні замерти в незвичайній позі. Ведучий по

черзі підходить до кожного учасника гри, "включає" його та намагається вгадати, кого й у якому емоційному стані він зобразив. Потім кожен гравець пояснює, що він хотів зобразити.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ

№6 Привітання Вправа "Позитивна реакція" Мета: розвиток співчуття та навичок підбадьорювання. Хід вправи: Учасники утворюють коло, при цьому всі вони є "квіточками", а один з них - "струмочок". Кожна "квіточка" розповідає "струмочкові" про будь-яку свою трудність. "Струмочок" повинен заспокоїти її та підбадьорити.

Вправа "Кроки в минуле" Мета: аналіз власного минулого для його усвідомлення та сприяння самопізнанню. Хід вправи: Учасники по черзі звертаються до свого минулого, розповідаючи, що, на їхню думку, спричинило виникнення у них депресії та як вплинули рідні та інші аспекти їхнього життя.

Вправа "Емоційне уявлення" Мета: розвиток уяви щодо емоційного стану в різних ситуаціях та моделювання власної реакції. Хід вправи: Кожному учаснику пропонується уявити та показати, як він відчував би страх, якби сидів на даху. Потім пропонується уявити та показати, як він здивувався, якби побачив ведмедя, і як він відчував би страх, якби побачив дракона. Ставляться запитання: "Кого ви зустріли?", "Кого провели?", "На кого ви розсердилися?"

Вправа "Трансформація негативу" Мета: ознайомлення з можливістю "перетворення" негативних ситуацій у позитивні, як спосіб реагування на неприємності. Хід вправи: Психолог: "Давайте разом вчитися творити позитивний настрій. Для цього наші думки мають бути гарними та веселими."

- Навіть якщо сьогодні я посварився з начальником..., то...
- Навіть якщо я ще не вмію стримувати себе у деяких ситуаціях,

то...

- Навіть якщо мені важко заговорити з незнайомою людиною, то...

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ №7

Привітання Вправа "Розслаблення втоми" Мета: розвиток навичків управління власними реакціями та здатність швидко адаптуватися. Хід вправи: Лідер дає такі вказівки: "Встаньте, розставте ноги широко, злегка зігніть коліна, нахились вперед, опустіть руки, розслабте пальці, нахили голову до грудей, відкрийте рот. Погойдуйте трохи вперед-назад і з боку на бік. А тепер різко рухайте головою, руками, ногами та тілом. Позбудьтесь усієї втоми, залишилося майже нічого, повторіть ще раз". І коли ви відчуваєте, що не можна адекватно реагувати на ситуації, повторіть цю вправу.

Вправа "Асоціація та дисоціація" Мета: усвідомлення зв'язку між емоціями та діями; виявлення можливих способів зміни своєї реакції. Хід вправи: Лідер надає наступні вказівки: "Все, що трапляється у нашому житті, приносить нам багатий досвід. Щоб зберегти в пам'яті приємні емоції та черпати з них силу, ми можемо скористатися прийомом асоціації. Вспомінаючи радісну подію (наприклад, момент, коли ви досягли успіху і були пишні собою), уявіть та відчуйте ті відчуття, які вас охоплювали. У житті трапляються неприємні моменти, які викликають сильні негативні емоції та викидають з колії, змушуючи страждати. У таких ситуаціях корисно відсторонитися, подивитися на ситуацію та на себе з боку, як з позиції спостерігача. Цей прийом називається дисоціація. Тож я пропоную вам зараз згадати неприємну ситуацію та скористатися прийомом дисоціації.

Вправа "Перегляд ситуації" Мета: розвиток вміння оцінювати ситуацію з позитивного ракурсу та передбачати можливі реакції. Хід вправи: У незвичайних ситуаціях ми повинні бачити можливості, а не проблеми. Саме тому вам потрібно вспомнити неприємну ситуацію та визначити можливості, які вона вам надала. Складіть перелік цих можливостей та подумайте, як би все вийшло, якщо б ця ситуація не виникла.

Підведення підсумків

ЗАНЯТТЯ № 8

Привітання Вправа "Загальна емоційна атмосфера" Мета: розвиток навичків спільного переживання емоцій. Хід вправи: Кожен учасник по черзі називає своє емоційне становище, а потім разом обирають загальний настрій для всієї групи.

Вправа "Компліменти" Мета: підсумовування позитивного настрою та навчання висловлювати компліменти один одному. Хід вправи: Учасники отримують записані на папері приємні вислови, які вони можуть залишити для себе або подарувати іншим.

