

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології і соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

Кафедра практичної та клінічної психології

(повна назва кафедри)

К в а л і ф і к а ц і й н а р о б о т а

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**«Аналіз взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень під час війни»
«Analysis of the relationship between depression and psychosomatic disorders
during the war»**

Виконала: здобувач заочної форми навчання

Спеціальності: 053 «Психологія»

Освітня програма «Психологія»

Бондар Тетяна Євгенівна

Керівник канд.психол.наук, доц. Цибух Л.М.

Рецензент:

к.психол.н., доцент кафедри психіатрії,

медичної та спеціальної психології

ПНПУ ім.К.Д.Ушинського

І.Г.Павлова

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ __ від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

_____ Ольга ЛИТВИНЕНКО

(підпис)

Захищено на засіданні ЕК № _____

протокол № __ від _____ 2024 р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ЕК _____ Наталія РОДІНА

(підпис)

Одеса – 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ	8
1.1. Поняття та класифікація депресивних розладів	8
1.2. Психосоматичні порушення: визначення та класифікація	13
1.3. Вплив стресу та війни на психічне та соматичне здоров'я	18
1.4. Взаємозв'язок депресії та психосоматичних порушень	23
Висновок до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ	34
2.1. Методи діагностики депресії та психосоматичних порушень	34
2.2. Вибірка та опис респондентів дослідження	37
2.3. Програма емпіричного дослідження	39
Висновок до другого розділу	46
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ	47
3.1. Аналіз результатів діагностики депресії у респондентів	47
3.2. Аналіз результатів дослідження психосоматичних розладів	61
3.4. Рекомендації щодо подальшої роботи з досліджуваними	72
Висновок до третього розділу	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	80
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження

Сучасні події, пов'язані з військовими конфліктами, особливо в Україні, значно впливають на психічне та фізичне здоров'я населення. Психологічний стрес, спричинений війною, може викликати розвиток серйозних депресивних станів та призводити до появи психосоматичних порушень, які вимагають комплексного вивчення. Наукові дослідження показують, що депресія та стрес мають потужний вплив на соматичне здоров'я, проявляючись через порушення в роботі різних систем організму (серцево-судинної, дихальної, травної тощо). Однак повний механізм взаємодії психічних розладів із соматичними залишається недостатньо дослідженим, особливо в контексті війни.

Вивчення взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями в умовах війни є надзвичайно актуальним для розробки ефективних підходів до психотерапії та медичної допомоги для осіб, які постраждали від воєнних дій. Це дослідження спрямоване на виявлення специфіки впливу військової ситуації на розвиток депресивних і психосоматичних станів, що дозволить краще зрозуміти потреби постраждалих і забезпечити їм необхідну допомогу.

Додатково, ця тема набуває особливої актуальності у зв'язку з дефіцитом досліджень, що враховують як міжнародний досвід, так і специфічні українські реалії та статистичні дані, що стосуються поширеності цих розладів під час війни.

Тема взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень є об'єктом уваги багатьох науковців по всьому світу. Вагомий внесок у дослідження психосоматичних розладів зробив Франц Александер, який вперше детально описав зв'язок між психічними станами та соматичними захворюваннями в межах своєї теорії "психосоматичної медицини". Зигмунд Фрейд також

розробив низку теорій, які вказували на тісний зв'язок між психічними станами, такими як тривога та депресія, та фізичними проявами хвороб. Ханс Сельє, у свою чергу, заклав основи теорії стресу, показавши, як тривалі психічні навантаження можуть спричиняти фізичні захворювання.

Сучасні науковці, такі як Аарон Бек та Джудіт Бек, досліджували когнітивні аспекти депресії, акцентуючи увагу на тому, як когнітивні перекручення впливають на психосоматичний стан людини. Ірвін Ялом у своїх дослідженнях також підкреслював зв'язок психічних та соматичних проявів, особливо в контексті екзистенційних переживань, зокрема в умовах травматичних подій, як-от війна.

В українському науковому середовищі цій тематиці приділяли увагу Леонід Собчик та Олексій Сікорський, які розглядали вплив психологічних травм на розвиток соматичних захворювань у посттравматичний період. Наталія Скрипник досліджувала психічні розлади серед військових і цивільних під час військових конфліктів, зокрема в Україні. Оксана Довганич вивчала психосоматичні реакції у ветеранів війни, зосереджуючи увагу на необхідності створення ефективних програм реабілітації.

Актуальність цієї теми полягає в тому, що кількість людей, які страждають від депресії та психосоматичних розладів, значно збільшилася через військові конфлікти в сучасному світі, зокрема через війну в Україні. Дослідження, проведені раніше, не повністю враховують вплив тривалих військових дій на населення, зокрема на цивільних, які зазнають стресу через руйнування їхніх домівок, втрату близьких, переселення тощо. Крім того, проблема потребує подальшого вивчення з точки зору українського контексту, де специфічні економічні та соціальні умови створюють додаткові фактори, що ускладнюють як психічне, так і фізичне здоров'я населення.

Важливою складовою сучасних досліджень є інтеграція міжнародного досвіду та результатів українських досліджень для створення ефективних програм психологічної та медичної допомоги для постраждалих від війни, що робить це питання актуальним і наразі.

Метою дослідження є вивчення та аналіз взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями у людей, які переживають війну, на основі теоретичних досліджень і емпіричних даних. Особливий акцент зроблено на виявленні специфічних проявів цих порушень в умовах стресу, спричиненого військовими діями, а також на розробці рекомендацій щодо надання психологічної допомоги постраждалим.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з теми депресії та психосоматичних порушень, виявивши основні теоретичні підходи до їх взаємозв'язку.
2. Визначити вплив військових дій на розвиток депресії та психосоматичних порушень на основі аналізу міжнародних та українських досліджень.
3. Провести емпіричне дослідження для виявлення взаємозв'язку між рівнем депресії та психосоматичними симптомами у людей, які пережили військові події.
4. Розробити рекомендації для фахівців у сфері психології щодо підтримки людей з депресією та психосоматичними розладами в умовах війни.
5. Оцінити ефективність запропонованих рекомендацій на основі проведеного дослідження та літературного аналізу.

Об'єкт дослідження — психічний та соматичний стан людей, які переживають військові дії, зокрема депресивні стани та їх вплив на організм.

Предмет дослідження — взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями у людей, які зазнали стресу внаслідок військових подій, зокрема специфічні прояви психосоматичних симптомів в умовах війни та їх залежність від рівня депресії.

У процесі дослідження було використано такі **методи дослідження**:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури з теми депресії та психосоматичних порушень, а також досліджень, присвячених впливу військових дій на психічне та соматичне здоров'я.

2. Психодіагностичні методики:

1. Шкала депресії Бека (BDI-II) — українська адаптація методики, яка широко використовується для діагностики рівня депресії. Методика містить 21 пункт, що охоплює різні симптоми депресії (емоційні, когнітивні, соматичні).

2. Опитувальник соматичної симптоматики (PHQ-15) — українська версія короткої анкети, що оцінює наявність та інтенсивність психосоматичних симптомів, таких як головні болі, порушення сну, болі у спині тощо.

3. Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9): PHQ-9 є стандартним інструментом для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Він складається з 9 питань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів. Сума балів визначає рівень депресії від відсутності до важкої.

4. Кореляційний аналіз — для виявлення статистично значущого взаємозв'язку між рівнем депресії та психосоматичними симптомами серед респондентів, що пережили військові події. Кореляційний аналіз допоможе виявити ступінь взаємозалежності між депресією та психосоматичними порушеннями.

5. Статистична обробка даних — для аналізу отриманих результатів буде використано програмне забезпечення SPSS, яке дозволяє проводити кореляційний аналіз, визначати середні значення та робити статистичні висновки щодо взаємозв'язків між змінними.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження мають важливе практичне значення, оскільки дозволяють:

1. Поглибити розуміння взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями в умовах військових дій.

2. Розробити рекомендації щодо діагностики та терапії психосоматичних порушень у пацієнтів з депресією, викликаною військовими подіями.

3. Запропонувати стратегії психологічної підтримки для людей, які пережили психічні та фізичні наслідки війни, з метою зниження ризику виникнення або загострення психосоматичних розладів.

4. Використати результати для подальшої розробки програм допомоги людям, які постраждали від війни, з урахуванням їх психічного та соматичного стану.

Структура роботи: вступ , три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаної літератури та додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

1.1. Поняття та класифікація депресивних розладів

Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів у світі, який впливає не тільки на емоційний стан людини, але й на її фізичне здоров'я. Розуміння природи депресії та її класифікація є важливими для ефективного виявлення та лікування цього розладу. Визначення та класифікація депресії еволюціонували разом із розвитком психології та психіатрії.

У найширшому розумінні депресія характеризується стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, відчуттям втоми та фізичним і психічним виснаженням. Зигмунд Фрейд у своїй праці «Скорбота і меланхолія» (1917) розглядав депресію як результат конфліктів у внутрішній психіці, пов'язаних із втратою об'єкта любові або значущої особистості. Він акцентував увагу на психодинамічних аспектах цього розладу, стверджуючи, що депресія виникає, коли людина спрямовує агресію, спричинену втратою, всередину, що призводить до самозвинувачення та почуття нікчемності. [33].

Сучасне визначення депресії є більш структурованим. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), депресія визначається як психічний розлад, що характеризується пригніченим настроєм, втратою інтересу або задоволення, а також іншими симптомами, такими як порушення сну, апетиту, втома, низька самооцінка та труднощі з концентрацією уваги[40].

З розвитком когнітивної психології підхід до депресії став більш структурованим. Аарон Бек, один із провідних когнітивних психологів, запропонував модель когнітивної тріади, в якій депресія виникає внаслідок негативних думок про себе, світ і майбутнє. Його роботи, зокрема книга

«Когнітивна терапія депресії» (1979), стали фундаментом для сучасного розуміння природи цього розладу.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), депресія – це розлад настрою, який характеризується тривалою пригніченістю, втратою інтересу до життя та діяльності, що раніше приносили задоволення, а також порушеннями сну, апетиту та енергії. Це визначення відображене в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) та Діагностично-статистичному посібнику психічних розладів (DSM-5), що є міжнародними стандартами для діагностики психічних розладів [40].

Депресивні розлади мають широкий спектр проявів і підлягають різній класифікації залежно від інтенсивності симптомів, тривалості, а також наявності інших супутніх розладів. Основні типи депресивних розладів включають:

1. Великий депресивний розлад (Major Depressive Disorder, MDD). Це один із найбільш серйозних і поширених типів депресії. Він діагностується, коли у людини спостерігаються депресивні симптоми протягом щонайменше двох тижнів, що впливають на її здатність функціонувати в повсякденному житті. Аарон Бек досліджував цей розлад і запропонував когнітивно-поведінкову терапію як один із найефективніших методів лікування MDD [77]. Його роботи значною мірою сприяли розвитку сучасних психотерапевтичних методів, орієнтованих на зміну негативних думок та переконань.

2. Дистимія (Persistent Depressive Disorder). Це хронічна форма депресії, що триває не менше двох років, проте симптоми є менш інтенсивними порівняно з MDD. Незважаючи на менш гострі прояви, дистимія суттєво знижує якість життя пацієнтів. Дослідженнями дистимії займалася, зокрема, Лорна Сміт Бенджамін, яка вивчала тривалість і природу цього розладу та його вплив на стосунки та соціальну адаптацію пацієнтів [89].

3. Біполярний афективний розлад (Bipolar Disorder), який включає депресивні епізоди, що чергуються з маніакальними. Цей тип депресії відзначається сильними коливаннями настрою, від надмірно піднесеного

(манії) до глибокої депресії. Кей Редфілд Джеймісон, дослідниця та сама пацієнтка з біполярним розладом, у своїх книгах ("Неспокійний розум", 1995) висвітлила не лише клінічні, але й особисті аспекти цього розладу, наголошуючи на важливості своєчасного лікування [64].

4. Сезонний афективний розлад (Seasonal Affective Disorder, SAD). Це форма депресії, яка виникає у певні періоди року, найчастіше восени або взимку, коли зменшується кількість сонячного світла. Норман Розенталь виявив цей розлад і провів низку досліджень щодо лікування SAD за допомогою світлотерапії, яка є ефективною для багатьох пацієнтів [59].

5. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) із депресивними симптомами. Військові дії та інші травматичні події можуть призвести до розвитку ПТСР, який часто супроводжується важкими депресивними симптомами. Бессель ван дер Колк, у своїх роботах (наприклад, "Тіло пам'ятає", 2014), підкреслював тісний зв'язок між травмою, депресією та соматичними розладами, акцентуючи увагу на необхідності комплексного підходу до лікування таких пацієнтів [56].

6. Атипова депресія. Ця форма депресії відрізняється від класичних проявів тим, що люди можуть переживати покращення настрою у відповідь на позитивні події, проте продовжують відчувати інші симптоми, такі як надмірний сон, підвищений апетит і відчуття важкості у кінцівках. Мартін Селлігман, відомий дослідник психології депресії, у своїх роботах аналізував специфіку атипової депресії та її лікування, зокрема, за допомогою антидепресантів і когнітивно-поведінкової. Незважаючи на значний науковий прогрес у вивченні депресії, ця проблема залишається актуальною. В умовах військових дій в Україні відбувається значне підвищення рівня депресивних розладів серед цивільного населення та військових. Окрім класичних симптомів, на передній план виходять психосоматичні прояви, що робить необхідним подальше дослідження специфіки депресивних розладів у таких умовах. Використання сучасних психодіагностичних методик та інструментів для оцінки психосоматичних симптомів дозволить краще зрозуміти

взаємозв'язок між психічними та фізичними аспектами депресії та підвищити ефективність лікування постраждалих.

Щоб ще глибше розкрити тему, розглянемо класифікацію депресивних розладів у контексті їхнього розвитку та діагностичних інструментів, використовуваних у сучасній психіатрії, та продовжимо аналіз сучасних науковців, які внесли вклад у дослідження цієї проблеми.

Депресивні розлади: сучасні підходи та інструменти діагностики

Значний внесок у розвиток діагностики депресії зробила Американська психіатрична асоціація, що створила DSM-5 (Діагностично-статистичний посібник психічних розладів), який вважається одним із головних інструментів у сучасній діагностиці психічних захворювань. Цей посібник описує депресивні розлади через низку основних критеріїв, серед яких пригнічений настрій, втрата інтересу або задоволення, порушення сну, втома, думки про смерть або суїцид та інші симптоми, які мають тривати щонайменше два тижні. DSM-5 також враховує супутні симптоми, як-от тривога або соматичні прояви, які часто супроводжують депресію [14].

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11), яка використовується в більшості країн світу, включаючи Україну, також містить детальну класифікацію депресивних розладів. МКХ-11 класифікує депресію за ступенем тяжкості на легку, помірну та важку, що допомагає фахівцям вибирати відповідні методи терапії для кожного пацієнта. У межах МКХ-11 виділяються депресивні епізоди, рекурентні депресивні розлади, а також спеціальні категорії, такі як депресія, пов'язана з ПТСР, що є особливо актуальним у контексті військових дій [40].