Вправа "Я у минулому та сьогодні" Мета: порівняння емоційного стану, що переважав раніше і той, який домінує зараз; узагальнення змін, які відбулись. Хід вправи: Психолог пропонує кожному учаснику розповісти про свої емоційні стани на початку заняття і як вони змінилися під час корекції. Також дозволяє поділитися змінами, які вже настали, і висловити свої плани на майбутнє.

Підведення підсумків Після завершення заняття учасники разом з психологом обговорюють свої враження від проведених вправ та вказують на труднощі, з якими вони зіткнулися.

Висновки до третього розділу

У даному дослідженні була проведена розробка корекційно-профілактичної програми з подолання тривожності. Під час розробки програми було враховано та проаналізовано основні аспекти тривожності, її вплив на особистість та щодосягнення особистісних та професійних цілей.

Програма спрямована на надання підтримки та допомоги особам, які відчують тривожність у різних сферах життя. У її основі лежать комплексні психологічні та педагогічні підходи, які передбачають розвиток навичок саморегуляції, збільшення рівня особистісної компетентності та формування позитивного сприйняття себе.

Проведена робота дає змогу зрозуміти, що ефективна корекційно-профілактична програма з подолання тривожності є важливим інструментом для поліпшення якості життя та досягнення успіху в різних сферах діяльності. Впровадження розробленої програми може сприяти зменшенню рівня тривожності та підвищенню загального психологічного благополуччя особистості.

ВИСНОВКИ

В дипломній роботі розглянуто та проаналізовано основні аспекти дослідження депресивних станів особистості під час війни в Україні. Теоретичний аналіз наголосив на важливості та актуальності вивчення цього серйозного психічного розладу. Було висвітлено історичний аспект досліджень депресії та її поширення в сучасному суспільстві.

Окремий аналіз феноменології та класифікації депресивних станів надав можливість краще розуміти симптоми та особливості цього стану. Дослідження також підкреслило важливість інтердисциплінарного підходу до вивчення депресії, оскільки цей розлад впливає на різні аспекти життя людини та суспільства.

Аналіз загальної характеристики депресивних станів надав огляд основних ознак та симптомів депресії, що сприяє ідентифікації цього розладу у клінічній практиці. Важливим було ознайомлення з систематикою депресивних станів, розгляд підтипів та їхніх особливостей для правильної діагностики та підходу до лікування.

Загальний аналіз теоретичного матеріалу надав зрозуміння важливості подальших досліджень у цій області, розробки більш точних методів діагностики та лікування депресії, а також сприяє поліпшенню якості допомоги особам, які страждають від цього розладу.

В ході дослідження, яке відбулося з 20 серпня по 10 вересня 2023 року, було здійснено комплексний аналіз особливостей депресивних станів особистості під час війни. Дослідження включало підготовчу роботу, збір та аналіз необхідних даних, саме проведення дослідження з використанням різних методик, аналіз отриманих результатів та формулювання висновків.

Важливим аспектом була підготовча робота, під час якої було чітко сформульовано тему дослідження, його мету та завдання, що визначили спрямування усіх наступних кроків. На наступному етапі було здійснено збір та аналіз необхідних даних з використанням анкетування та методик, таких як Шкала депресії Бека, Самооціночна шкала депресії Зунга та

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R). Це дозволило отримати вичерпну інформацію про психологічний стан осіб, що брали участь у дослідженні.

Результати аналізу показали, що депресія та зв'язані з нею стани є значущою проблемою серед особистостей у воєнний період. Зокрема, високі показники за шкалами психопатизму, параноїдальності, фобій, ворожості, тривожності та депресії за результатами дослідження за Симптоматичним опитувальником (SCL-90-R) свідчать про важливість уважного вивчення та впливу на ці аспекти у військових умовах. Детальний аналіз цих даних може сприяти подальшому розвитку та вдосконаленню психологічної підтримки осіб, які переживають воєнний стрес.

У даному дослідженні була проведена розробка корекційно-профілактичної програми з подолання тривожності. Ця програма спрямована на надання підтримки та допомоги особам, які відчують тривожність у різних сферах життя. Основні підходи передбачають розвиток навичок саморегуляції та збільшення рівня особистісної компетентності, що може сприяти зменшенню рівня тривожності та підвищенню загального психологічного благополуччя особистості. Реалізація цієї програми може мати значний позитивний вплив на якість життя та досягнення успіху в різних сферах діяльності, сприяючи зниженню рівня тривожності та поліпшенню психологічного стану осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балл Г.О. Раціоналізм як світоглядний орієнтир психологічної науки // Психол. перспективи. – 2004. – Вип. 6. – С. 3–10.
2. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
3. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендогенними афективними розладами настрою. Архів психіатрії. 2017. № 23. С. 33–36.
4. Бех І.Д. Від волі до особистості/ І.Д.Бех. – К.: Україна-Віта, 1995. – 202 с.
5. Бігун Н. І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами : монографія. Кам'янець-Подільський : ППМедобори, 2006, 2011. 160 с.
6. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. URL: <http://www.http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7949/1/12.pdf> (дата звернення: 14.09.2023).
7. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник / В. Й. Бродовська, І. П. Патрик, В. Я. Яблонко. — 2-е вид. — К. : ВД Професіонал, 2005. — 224 с.
8. Булах І.С. Психологія особистісного зростання підлітка: Монографія /І.С. Булах. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2003. – 340 с.
9. Булах І.С. Специфіка особистісного зростання підлітка: ракурс сучасного психологічного дослідження / І.С. Булах // Журнал практикуючого психолога. – К., 2002. – Вип. 8. – С. 72. – 85.
10. Валуйко О.М., Гошкодеря О.В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008 – 106 с.

11. Вінс В.А. До проблеми дослідження підліткової кризи /В.А. Вінс // Психологія: Збірник наукових праць. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2000. – Вип. 11. – С. 161 – 166.
12. Вінс В.А. Переживання кризових станів у перехідні періоди як проблема наукового пізнання / В.А. Вінс // Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного інституту імені Григорія Сковороди: Науково-теоретичний збірник. Вип. 1. – Переяслав-Хмельницький, 2000. – С. 153 – 259.
13. Вітенко І.С. Основи загальної і медичної психології / І.С. Вітенко, О.С.Чабан. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 345 с.
14. Зелений В. Н. Лікування тривожно-депресивних станів у пацієнтів похилого віку. Український вісник психоневрології. 2008. Т. 16. Вип. 1. С. 51–54.
15. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77–81.
16. Кадиков, А. С. Постінсультна депресія. Погляд невролога/А. С.Кадиков, Н. В. Шапаронова, Гришина. // Атмосфера. Нервові хвороби. – 2009. –№4. - С. 41-42.
17. Калошин В.Ф. Як сформувати позитивне мислення / В.Ф. Калошин // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 3. – С. 23-27.
18. КомерР. Основипатопсихології / Ronald Comer «Fundamentals of Abnormal Psychology». — 2nd ed. — 2001. — 617 с.
19. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / за ред. Л. М. Проколієнко ; [упор. В. В. Андрієвська, Г. О. Балл, О. Т. Губко, О. В. Проскура]. — К., 1989. — 608 с.
20. Кочерга О., Васильєв О. Дитячі страхи, неврози, темперамент // Корекційна робота психолога: Зб. ст. – К.: Шкільний світ, 2002. – Вип. 3. – С. 22–23.

21. Кошак Б. О. Оцінка депресивних станів у хворих з анкілозивним спондилоартритом. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2016. № 1. С. 33–36.

22. Лазоренко Б.П. Методологічні засади соціально-психологічного дослідження самоздійснення проблемної молоді // Теорет.-методол. проблеми розвитку особистості в системі неперервної освіти: Матеріали методол. семінару АПН України 16 грудня 2004 р. / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2005. – С. 388–393.

23. Ларіна Т.О.
Аутоагресивна поведінка як адаптаційний механізм протидії соціальному оточенню // Проблеми заг. та пед. психології: Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2004. – Т. 6. – Вип. 3. – С. 191–195.

24. Лепіхова Л.А. Завдання первинної профілактики наркоманій серед неповнолітніх та молоді // Профілактика у дитячому, підлітковому та молодіжному середовищі: Дов. для соц. працівників, вчителів, шкільн. психологів, батьків. – К., 2005. – § 5.1. – С. 110–112.

25. Мізерна О.О. Корекційна тренінгова програма «Самовдосконалення» для подолання агресивних проявів серед підлітків / О.О. Мізерна // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – № 4. – С.37-43.

26. Міщенко Т.А. Соціально-психологічний тренінг з формування вмінь саморегуляції емоцій у старшокласників / Т.А. Міщенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – №7. – С.10- 14; №8. – С.9-11.

27. Н. В. Самоукіна. Екстремальна психологія. Асоціація авторів і видавців "ТАНДЕМ"; ЕКМОС, 2000. — 288 с.

28. Опитувальник депресії Бека. URL: <https://kpt-center.com.ua/test/opituvalnik-depresii-beka/> (дата звернення: 01.09.2023).

29. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних станів. Актуальні проблеми сучасної психології. Лютий 2017. С. 27–31.