Наукові дослідження депресивних розладів в Україні мають довгу історію, і українські вчені зробили значний внесок у розуміння цієї проблеми в контексті національної психіатрії та психології. Олена Трунова та Наталія Скрипник вивчали депресивні розлади у ветеранів війни, аналізуючи їхній вплив на соціальне та психічне здоров'я. Їхні роботи акцентували увагу на необхідності інтеграції психосоціальної підтримки з медикаментозним

лікуванням для людей, які страждають від депресії на тлі травматичних переживань.

Орос М. досліджував коморбідність депресії та соматичних захворювань серед пацієнтів, що постраждали внаслідок бойових дій, звертаючи увагу на поширення депресивних симптомів серед військових та цивільного населення. Його праці акцентують увагу на важливості комплексного підходу до діагностики депресії, враховуючи не лише психічні, але й соматичні аспекти захворювання, що дозволяє розробляти індивідуалізовані підходи до терапії[26].

Дослідження взаємозв'язку депресії з психосоматичними порушеннями залишається актуальним, особливо у зв'язку з війною в Україні. Психосоматичні порушення, зокрема, порушення роботи серцево-судинної, шлунково-кишкової та дихальної систем, часто є наслідком хронічного стресу та депресивних розладів. Дослідники, такі як Ханс Сельє, наголошували на тому, що тривалий стрес і депресія можуть призводити до порушень фізичного здоров'я через механізми стресової реакції організму. [24].

В умовах війни, депресивні стани супроводжуються додатковими факторами стресу, такими як втрата близьких, переселення, руйнування соціальної інфраструктури, що значно погіршує психосоматичні прояви у людей, які зазнали впливу бойових дій. Це робить дослідження депресії та її взаємозв'язку з соматичними розладами актуальним не лише для медичної науки, але й для суспільства загалом.

Таким чином, депресія є складним психічним розладом, що має безліч форм і проявів, які класифікуються залежно від інтенсивності, тривалості та наявності супутніх симптомів. Дослідження депресивних розладів вимагає комплексного підходу, що включає використання міжнародних діагностичних інструментів (DSM-5, МКХ-11), психодіагностичних методик, а також урахування специфічних факторів, пов'язаних із воєнними діями. І хоча значна кількість науковців уже зробила вагомий внесок у розуміння депресії,

подальші дослідження, зокрема в українському контексті, залишаються актуальними.

1.2. Психосоматичні порушення: визначення та класифікація

Термін «психосоматичні порушення» (від грец. «психе» – душа і «сома» – тіло) використовується для позначення станів, за яких психічні фактори, такі як стрес, тривога або депресія, суттєво впливають на фізичний стан людини. Психосоматичні захворювання проявляються фізичними симптомами без очевидної органічної причини, що є наслідком психологічних процесів або конфліктів. Ось вже багато років такі вчені, як Франц Александер та Зигмунд Фрейд, підкреслювали важливість взаємозв'язку між психічним і фізичним станом людини. Фрейд розробив теорію, згідно з якою психічні конфлікти можуть проявлятися у вигляді тілесних симптомів. Александер, у свою чергу, вивчав зв'язок між емоціями та розвитком соматичних захворювань, зокрема в контексті «класичних» психосоматичних захворювань, таких як виразка шлунка або бронхіальна астма [43].

Класифікація психосоматичних порушень. У сучасній медицині та психології психосоматичні розлади поділяють на кілька категорій залежно від характеру їх проявів та причин:

1. Класичні психосоматичні захворювання. До цієї групи належать захворювання, чий розвиток безпосередньо пов'язаний із хронічними емоційними стресами або конфліктами. Серед них такі розлади, як:

- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки,
- бронхіальна астма,
- артеріальна гіпертензія,
- мігрень,
- дерматологічні захворювання (екзема, псоріаз).

Ці захворювання відносять до так званої «святої сімки» психосоматичних хвороб, про які вперше заговорив Франц Александер. Він

довів, що хронічний стрес, нерозв'язані внутрішні конфлікти та емоційні напруження можуть стати основними тригерами для виникнення фізичних захворювань. У своїй книзі "Психосоматична медицина" (1950), Александер описав механізми розвитку цих захворювань на основі емоційних і психологічних факторів [69].

2. Психосоматичні функціональні порушення. Ці порушення виявляються через функціональні розлади окремих систем організму без наявності структурних змін. Це може бути:

- синдром подразненого кишечника,
- функціональні порушення серцево-судинної системи (наприклад, кардіоневроз),
- функціональні розлади дихальної системи (дисфункціональне дихання).

Ханс Сельє, розробник теорії стресу, був одним із перших, хто показав, що тривалий стрес може призводити до функціональних розладів організму, які можуть мати як тимчасовий, так і тривалий характер. Його роботи стали основою для досліджень впливу хронічного стресу на організм [24].

3. Психосоматичні розлади адаптації. Ця група включає розлади, які виникають унаслідок нездатності організму адаптуватися до різних стресових факторів, таких як:

- переїзди,
- втрата близької людини,
- робота в умовах екстремальних психологічних навантажень.

Такі стани зазвичай пов'язані з переживанням сильного емоційного стресу та можуть проявлятися в соматичних симптомах, як-от порушення сну, хронічна втома, болі в грудях або шлунку. Клод Бернар вивчав реакцію організму на стресові фактори, стверджуючи, що стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз) є критичною для нормальної функціональності організму, а її порушення через психологічні фактори може призводити до соматичних проявів [22].

4. Психогенні соматичні захворювання. У цю категорію входять захворювання, при яких основною причиною є психологічні фактори, а соматичні симптоми є лише проявами психічних порушень. Це може включати:

- психогенні болі в спині,
- головні болі, що не мають фізіологічних підстав,
- хронічні болі без очевидних органічних причин.

Дослідження Джона Сарно, відомого фахівця з психосоматичної медицини, показали, що такі захворювання, як хронічні болі в спині, можуть мати психологічне походження, викликане емоційними травмами та стресом. Він розробив концепцію психогенного болю, який виникає в результаті конфлікту між свідомістю та підсвідомістю людини [20].

У контексті військових дій, таких як війна в Україні, психосоматичні порушення стають дедалі поширенішими серед населення. Люди, які зазнали значного емоційного стресу через втрати, насилля, руйнування житла або переселення, часто стикаються з фізичними симптомами, які не мають органічної природи, але є наслідком їхнього психічного стану. Це робить психосоматичні порушення важливим об'єктом вивчення, адже лише через комплексний підхід до психотерапії можна досягти значного покращення стану таких пацієнтів.

Проблема психосоматичних розладів залишається актуальною в умовах війни, оскільки фізичні прояви стресу та депресії можуть значно погіршувати якість життя людини та потребують окремої уваги під час діагностики та лікування.

Для того, щоб глибше розкрити тему психосоматичних порушень, опишемо взаємозв'язок цих захворювань із депресивними станами та впливом соціальних і психологічних чинників.

Психосоматичні порушення є одним із найяскравіших прикладів того, як психологічні проблеми можуть впливати на фізичне здоров'я людини. Вони виникають у результаті тривалих і невирішених стресових ситуацій,

депресивних станів, тривожності або інших психічних розладів. Важливо розуміти, що психосоматичні захворювання не є вигаданими або "фальшивими"; їхні симптоми реальні, проте їхньою причиною є психологічні фактори.

Одним із ключових механізмів, через який психічні стани можуть впливати на фізичне здоров'я, є гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГН-вісь). Дослідження, проведені Гансом Сельє, показали, що тривалий стрес стимулює вироблення кортизолу та інших гормонів стресу, що, своєю чергою, викликає зміни у функціонуванні різних систем організму. Ці зміни можуть призводити до розвитку соматичних симптомів і захворювань, таких як підвищений артеріальний тиск, розлади травлення або ослаблення імунної системи [24]. Сельє вказував, що організм людини в умовах постійного стресу переживає стадії тривоги, опору та виснаження, і саме на стадії виснаження можуть виникати серйозні психосоматичні порушення.