30. Пашукова Т.І. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Дзяконов; за ред. Т.І. Пашукової. – К.: Т-во «Знання», КОО, 2000. – 204 с.
31. Романовська Д.Д. Як зняти емоційне напруження, або що таке релаксація ? / Д.Д. Романовська // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №2. – С. 23 - 35.
32. Самооціночна шкала депресії Зунга. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2706-samoootcnka-depres-shkala-z-20-pitan> (дата звернення: 01.09.2023).
33. Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R). URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=stmm_2015_4_5 (дата звернення: 01.09.2023).
34. Сиротюк А.Л. Кінезіологічні прийоми і стрес // Корекційна робота психолога: 3б. ст. – К.: Шкільний світ, 2002. – Вип.3. – С.59–61.
35. Скрипник Д.В. Локус контролю в контексті здорового способу життя // Стратегія формування здорового способу життя. – К., 2000. – С. 188–192.
36. Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. / за ред. Г. О. Слабкого. К., 2011. 32 с.
37. Смулевич А. Б. Депресії у загальній медицині / А. Б. Смулевич, ред.. Е. Дубницька / Медичне інформаційне агентство. 2001. -С. 2-8; С. 18-38.
38. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003.
39. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування. – К., 2004.
40. Титаренко Т.М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя // Практ. психологія та соц. робота. – 2004. – № 6.

41. Чабан О. С. Бог у трансценденції аналітичних відносин / О. С. Чабан // Психіатрія та релігія на стику тисячоліть: Збірник наукових праць Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 (Сабурової дачі) та Харківської медичної академії післядипломної освіти - Харків, 2006. - Т. 4. - С. 112-114.
42. Чабан О. С. Терапія депресивних та тривожно-депресивних станів легкого та помірного ступеня / О. С. Чабан, Є. А. Хаустова // Здоров'я України. - 2006. - № 3. - С. 2-3.
43. Худік В.А. Психологія аномального розвитку в дитячому та підлітково-юнацькому віці/В.А. Худік. - К.: Здоров'я, 1993. - 144 с.
44. Шакар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник / В. Б. Шакар. — Харків : Прапор, 2005. — 640 с.
45. Шебанова С.Г. Практичний курс сприяння своєму зростанню / С.Г.Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. — 1999. — № 3. — С. 21-28.
46. Шебанова С.Г. Практичний курс сприяння своєму зростанню / С.Г.Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. — 1999. — №4. — С. 14-17.
47. Юрчук В. В. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / В. В. Юрчук. — Мн.: Современное слово, 1998. — 768 с.
48. Chagas Validity of a Brazilian version of the Zung self-rating depression scale for screening of depression in patients with Parkinson's disease Parkinsonism & Related Disorders / . . Chagas. идр. — 2010. — 42-45 с.
49. Glassman A.H., Shapiro P.O. Depression and the Course of Coronary Artery Disease // Am. J. Psychiat. — 1998. — Vol. 155. — P. 4 — 11.
50. Goodman, A. Organic unity theory: The mind-body problem revisited // Am. J. Psychiatry. — 1991. — P.553 — 563.
51. Gaete, J. M. Post-stroke depression. Exp Rev Neurother / J. M. Gaete, J. Bogousslavsky. — 2008. — 75-92 с.

52. Helmchen H. Therapy resistance in depression // Problems of psychiatry in general practice. – 1991. – P. 97 – 106.
53. Hirschfeld R, Montgomery S, Keller M. et al. Social functioning in depression: a review // J. Clin Psychiatry. – 2000. – № 61. – P. 268 – 275.
54. Kanner, A. M. Depression in neurological disorders. Lundbec Inst / A. M. Kanner. – 2005. – 161 с.
55. King N.J., Bernstein G.A. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat. – 2001. – Vol. 21. – P. 1 – 5.
56. Kirkby «Validation of an Arabic translation of the Zung Self-Rating Depression Scale». Annals of Saudi medicine / Kirkby. идр. –2005. – 205 с.
57. Mulrow C.D., Williams J.W., Chiquette E. et al. Efficacy of Newer Medications for treating Depression in Primary Care Patient // Am. J. Med. – 2000. – Vol.108. – P. 54 – 64.
58. Shelton R.C., Tollefson G.D., Tohen M. et al. A Novel Augmentation Strategy for Treating Resistant Major Depression // Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. – P. 131 – 134.
59. Roshe A. Persons and their growth. The anthropological and psychological foundations of PRH education. – Canada, 1997.
60. Rutter M. Material Deprivation Reassessed, Penguin. – 1972.
61. Rutter M. Parent-child separation // Psychological effects on the children-journal of Child Psychology and Allied Disciplines. – 1971. – Vol. 12. – P. 233–260.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії Бека

Поставте галочку біля вибраного затвердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре підходящими, поставте галочки біля кожного з них.

Перш ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали Усі твердження у кожній групі.

Запитання 1

0 Мені не сумно

1 Значну частину часу мені сумно

2 Я увесь час відчуваюсь сумним, пригніченим

3 Я відчуваю нестерпний сум та тугу

Запитання 2

0 Я дивлюся в майбутнє без особливого розчарування.

1 Я відчуваю розчарування у майбутньому.

2 Я відчуваю, що нема чого чекати попереду.

3 Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту на краще не може бути.

Запитання 3

0 Я не відчуваюся невдахою.

1 Я відчуваю, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж у інших людей.

2 Коли я оглядаюсь на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.

3 Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість.

Запитання 4

0 У мене не втрачений інтерес до інших людей.

1 Я менше, ніж було, цікавлюся іншими людьми.

2 У мене втрачено майже весь інтерес до інших людей і майже немає жодних почуттів до них.

3 У мене втрачено будь-який інтерес до інших людей і вони мене зовсім не турбують.

Запитання 5

0 Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди.

1 Я намагаюся відкласти прийняті рішення.

2 Прийняття рішень є для мене величезною проблемою.

3 Я більше не можу приймати рішення.

Запитання 6

0 Я не відчуваю, що виглядаю трохи гірше, ніж зазвичай.

1 Мене непокоїть те, що я виглядаю непривабливо.

2 Я відчуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, які роблять мене непривабливим.

3 Я відчуваю, що виглядаю бридко і відразливо.

Запитання 7

0 Я не відчуваю жодної особливої незадоволеності.

1 Ніщо не тішить мене так, як раніше.

2 Ніщо більше не дає мені задоволення.

3 Мене не задовольняє все.

Запитання 8

0 Я не відчуваю жодної особливої провини.

1 Більшість часу я відчуваю себе поганим і нікчемним.

2 У мене досить сильне почуття провини.

3 Я відчуваю себе дуже поганим і нікчемним.

Запитання 9

0 Я можу працювати приблизно так само добре, як і раніше.

1 Мені потрібно робити додаткові зусилля, щоб зробити щось.

3 Я не можу виконувати жодної роботи.

Запитання 10

0 Я не відчуваю розчарування в собі.

1 Я розчарований у собі.

2 У мене огида до себе.

3 Я ненавиджу себе.

Запитання 11

0 У мене немає жодних думок про самоушкодження.

1 Я відчуваю, що краще було б померти.

2 У мене є певні плани самогубства.

3 Я накладу на себе руки при першій нагоді.

Запитання 12

0 Я втомлююся нітрохи не більше, ніж зазвичай.

1 Я втомлююся швидше, ніж раніше.

2 Я втомлююся від будь-якого заняття.

3 Я втомився чимось займатися.

Запитання 13

0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1 Мій апетит не такий гарний, як бувало.

2 Мій апетит тепер набагато гірший.

3 У мене зовсім немає апетиту.

Інтерпретація

До 9 балів – задовільний емоційний стан

Від 10 до 19 балів – легка депресія

Від 19 до 22 балів – помірна депресія

Понад 23 – балів важка депресія

Самооціночна шкала депресії Зунга

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Варіанти відповіді:

1 - ніколи або зрідка

2 - іноді

3 - часто

4 - майже завжди або постійно

Текст опитувальника.

Я схильний вірити в своє краще майбутнє	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Останнім часом мене все дратує	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Навіть незначні зусилля викликають у мене втому	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Я легко знаходжу вирішення чергових проблем	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Через незрозумілий неспокій мені іноді важко всидіти на місці	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Якщо мені доведеться померти, це принесе тільки полегшення оточуючим мене людям	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Я переконаний у своїй необхідності для моїх близьких	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Моя кмітливість мені не зраджує	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Колишні радості так само сильно для мене привабливі	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Іноді мені дуже легко заплакати	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Мене турбують болі в животі	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Моя доля цілком мене задовольняє	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Відсутністю апетиту я не страждаю	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Мені часто буває досить сумно	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Тільки вранці (вечорами) я відчуваю себе краще	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Я часто відчуваю безсоння	Так	Майже	Майже	Ні

		так	ні	
Останнім часом я худну	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Те, що я вмію, у мене завжди виходить легко	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Мені подобається розглядати фотографії симпатичних незнайомок	Так	Майже так	Майже ні	Ні
Іноді моє серце починає битися швидше без особливої на те причини	Так	Майже так	Майже ні	Ні

Рівень депресії за методикою Зунге (РД) розраховується за формулою:

$РД = £ пр. + £ оберн.$, де £ пр. — сума закреслених цифр до «прямих» висловлювань № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

£ оберн. — сума цифр, «обернених» закресленим висловлюванням № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

- Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

- Якщо РД більше 50 балів і менше 59, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу.

- Якщо показник РД від 60 до 69 балів, то діагностується субдепресивний стан чи маскована депресія.