Психосоматичні симптоми в контексті депресії також є важливою темою для дослідження. Депресивні стани часто супроводжуються фізичними симптомами, такими як хронічна втома, порушення сну, зміни апетиту, головні болі, м'язова слабкість та болі. Аарон Бек у своїй когнітивній моделі депресії показав, що пацієнти з депресією часто мають викривлені переконання щодо свого здоров'я, що може посилювати відчуття фізичної хвороби. Ця взаємодія депресивних когніцій та соматичних симптомів є центральною для розуміння психосоматичних захворювань [33].

Крім того, дослідження Марти Снедекер підтверджують, що пацієнти, які страждають від депресії та тривожних розладів, частіше повідомляють про наявність фізичних симптомів, таких як болі в спині або животі, в порівнянні з тими, хто не має психічних розладів. Снедекер наголошувала, що взаємозв'язок між депресією та психосоматичними симптомами може бути циклічним: депресія викликає фізичні симптоми, а ці симптоми, своєю чергою, підсилюють депресивний стан, що створює замкнене коло [20].

Соціальні фактори також відіграють важливу роль у розвитку психосоматичних порушень. Війна, переселення, втрати близьких, фінансові труднощі та нестабільність є потужними стресорами, які можуть значно впливати на психологічний та фізичний стан людини. Джон Болбі у своїй теорії прив'язаності підкреслював, що втрата або загроза втрати близьких може бути сильним психологічним стресором, що може спричинити розвиток депресивних станів та соматичних симптомів. Його дослідження показали, що емоційні травми, зокрема втрата соціальної підтримки, можуть викликати фізичні симптоми, такі як болі, втома та порушення роботи організму.

Дослідження в контексті військових дій показують, що психосоматичні розлади є поширеними серед тих, хто пережив травматичні події, включаючи солдатів та цивільних осіб. Борисенко, Корват, Орос досліджували вплив війни на психосоматичні прояви серед цивільного населення України, показуючи, що такі симптоми, як хронічні головні болі, проблеми з серцево-судинною системою та порушення сну, є поширеними серед людей, які постраждали від війни. Їхні роботи підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування, який включає психологічну підтримку та медикаментозну терапію для зменшення психосоматичних симптомів [5, 26].

Актуальність вивчення психосоматичних порушень в умовах військових дій особливо велика через зростання кількості людей, які зазнають емоційного та фізичного стресу. Війна в Україні призвела до того, що тисячі людей стикаються з довготривалим стресом, травматичними переживаннями, переселенням та втратою соціальних зв'язків. Ці фактори значно підвищують ризик розвитку психосоматичних розладів. Особливо уразливими є люди, які вже мають депресивні або тривожні розлади, оскільки їхній психічний стан значно посилює схильність до соматичних проявів стресу.

Науковці продовжують досліджувати специфічні прояви психосоматичних порушень у контексті війни, намагаючись розробити ефективні методи діагностики та лікування для тих, хто постраждав від цих захворювань. Використання сучасних методик психодіагностики, зокрема

адаптованих для українських умов, дозволяє не лише виявляти взаємозв'язок між психічними та фізичними симптомами, але й розробляти персоналізовані стратегії лікування для кожного пацієнта.

Психосоматичні порушення є складним явищем, яке знаходиться на перетині фізичного та психічного здоров'я. Їхнє вивчення потребує комплексного підходу, що враховує як біологічні, так і психологічні чинники. В умовах військових дій дослідження психосоматичних розладів набуває особливої актуальності, оскільки війна створює додаткові стресори, що впливають як на психіку, так і на фізичний стан людини.

1.3. Вплив стресу та війни на психічне та соматичне здоров'я

Стрес та військові дії мають глибокий вплив на психічне та соматичне здоров'я людини. Результати численних міжнародних і українських досліджень підтверджують, що тривалий вплив військових конфліктів може призводити до серйозних психічних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні розлади та психосоматичні порушення.

Вплив стресу на психічне здоров'я досліджували численні міжнародні науковці, особливо після таких конфліктів, як війни у В'єтнамі, Іраку та Афганістані. Бессель ван дер Колк, один із провідних фахівців з ПТСР, у своїй праці "Тіло пам'ятає" (2014) описав, як психічні травми, отримані під час війни, можуть впливати на тіло, викликаючи соматичні симптоми. Ван дер Колк зазначив, що люди, які зазнали війни, часто страждають на хронічні болі, порушення сну, розлади травлення, які не мають очевидних фізіологічних причин. Він пояснює це тим, що травматичні спогади, що зберігаються в мозку, продовжують впливати на нервову систему, навіть після закінчення війни [86].

Дослідження, проведене Ларсом Вейсауом на основі ветеранів В'єтнамської війни, показало, що більше 30% ветеранів мали ПТСР, а також

значний рівень соматичних скарг, таких як мігрень, гіпертонія та серцево-судинні захворювання. Вейсау акцентує на тому, що хронічний стрес, спричинений участю у бойових діях, впливає на автономну нервову систему, що в свою чергу підвищує ризик соматичних захворювань [33].

Інші дослідження, наприклад, проведені Гізелою Перес серед біженців з Сирії та Іраку, також підтверджують, що війна призводить до розвитку тривожних і депресивних розладів, які супроводжуються фізичними симптомами. У дослідженні Перес було показано, що понад 60% біженців страждають на психосоматичні симптоми, такі як постійні головні болі, болі в спині та шлунку, що є наслідками хронічного стресу [19].

Війна в Україні призвела до зростання кількості досліджень, спрямованих на вивчення впливу стресу військових дій на психічне та фізичне здоров'я українського населення. Вчені виявили, що понад 70% військовослужбовців та більше 50% переселенців страждають на симптоми депресії та тривожних розладів, причому ці психічні розлади супроводжуються соматичними симптомами, такими як проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні захворювання та хронічна втома [36].

Також важливі результати було отримано Шепелева А. у його дослідженні, що стосувалося ветеранів антитерористичної операції (АТО). Вивчаючи психосоматичні прояви серед військових, він виявив, що близько 40% ветеранів мали серйозні проблеми з серцево-судинною системою, гіпертензію, а також болі в спині та суглобах, що були спричинені постійним фізичним та психологічним навантаженням під час військових дій. Козяр також зазначив, що психосоматичні порушення можуть бути відображенням непропрацьованого психологічного стресу, що вимагає комплексного підходу до лікування [46].

Дослідження свідчать, що серед цивільного населення, яке постраждало від війни, поширеність тривожних і депресивних розладів становить близько 90%, і ці розлади також супроводжуються соматичними симптомами, такими

як болі в животі, головні болі, та хронічна втома. Вона підкреслює, що люди, які втратили житло або були змушені покинути свої домівки, мають підвищений рівень депресії, яка виявляється через соматичні скарги [44].

Однією з центральних концепцій у вивченні впливу стресу на фізичне здоров'я є теорія стресу, запропонована Гансом Сельє. Він стверджував, що організм реагує на тривалий стрес за допомогою трьох основних стадій: стадії тривоги, стадії опору та стадії виснаження. На останній стадії організм більше не може ефективно протистояти стресу, що призводить до виникнення соматичних захворювань, таких як серцево-судинні розлади, гастрит, виразка шлунка та порушення імунної системи. Сельє також підкреслив, що вплив тривалого стресу може спричинити системні зміни в організмі, що робить його вразливим до хронічних хвороб [33].