- Істинно депресивний стан діагностується, якщо РД більший, ніж 70 балів

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R)

Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

0 - Зовсім ні 1 - Трохи 2 - Помірно 3 - Сильно 4 - Дуже сильно

Текст методики

1 Головні болі

2 Нервозність або тремтіння всередині

3 Повторювані неприємні думки

4 Слабкість або запаморочення

5 Втрата сексуального потягу або задоволення

6 Почуття невдоволення іншими

7 Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками

8 Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші

9 Проблеми з пам'яттю

10 Ваша неакуратність або неохайність

11 Роздратування, що легко виникає

12 Болі в серці або в грудній клітці

13 Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці

14 Нестача сил або загальмованість

15 Думки про те, щоб накласти на себе руки

16 Ви чуєте голоси, яких не чують інші

17 Тремтіння

18 Відчуття, що більшості людям не можна довіряти

19 Поганий апетит

20 Сльозливість

21 Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі

22 Відчуття, що Ви потрапили у пастку

23 Несподіваний і безпричинний страх

24 Спалахи гніву, які Ви не могли стримати

25 Боязнь вийти одному з дому

26 Відчуття провини

27 Болі у попереку

28 Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь

29 Відчуття самотності

30 Пригнічений настрій, "хандра"

31 Надмірне занепокоєння з різних приводів

32 Відсутність інтересу до усього

33 Почуття страху

34 Ваші почуття легко зачепити

35 Відчуття, що інші проникають у Ваші думки

36 Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам

37 Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобається

38 Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки

39 Сильне або прискорене серцебиття

40 Нудота або розлад шлунку

41 Відчуття, що Ви гірші за інших

42 Болі в м'язах

43 Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас

44 Вам важко заснути

45 Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите

46 Труднощі в прийнятті рішень

47 Страх їздити в автобусах, метро або поїздах

48 Утруднене дихання

49 Напади жару або ознобу

50 Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають

51 Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали

52 Оніміння або поколювання в різних частинах тіла

53 Комок в горлі

54 Відчуття, що майбутнє безнадійне

55 Вам важко зосередиться

56 Відчуття слабкості в різних частинах тіла

57 Відчуття тиску або напруженості

58 Важкість в кінцівках

59 Думки про смерть

60 Переїдання

61 Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас

62 Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки

63 Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду комунебудь

64 Ранкове безсоння

65 Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перечитувати тощо

66 Неспокійний і тривожний сон

67 Бажання ламати або трощити що-небудь

68 Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші

69 Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими

70 Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)

71 Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль

72 Напади жаху або паніки

73 Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях

74 Ви часто вступаєте в суперечку

75 Нервозність, коли Ви залишилися насамоті

76 Інші недооцінюють Ваші досягнення

77 Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми

- 78 Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці
- 79 Відчуття власної нікчемності
- 80 Відчуття, що з Вами станеться щось погане
- 81 Ви кричите або жбурляєте речами
- 82 Страх, що Ви втратите свідомість на людях
- 83 Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою
- 84 Вас турбують сексуальні думки
- 85 Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи
- 86 Кошмарні думки або бачення
- 87 Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку
- 88 Ви не відчуваєте близькості ні до кого
- 89 Почуття провини
- 90 Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре

Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Інтерпретація

0-1 – задовільний емоційний стан

1-2 – легка депресія

2-3 – помірна депресія

3-4 – балів важка депресія

Анкетування

1. Протягом останнього місяця ви страждали від безсоння?
 - A. Зовсім ні
 - B. Трохи
 - C. Досить сильно
 - D. Дуже сильно
2. Протягом останнього місяця ви відчували смуток?
 - A. Зовсім ні
 - B. Трохи
 - C. Досить сильно
 - D. Дуже сильно
3. Протягом останнього місяця ви відчували, що все робите через силу?
 - A. Зовсім ні
 - B. Трохи
 - C. Досить сильно
 - D. Дуже сильно
4. Протягом останнього місяця ви відчували зниження енергії?
 - A. Зовсім ні
 - B. Трохи
 - C. Досить сильно
 - D. Дуже сильно
5. Протягом останнього місяця ви відчували самотність?
 - A. Зовсім ні
 - B. Трохи
 - C. Досить сильно
 - D. Дуже сильно
6. Протягом останнього місяця ви вважали майбутнє безнадійним?
 - A. Зовсім ні

- В. Трохи
- С. Досить сильно
- Д. Дуже сильно

7. Протягом останнього місяця ви не отримували задоволення від життя?

- А. Зовсім ні
- В. Трохи
- С. Досить сильно
- Д. Дуже сильно

8. Протягом останнього місяця ви відчували безглуздість існування?