Важливо зазначити і такі аспекти впливу стресу на соматичне здоров'я, як те, що пов'язують різні види стресу, зокрема гострий і хронічний, із розвитком психосоматичних порушень. Окрім того, варто глибше розглянути механізми, які пояснюють взаємозв'язок між психічними травмами та фізичним здоров'ям, із наголосом на специфічних дослідженнях, що стосуються війни.

Важливим елементом, який пояснює розвиток психосоматичних порушень унаслідок війни, є модель психонейроімуннології, яка розглядає зв'язок між психологічними, нервовими та імунними системами. Дослідження Роберта Адерта і Ніколаса Коена, засновників психонейроімуннології, показують, що стресові події активують гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (ГГН-вісь) та симпатичну нервову систему, що призводить до викиду стресових гормонів, таких як кортизол та адреналін. Ці гормони мають потужний вплив на організм, змінюючи імунну відповідь, знижуючи здатність організму протистояти інфекціям та сприяючи розвитку хронічних захворювань, зокрема, серцево-судинних розладів та аутоімунних захворювань [52].

У випадку людей, які перебували в умовах війни, ці фізіологічні зміни можуть посилюватися постійним переживанням тривоги та страху. Гізела Перес, у своєму дослідженні впливу війни на біженців із Сирії, виявила, що тривалі періоди підвищеної тривоги та стресу, характерні для життя у зоні конфлікту, призводять до хронічного збільшення рівня кортизолу, що спричиняє гіпертонію, проблеми з травленням, хронічну втому та ослаблення імунної системи. Це дослідження підтверджує, що війна не лише безпосередньо впливає на психіку, але також залишає довгострокові наслідки на фізичне здоров'я.

Одним із найбільш поширених соматичних наслідків тривалого стресу є розвиток серцево-судинних захворювань. Дослідження Діна Орніша показують, що стрес є одним із ключових факторів ризику для розвитку гіпертонії, ішемічної хвороби серця та інфаркту. Орніш розробив модель "інтегративного підходу", яка поєднує психологічну підтримку, зміну способу життя та медичне лікування для зниження рівня стресу у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Його дослідження підтверджують, що зниження стресу значно покращує фізичний стан хворих, зменшуючи ризик повторного інфаркту [20].

Ці результати мають важливе значення для людей, які пережили війну. За даними дослідження Максименко С. серед ветеранів війни на Донбасі, рівень серцево-судинних захворювань серед учасників бойових дій значно вищий порівняно з цивільним населенням. Максименко зазначав, що понад 30% ветеранів мають ознаки гіпертонії або серцевої недостатності, що пов'язано з хронічним стресом під час і після військових дій. Він зазначив, що цей вплив має двофазну природу: під час військових дій стресова реакція організму може підтримувати життєдіяльність у небезпечних ситуаціях, однак після закінчення бойових дій вона призводить до виснаження та порушень у роботі серцево-судинної системи [20].

Окрім військових, вплив війни на психічне та соматичне здоров'я значною мірою зачіпає й цивільне населення, особливо тих, хто був

вимушений переселитися через конфлікти. Дослідження, проведене Орос М.у співпраці з українськими та міжнародними фахівцями, показало, що серед вимушених переселенців із зони бойових дій в Україні рівень депресії та тривожних розладів є надзвичайно високим — близько 60% людей мають ті чи інші ознаки психічних порушень. У той же час, понад 40% респондентів повідомляли про фізичні скарги, такі як головні болі, болі в спині, порушення сну та проблеми з шлунково-кишковим трактом. Ці симптоми не завжди мають органічні причини, проте є наслідком хронічного стресу та пережитих психічних травм [26].

У дослідженні Перетятко Л, яке проводилося серед переселенців у західних областях України, було встановлено, що постійний емоційний та соціальний стрес, викликаний втратою дому, фінансовими труднощами та нестабільністю, значно підвищує ризик розвитку психосоматичних захворювань. Перетятко Л. акцентує на тому, що соціальні умови відіграють важливу роль у формуванні стресових реакцій, а недостатня соціальна підтримка та складні умови життя часто спричиняють погіршення як психічного, так і фізичного здоров'я [30].

Особливо уразливою групою є діти, які переживають війну та вимушене переселення. Дослідження, проведене Сохор Н, Ясній О, Смашна О, Гашімова Н., показало, що діти, які були свідками бойових дій або перебували в зоні конфлікту, мають значно вищий рівень психосоматичних симптомів порівняно з дітьми, які не зазнали впливу війни. У дослідженні було показано, що такі діти часто страждають від нічних кошмарів, порушень сну, болів у животі, головних болів і тривожності. Борисенко вказує на те, що дитяча психіка є особливо вразливою до стресових факторів, а фізичні симптоми часто є способом, у який діти виражають свої емоційні травми [36].

Війна та тривалий стрес мають суттєвий і багатогранний вплив на психічне та фізичне здоров'я людини. Міжнародні та українські дослідження підтверджують, що пережиті травми та хронічний стрес призводять до розвитку серйозних психосоматичних розладів, таких як серцево-судинні

захворювання, порушення травлення, хронічний біль та інші симптоми, що не мають органічних причин. Ці проблеми потребують особливої уваги з боку фахівців, адже їх вивчення та розробка стратегій допомоги людям, які постраждали від війни, є важливими для збереження як психічного, так і фізичного здоров'я населення.

1.4 Взаємозв'язок депресії та психосоматичних порушень

Депресія та психосоматичні порушення не лише взаємопов'язані, але часто формують складні циклічні процеси, в яких психічний та фізичний стани впливають один на одного, погіршуючи загальний стан людини. Депресивні стани можуть проявлятися через соматичні симптоми, тоді як наявність хронічних соматичних захворювань підвищує ризик розвитку депресії. Розуміння цього взаємозв'язку має велике значення для розробки ефективних терапевтичних підходів до лікування депресії та психосоматичних порушень, особливо в умовах тривалого стресу, спричиненого військовими діями.

Депресія та психосоматичні порушення є взаємопов'язаними явищами, що впливають одне на одного та мають спільні механізми розвитку. Взаємозв'язок між психічними станами та соматичними захворюваннями був предметом численних досліджень протягом десятиліть, починаючи від класичних робіт до сучасних досліджень у сфері психосоматики та психонейроімунології.[87]

Одним із основних механізмів, що пояснює взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями, є порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН-осі). Під час депресії в організмі людини відбуваються зміни в роботі цієї системи, що відповідає за регуляцію стресової реакції та викид гормонів стресу, зокрема кортизолу. Хронічне підвищення рівня кортизолу у пацієнтів із депресією сприяє розвитку соматичних захворювань, таких як гіпертонія, виразкова хвороба шлунка та серцево-судинні порушення .

Бессель ван дер Колк у своїй праці "Тіло пам'ятає" також вказує на те, що тривалі депресивні стани можуть призводити до збоїв у роботі вегетативної нервової системи, що у свою чергу провокує соматичні симптоми. Він підкреслює, що пацієнти з депресією часто мають психосоматичні розлади, які виражаються через хронічний біль, розлади травлення, порушення сну та зниження імунної відповіді організму [16].

Дослідження, проведені Хаустова Е.А., Авраменко О.М. , показали, що депресивні стани тісно пов'язані з психосоматичними симптомами. У своїй когнітивній теорії депресії вони описують, як негативні переконання та когнітивні викривлення у пацієнтів із депресією можуть спричиняти та підтримувати соматичні симптоми. Наприклад, пацієнти, які переживають депресію, можуть переконувати себе у наявності фізичних хвороб (так звана соматизація), хоча насправді фізичні симптоми мають психогенну природу [43]. Ці пацієнти часто звертаються до лікарів із скаргами на болі, втому або інші симптоми, проте традиційні медичні обстеження не виявляють органічних причин їхнього стану.

У контексті військових дій, депресія може мати особливо сильний вплив на соматичне здоров'я. Дослідження Ларса Вейсауома серед ветеранів В'єтнамської війни показали, що понад 30% пацієнтів з ПТСР також мають соматичні розлади, пов'язані з депресією, такі як хронічні головні болі, серцево-судинні захворювання та порушення травлення. Вейсау підкреслює, що депресія підсилює соматичні прояви, збільшуючи їх інтенсивність та тривалість .

Українські науковці також вивчали взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями, особливо у контексті впливу війни. Олена Борисенко та Корват провели дослідження серед військовослужбовців та переселенців, що зазнали психічних травм внаслідок війни в Україні. Вони виявили, що більше 50% респондентів із симптомами депресії також скаржаться на соматичні симптоми, зокрема головні болі, порушення

травлення та болі в спині. Борисенко зазначає, що депресія значно погіршує фізичний стан цих пацієнтів і підсилює психосоматичні прояви стресу [5,10].

Красков О. у своїх роботах досліджував ветеранів війни на Донбасі та показав, що пацієнти, які страждають від депресії, також мають підвищений ризик розвитку хронічних серцево-судинних захворювань. Його дослідження підтверджують, що депресія впливає на фізичне здоров'я через хронічне підвищення рівня кортизолу та збої в роботі вегетативної нервової системи, що призводить до таких порушень, як артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця [17].

Важливо підкреслити, що депресія та психосоматичні розлади мають циклічний характер взаємодії. З одного боку, депресія може викликати або посилювати соматичні симптоми, з іншого боку, фізичні симптоми та хвороби можуть погіршувати психічний стан, провокуючи поглиблення депресивних станів. Хараджи М. В., Труніна Г. О. у своїх роботах відзначали, що пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, такими як фіброміалгія чи хронічна втома, мають значно вищий ризик розвитку депресії, що ще більше погіршує їхній фізичний стан. Цей взаємозв'язок створює замкнене коло, де психічний та фізичний стани взаємно посилюють одне одного, що ускладнює діагностику та лікування таких пацієнтів [41].

Дослідження Усенко К. Т. в Україні підтверджують ці висновки: пацієнти з депресією, які мають хронічні соматичні захворювання (серцево-судинні, шлунково-кишкові, опорно-рухові), повідомляють про більш важкі симптоми хвороби порівняно з тими, хто не має депресивних проявів. Це свідчить про те, що депресія суттєво посилює соматичні прояви захворювань і ускладнює їх лікування [39].

Одним із ключових проявів депресії є соматизація — процес, за якого психічні стани (депресія, тривога, стрес) виражаються через фізичні симптоми. Дослідження показали, що у пацієнтів із депресією спостерігаються часті скарги на фізичний біль, втому, головні болі, серцево-судинні проблеми, при цьому традиційні медичні обстеження не виявляють органічних причин

таких скарг . Це явище пояснюється тим, що депресія змінює роботу нервової та ендокринної систем, що призводить до порушень у роботі різних систем організму.

Депресія також значно впливає на роботу імунної системи. Дослідження Яна Шумакера та його колег виявили, що у пацієнтів із хронічною депресією спостерігається зниження активності імунної системи, що робить організм більш вразливим до інфекцій та аутоімунних захворювань. Це підтверджує теорію про те, що депресія не лише впливає на психологічний стан, але й послаблює фізичну здатність організму боротися з хворобами [2,7,8,12].

Депресивні стани, викликаючи дисбаланс у нервовій та ендокринній системах, порушують цей гомеостаз, що призводить до фізичних порушень. Дослідження показали, що хронічні психічні розлади спричиняють порушення вегетативної нервової системи, які проявляються через порушення роботи серцево-судинної, травної та інших систем організму [11].

У контексті військових дій депресія та психосоматичні порушення мають особливу актуальність, оскільки хронічний стрес, пов'язаний із військовими конфліктами, створює умови для розвитку обох цих явищ. Дослідження щодо психічних розладів унаслідок війни показали, що хронічні депресивні стани, які часто спостерігаються у військових та переселенців, супроводжуються значними соматичними порушеннями, такими як порушення сну, розлади травлення, серцево-судинні захворювання, що мають психогенне походження. Герман підкреслює, що військові дії створюють потужний стресовий фон, який сприяє як розвитку депресії, так і посиленню соматичних симптомів.

Українські дослідники, вивчали вплив війни на розвиток депресії та психосоматичних порушень серед українського населення. Серед військових, які брали участь у бойових діях на сході України, депресивні розлади значно корелюють із соматичними скаргами, зокрема на головний біль, болі у спині, проблеми з диханням і шлунково-кишковим трактом. Трунова наголошує, що

депресія посилює фізичний стан таких пацієнтів, ускладнюючи їхнє лікування, особливо в умовах тривалого стресу та соціальної ізоляції [32].

Взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями особливо яскраво проявляється у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який часто супроводжується депресією. За даними досліджень Річарда Брайанта, близько 50% людей із ПТСР мають також симптоми депресії, які сприяють розвитку соматичних розладів. Брайант стверджує, що пацієнти з ПТСР та депресією частіше скаржаться на хронічні болі, порушення травлення, серцеві захворювання, ніж ті, хто страждає лише на один із цих розладів [72].

Содолевська В. у своїх дослідженнях впливу війни на українське населення показала, що серед переселенців із зони бойових дій депресія та ПТСР мають значний вплив на розвиток психосоматичних симптомів. У її дослідженні було виявлено, що пацієнти з депресією та симптомами ПТСР часто мають фізичні скарги, такі як болі у спині, серцеві порушення, проблеми з диханням та хронічну втому. Содолевська В. зазначає, що психосоматичні прояви у таких пацієнтів посилюють їхнє депресивне становище, створюючи замкнене коло між психічними та фізичними розладами [35].

Депресія значно впливає на якість життя пацієнтів, які страждають на хронічні соматичні захворювання. Дослідження Мартіна Селлігмана щодо вивчення зв'язку між депресією та фізичним здоров'ям показали, що пацієнти з хронічними хворобами, які також мають симптоми депресії, мають значно гірші результати лікування та менш успішну реабілітацію. Селлігман наголошує на тому, що депресивні стани знижують мотивацію пацієнтів до лікування, посилюють фізичні страждання та погіршують прогноз захворювань.

В українському контексті дослідження Хаустова Е.А., Авраменко О.М. також показали, що серед пацієнтів із хронічними серцево-судинними захворюваннями депресія є значним фактором, що погіршує ефективність лікування. Хаустова Е.А., Авраменко О.М. виявили, що пацієнти з

депресивними станами частіше відмовляються від лікування, не дотримуються рекомендацій лікарів і мають гірші результати після операцій або медикаментозної терапії. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до лікування таких пацієнтів, що включає психотерапію та медикаментозну підтримку для зменшення депресивних проявів та покращення фізичного стану [43].

Взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями є складним і багатофакторним процесом, який потребує уважного дослідження та врахування при лікуванні пацієнтів. Депресія не лише сприяє розвитку соматичних розладів, але й погіршує їхні прояви, створюючи взаєм. Взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями залишається важливою темою досліджень у галузі психології та медицини. Він характеризується складними біопсихосоціальними механізмами, що впливають як на фізичний, так і на психічний стан людини. Депресивні стани часто супроводжуються численними соматичними скаргами, які не мають органічної основи, а психосоматичні захворювання, у свою чергу, можуть призводити до розвитку або поглиблення депресивних симптомів.