- А. Зовсім ні
- В. Трохи
- С. Досить сильно
- Д. Дуже сильно

9. Протягом останнього місяця ви відчували, що все радісне зникло з життя?

- А. Зовсім ні
- В. Трохи
- С. Досить сильно
- Д. Дуже сильно

10. Протягом останнього місяця ви відчували себе пригніченим, навіть перебуваючи в родині та з друзями?

- А. Зовсім ні
- В. Трохи
- С. Досить сильно
- Д. Дуже сильно

11. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ

- А. ніколи
- В. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

12. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії

A. ніколи

B. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

13. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість

A. ніколи

B. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

14. Відчуття втоми або зниження енергії

A. ніколи

B. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

15. Поганий апетит або переїдання

A. ніколи

B. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

16. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину

A. ніколи

B. декілька днів

C. більшу половину часу

D. майже щодня

17. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач

- A. ніколи
- B. декілька днів
- C. більшу половину часу
- D. майже щодня

18. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність

- A. ніколи
- B. декілька днів
- C. більшу половину часу
- D. майже щодня

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

- A. ніколи
- B. декілька днів
- C. більшу половину часу
- D. майже щодня

Інтерпретація

Відповідь А – 0 балів, В – 1 бал, С – 2 бали, D – 3 бали

0-19 – задовільний емоційний стан

20-38 – легка депресія

39-57 – важка депресія

Результати опитування за шкалою депресії Бека

	Кількість балів	Рівень депресії
Респондент 1	25	Важка депресія
Респондент 2	26	Важка депресія
Респондент 3	23	Важка депресія
Респондент 4	29	Важка депресія
Респондент 5	38	Важка депресія
Респондент 6	34	Важка депресія
Респондент 7	25	Важка депресія
Респондент 8	29	Важка депресія
Респондент 9	31	Важка депресія
Респондент 10	36	Важка депресія
Респондент 11	28	Важка депресія
Респондент 12	26	Важка депресія
Респондент 13	32	Важка депресія
Респондент 14	34	Важка депресія
Респондент 15	38	Важка депресія
Респондент 16	26	Важка депресія
Респондент 17	28	Важка депресія
Респондент 18	29	Важка депресія
Респондент 19	30	Важка депресія
Респондент 20	36	Важка депресія
Респондент 21	29	Важка депресія
Респондент 22	34	Важка депресія
Респондент 23	25	Важка депресія
Респондент 24	22	Помірна депресія
Респондент 25	20	Помірна депресія
Респондент 26	21	Помірна депресія
Респондент 27	22	Помірна депресія
Респондент 28	22	Помірна депресія
Респондент 29	21	Помірна депресія
Респондент 30	22	Помірна депресія
Респондент 31	22	Помірна депресія
Респондент 32	22	Помірна депресія
Респондент 33	22	Помірна депресія
Респондент 34	21	Помірна депресія
Респондент 35	19	Помірна депресія
Респондент 36	20	Помірна депресія
Респондент 37	21	Помірна депресія
Респондент 38	21	Помірна депресія
Респондент 39	18	Легка депресія
Респондент 40	9	Задовільний емоційний стан

Результати опитування за шкалою депресії Зунга

	Кількість балів	Рівень депресії
Респондент 1	71	Істинно депресивний стан
Респондент 2	74	Істинно депресивний стан
Респондент 3	73	Істинно депресивний стан
Респондент 4	73	Істинно депресивний стан
Респондент 5	73	Істинно депресивний стан
Респондент 6	71	Істинно депресивний стан
Респондент 7	73	Істинно депресивний стан
Респондент 8	71	Істинно депресивний стан
Респондент 9	70	Істинно депресивний стан
Респондент 10	75	Істинно депресивний стан
Респондент 11	75	Істинно депресивний стан
Респондент 12	71	Істинно депресивний стан
Респондент 13	72	Істинно депресивний стан
Респондент 14	71	Істинно депресивний стан
Респондент 15	74	Істинно депресивний стан
Респондент 16	76	Істинно депресивний стан
Респондент 17	74	Істинно депресивний стан
Респондент 18	74	Істинно депресивний стан
Респондент 19	75	Істинно депресивний стан
Респондент 20	74	Істинно депресивний стан
Респондент 21	75	Істинно депресивний стан
Респондент 22	73	Істинно депресивний стан
Респондент 23	77	Істинно депресивний стан
Респондент 24	74	Істинно депресивний стан
Респондент 25	76	Істинно депресивний стан
Респондент 26	71	Істинно депресивний стан
Респондент 27	71	Істинно депресивний стан
Респондент 28	75	Істинно депресивний стан
Респондент 29	68	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 30	65	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 31	62	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 32	65	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 33	66	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 34	65	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 35	69	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 36	62	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 37	62	Субдепресивний стан чи