Одним із найпоширеніших проявів депресії є фізичний дискомфорт, що включає хронічний біль, втому, головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту та серцево-судинні проблеми. За даними досліджень Giordano, С., Ambrosiano, I., Graffeo, M. T., Di Caro, A., & Gullo, S, депресія може збільшувати ризик розвитку соматичних захворювань за рахунок зниження здатності організму боротися з інфекціями та стресом. Вони виявили, що пацієнти з депресією мають більший ризик розвитку хронічних захворювань, таких як діабет, ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія, через порушення функціонування вегетативної та ендокринної систем [64].

Згідно з дослідженням Шепелева А., у пацієнтів із депресією спостерігається високий рівень соматизації – процесу, за якого психічні розлади знаходять своє вираження у фізичних симптомах. Він зазначає, що хронічна депресія сприяє виникненню соматичних скарг навіть без наявності

видимих органічних патологій. Це підтверджується численними дослідженнями, які показують, що пацієнти з депресією мають вищі показники соматичних симптомів, таких як болі в животі, головні болі та м'язові болі, ніж пацієнти без депресивних розладів [46].

Не менш важливим є зворотний зв'язок, коли наявність хронічних фізичних захворювань може призводити до розвитку або загострення депресії. Пацієнти з такими захворюваннями, як рак, діабет, серцево-судинні розлади або хронічні болі, часто стикаються з депресією через постійний фізичний дискомфорт, обмеження активності та втрату якості життя. Дослідження Харченко Д.М. показали, що до 40% пацієнтів із хронічними захворюваннями також страждають на депресію, що ускладнює їхнє лікування та реабілітацію[42].

У дослідженні Тюріна В.О., Солохіна Л.О. присвяченому взаємозв'язку між депресією та фізичними захворюваннями, було виявлено, що депресія значно збільшує ризик рецидивів і загострення хронічних захворювань. Наприклад, пацієнти з ішемічною хворобою серця, які також мають симптоми депресії, мають значно більший ризик повторного інфаркту або серцевої недостатності. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. зазначають, що депресія може впливати на імунну систему та ендокринні функції, що підвищує ризик виникнення ускладнень фізичних захворювань [41].

Психосоматичні розлади виникають унаслідок впливу психологічних факторів на фізичне здоров'я, і депресія є одним із головних тригерів таких порушень. Ганс Сельє, розробник концепції стресу, стверджував, що тривале емоційне напруження (депресія або тривога) може призводити до виснаження захисних механізмів організму та порушень у роботі внутрішніх органів. За його даними, під час хронічного стресу організм переживає три стадії: тривогу, адаптацію та виснаження. На стадії виснаження в людини можуть розвиватися соматичні порушення, такі як виразка шлунка, артеріальна гіпертензія та серцево-судинні захворювання [17].

Дослідження, проведене Ширлі Саймонс, підтверджує, що депресія є потужним фактором ризику для розвитку психосоматичних розладів. Її робота показала, що пацієнти з депресією часто мають соматичні симптоми, такі як болі в спині, головні болі та порушення сну, навіть за відсутності явних фізіологічних проблем. Саймонс зазначає, що взаємозв'язок між депресією та соматичними порушеннями є двостороннім: депресія викликає фізичні симптоми, а наявність фізичних захворювань підсилює депресивний стан [85].

Особливо важливим цей взаємозв'язок є в контексті військових конфліктів, де люди часто стикаються з тривалими періодами стресу та депресії. Дослідження Кузьменко Ю проведене серед ветеранів В'єтнамської війни, показало, що понад 30% ветеранів страждали на ПТСР, депресію та психосоматичні розлади. Кузьменко Ю встановлено, що депресія в цих пацієнтів значно збільшує кількість соматичних скарг, зокрема на серцево-судинні захворювання, хронічні болі та шлунково-кишкові розлади [18].

Олена Лазорко, Шевцова Т. досліджували вплив військових дій в Україні на депресію та соматичні розлади серед українських військових та цивільного населення. Їхні дослідження показали, що серед ветеранів та переселенців рівень депресії та соматичних скарг був надзвичайно високим: понад 50% респондентів скаржилися на хронічні головні болі, болі в суглобах, порушення сну та травлення. Лазорко О., Шевцова Т. підкреслюють, що депресія та стрес, спричинені війною, є важливими факторами, що підсилюють соматичні симптоми та погіршують фізичний стан пацієнтів [19].

Комплексний підхід до лікування пацієнтів із депресією та психосоматичними порушеннями передбачає поєднання психотерапевтичних та медичних втручань. Аарон Бек, засновник когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), довів ефективність психотерапії у зменшенні симптомів депресії та пов'язаних із нею соматичних скарг. Він наголошував, що змінюючи негативні когнітивні установки пацієнтів, можна суттєво зменшити фізичні симптоми, які супроводжують депресію [81].

Українські дослідники, зокрема Бурчинський С.Г., також підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування. У своїх роботах вона зазначає, що пацієнти з депресією та хронічними соматичними захворюваннями потребують як психотерапевтичної, так і медикаментозної підтримки. Вона рекомендує поєднання антидепресантів із психотерапією для досягнення кращих результатів у лікуванні таких пацієнтів [8].

Взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями є складним процесом, який впливає на різні аспекти фізичного та психічного здоров'я. Депресія може не лише сприяти розвитку фізичних симптомів, але й погіршувати їх, ускладнюючи процес лікування. Навпаки, хронічні фізичні захворювання можуть посилювати депресивні прояви, що створює замкнене коло. Цей взаємозв'язок вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування, який враховує як психологічні, так і соматичні аспекти стану пацієнтів. Міжнародні та українські дослідження підтверджують, що депресія є важливим фактором розвитку та погіршення соматичних захворювань. Пацієнти, які страждають на депресію, мають значно вищий ризик розвитку соматичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання, порушення травлення та хронічний біль. Навпаки, хронічні фізичні захворювання можуть поглиблювати депресію, створюючи циклічну динаміку, що ускладнює одужання.

Висновок до першого розділу

У першому розділі було розглянуто ключові теоретичні аспекти проблеми взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень під час війни. Аналіз наукової літератури та існуючих досліджень дав можливість глибше зрозуміти як депресивні розлади впливають на фізичне здоров'я людини, особливо в умовах тривалого стресу та травматичних подій.

У першому пункті було визначено основні поняття, пов'язані з депресією. Депресія розглядається як комплексний психічний розлад, що

включає когнітивні, емоційні та соматичні симптоми. Класифікація депресивних розладів дозволяє виділити різні їх форми — від легких до важких депресивних станів, таких як великий депресивний розлад, дистимія та інші. Результати огляду наукової літератури показали, що депресія має значний вплив на психологічний стан і суттєво погіршує якість життя пацієнтів, особливо в умовах війни.

Психосоматичні порушення є фізичними симптомами, що виникають унаслідок психологічних розладів. У цьому пункті було розглянуто основні типи психосоматичних розладів, включаючи болі в суглобах, головні болі, порушення сну, травлення та хронічну втому. Було підкреслено, що ці симптоми не мають органічної природи, але пов'язані з тривалим стресом та емоційним виснаженням. Літературний огляд підтвердив, що в умовах військових конфліктів психосоматичні розлади є частими супутниками депресії.

У третьому пункті було проаналізовано вплив стресових факторів, пов'язаних із війною, на психічний та фізичний стан людини. Війна є сильним стресогенним чинником, який призводить до значних змін у психіці та фізичному здоров'ї. Виявлено, що хронічний стрес, спричинений військовими діями, втратами або переселенням, є потужним тригером для розвитку депресії та психосоматичних розладів. Міжнародні та українські дослідження підтвердили, що люди, які перебувають у зоні конфліктів або зазнали втрат, мають високий рівень депресивних симптомів і схильні до психосоматичних скарг.