		маскована депресія
Респондент 38	65	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 39	63	Субдепресивний стан чи маскована депресія
Респондент 40	55	Легка депресія

Результати Симптоматичного опитувальника (SCL-90-R)

	Соматизація	Нав'язливості	Інтерперсональна чутливість	Депресія	Тривожність	Ворожість	Нав'язливі страхи (фобії)	Параноїдність	Психотизм
Респондент 1	3,3	3,7	3,5	3,8	3,5	3,1	3,5	3,1	3,7
Респондент 2	3,7	3,1	3,4	3,5	3,8	3,0	3,5	3,7	3,6
Респондент 3	3,1	3,8	3,8	3,6	3,1	3,6	3,7	3,7	3,4
Респондент 4	3,8	3,1	3,6	3,4	3,8	3,4	3,3	3,4	3,1
Респондент 5	3,5	3,3	3,1	3,5	3,1	3,7	3,7	3,5	3,9
Респондент 6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,1	3,5	3,3	3,2
Респондент 7	3,4	3,8	3,8	3,8	3,2	3,4	3,1	3,1	3,7
Респондент 8	3,9	3,1	3,6	3,6	3,7	3,2	3,9	3,7	3,4
Респондент 9	3,2	3,3	3,6	3,1	3,2	3,9	3,8	3,7	3,5
Респондент 10	3,6	3,6	3,8	3,0	3,4	3,6	3,2	3,2	3,4
Респондент 11	3,4	3,2	3,2	3,6	3,7	3,1	3,7	3,6	3,8
Респондент 12	3,3	3,2	3,6	3,4	3,5	3,2	3,1	3,8	3,4
Респондент 13	3,7	3,6	3,1	3,7	3,1	3,7	3,7	3,2	3,5
Респондент 14	3,5	3,4	3,0	3,1	3,9	3,6	3,2	3,3	3,4
Респондент 15	3,1	3,9	3,6	3,5	3,6	3,1	3,8	3,7	3,8
Респондент 16	3,7	3,6	3,4	3,8	3,7	3,9	3,6	3,5	3,6
Респондент 17	3,3	3,8	3,7	3,1	3,1	3,6	3,1	3,6	3,4
Респондент 18	3,5	3,1	3,2	3,8	3,2	3,5	3,7	3,9	3,4
Респондент 19	3,8	3,4	3,6	3,1	3,7	3,9	3,5	3,1	3,9
Респондент 20	3,1	3,2	3,3	3,4	3,8	3,1	3,7	3,3	3,6
Респондент 21	3,3	3,5	2,1	3,2	3,6	3,5	3,9	3,2	3,8
Респондент 22	3,5	3,2	2,6	3,1	3,8	3,5	3,2	3,8	3,1
Респондент 23	3,7	3,8	2,5	3,3	3,1	3,7	3,0	3,7	3,4
Респондент 24	2,3	3,2	2,7	3,6	3,5	3,3	3,7	3,1	3,9
Респондент 25	2,6	3,6	2,1	3,2	3,8	3,7	3,6	3,6	3,1
Респондент 26	2,1	2,1	2,6	3,1	3,6	3,5	3,4	3,5	3,5
Респондент 27	2,9	2,9	2,7	3,3	3,6	3,4	3,1	3,5	3,5
Респондент 28	2,4	2,6	2,4	3,8	3,8	3,3	3,9	3,7	3,7
Респондент 29	2,6	2,7	2,4	3,2	3,2	3,7	3,2	3,3	3,8
Респондент 30	2,1	2,6	2,2	3,6	3,1	3,5	4,0	3,7	3,1
Респондент 31	2,6	2,5	2,7	3,8	3,1	3,1	3,1	3,5	3,3
Респондент 32	2,5	2,7	2,1	3,1	3,5	3,7	3,7	3,5	3,6
Респондент 33	2,8	2,1	2,7	3,3	3,8	3,1	3,7	3,7	3,9
Респондент 34	2,3	2,7	2,8	3,6	3,6	3,2	3,4	3,3	3,1
Респондент 35	2,2	2,4	2,3	3,2	3,6	3,9	3,5	3,7	3,5
Респондент 36	2,6	2,5	2,5	3,1	3,8	3,6	3,3	3,8	3,5
Респондент 37	2,6	2,3	2,6	3,3	3,9	3,5	2,1	3,1	3,7
Респондент 38	2,5	2,1	2,1	3,6	3,8	3,1	2,9	3,3	2,7

Респондент 39	1,7	2,7	1,9	3,2	3,2	3,3	2,5	3,6	2,1
Респондент 40	1,3	2,6	1,8	2,9	2,5	3,7	2,4	2,9	1,8