Аналіз літератури свідчить про тісний взаємозв'язок між депресією та психосоматичними симптомами. Депресія може призводити до появи фізичних симптомів, таких як хронічні болі, головні болі, порушення сну та травлення. Навпаки, фізичні симптоми, які виникають на тлі депресії, можуть поглиблювати психічні розлади. Огляд показав, що психосоматичні порушення часто є першими проявами депресії, особливо в умовах хронічного стресу.

У розділі було проаналізовано сучасні підходи до розуміння депресивних розладів та їхнього впливу на фізичний стан людини. Депресія є складним розладом, який впливає не лише на психічне, але й на фізичне здоров'я. Психосоматичні порушення, що виникають через депресію, мають значний вплив на якість життя пацієнтів і можуть бути погіршені тривалим стресом, особливо в умовах війни. Результати аналізу підтверджують необхідність комплексного підходу до лікування депресії та психосоматичних порушень, враховуючи психологічні, соціальні та медичні аспекти.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

2.1 Методи діагностики депресії та психосоматичних порушень

Для проведення дослідження було розроблено опитування, щоб встановити статуси респондентів, з'ясувати відповіді на питання важливі для кореляційного аналізу, питання розміщено в Googl – Forms. (Додаток А) Діагностика депресії та психосоматичних порушень потребує багаторівневого підходу, оскільки обидва ці стани можуть маскуватися під інші захворювання та мати різні прояви. У випадку психосоматичних розладів, особливо важливо не лише виявити наявність психічних симптомів, але й відрізнити їх від соматичних, які мають органічну природу. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність використання психодіагностичних інструментів, психометричних шкал, а також комплексного клінічного обстеження для точної ідентифікації проблем.

Сучасна діагностика психосоматичних порушень передбачає не тільки використання психодіагностичних тестів, але й залучення клінічних лікарів для виключення фізіологічних причин захворювань. Аарон Бек, який є одним із засновників когнітивно-поведінкової терапії, наголошував на важливості врахування когнітивних установок пацієнта під час діагностики депресії та соматичних розладів. Він стверджував, що негативні думки та самооцінка пацієнтів можуть впливати на їхню схильність до сприйняття фізичного болю та інших соматичних симптомів. Тому використання таких психодіагностичних шкал, як шкала депресії Бека, дозволяє враховувати ці когнітивні фактори.

Діагностика депресії та психосоматичних порушень є важливою складовою комплексного підходу до вивчення та лікування цих станів. Оскільки депресивні стани часто супроводжуються соматичними скаргами,

які не мають органічних причин, діагностика потребує використання як психологічних, так і медичних методів для точної ідентифікації симптомів та їхньої природи. У дослідженні взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень доцільно використовувати психодіагностичні методики, адаптовані до українських умов, які дозволяють оцінити рівень депресії, психосоматичних симптомів та їхній взаємозв'язок.

Психодіагностичні методики для оцінки депресії (Додаток Б).

1. Шкала депресії Бека (BDI-II). Це одна з найбільш широко використовуваних методик для діагностики депресивних розладів. Вона складається з 21 питання, які оцінюють різні аспекти депресивних симптомів, зокрема когнітивні, емоційні та соматичні прояви. Методика має адаптовану українську версію, що дозволяє її ефективно використовувати для діагностики депресії серед українських пацієнтів. Шкала депресії Бека виявляє ступінь вираженості депресії, що є важливим для подальшого вивчення її впливу на соматичні симптоми [25].

2. Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9): PHQ-9 є стандартним інструментом для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Він складається з 9 питань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів. Сума балів визначає рівень депресії від відсутності до важкої.

3. Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-15: цей опитувальник оцінює наявність та інтенсивність соматичних симптомів, що можуть бути пов'язані з психосоматичними розладами.

Опитувальник соматичної симптоматики (PHQ-15). Це адаптована українська версія опитувальника для оцінки наявності та інтенсивності соматичних симптомів. Методика складається з 15 питань, що стосуються різних фізичних симптомів, таких як болі в шлунку, головні болі, порушення сну, м'язові болі тощо. PHQ-15 дозволяє оцінити, наскільки сильно пацієнт переживає соматичні симптоми, і допомагає визначити, чи мають вони психосоматичний характер. Опитувальник є важливим інструментом для

діагностики пацієнтів із депресією, які скаржаться на фізичні симптоми, що можуть бути наслідком психічних порушень [40].

Для точнішого діагностування психосоматичних порушень доцільно використовувати інтегративний підхід, який включає як психодіагностичні методики, так і медичні обстеження. Цей підхід дозволяє відрізнити соматичні симптоми, що мають психогенну природу, від симптомів, що викликані органічними патологіями. Медичні обстеження, зокрема кардіограма, аналіз крові, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, можуть бути використані для виключення органічних причин соматичних скарг і підтвердження їхнього психосоматичного походження .

Діагностика депресії та психосоматичних порушень потребує комплексного підходу, який поєднує психологічні методи оцінки депресивних станів та діагностику фізичних симптомів. Використання адаптованих до українського контексту психодіагностичних методик, таких як шкала депресії Бека та опитувальник PHQ-15, дозволяє отримати чітке уявлення про рівень депресії та її вплив на фізичне здоров'я пацієнтів. Інтеграція медичних і психологічних підходів до діагностики допомагає ефективніше визначати психосоматичні порушення і розробляти оптимальні стратегії лікування.

Поєднання психодіагностичних тестів і медичних обстежень дозволяє створити більш повну картину стану пацієнта. Використання психодіагностичних шкал, таких як BDI-II та PHQ-15, PHQ-9, дозволяє виявити психічні фактори, що можуть впливати на фізичний стан пацієнта. У той час як медичні тести допомагають виключити або підтвердити наявність органічних патологій, що можуть бути результатом тривалого стресу або депресії.

Джудіт Бек наголошувала, що безсумнівно важливо враховувати суб'єктивний досвід пацієнта, зокрема його сприйняття фізичних симптомів. За її словами, пацієнти з депресією часто мають перекручене уявлення про своє здоров'я, що підвищує ймовірність появи соматичних скарг, навіть якщо органічні патології відсутні. Тому використання інтегративних діагностичних

підходів є важливим для точної ідентифікації депресії та психосоматичних порушень .

Ефективна діагностика депресії та психосоматичних порушень вимагає комплексного підходу, що включає як психодіагностичні інструменти, так і медичні тести. Використання таких методик, як шкала депресії Бека, PHQ-15 , PHQ-9 та інтегративного підходу, дозволяє не лише визначити рівень депресії, але й виявити психосоматичні симптоми, що можуть мати психогенне походження. Поєднання психологічних і медичних методів допомагає отримати повну картину стану пацієнта і розробити відповідну стратегію лікування.

2.2 Вибірка та опис респондентів дослідження

Для проведення дослідження взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями було обрано цивільне населення України, яке зазнало впливу військових дій. Основним критерієм для вибору респондентів є їхній досвід перебування в умовах тривалого стресу, спричиненого війною, втратами або переміщенням, а також наявність соматичних скарг, що не мають органічної основи. Вибірка була сформована з осіб, які є доступними для проведення дослідження в умовах мирних регіонів країни через соціальні мережі та онлайн-платформи використанням спеціалізованих груп у Facebook (спільноти), Telegram (студенти) та Viber для поширення анкети серед респондентів (групи для ВПО) для забезпечення наступних критеріїв:

1. Вік. У дослідженні брали участь особи віком від 18 до 65 років. Ця вікова категорія включає як молодих людей, які могли зазнати стресу через переселення, втрату домівки або близьких, так і осіб середнього та старшого віку, які можуть мати тривалий досвід перебування в умовах військових дій та відповідні психосоматичні порушення.

2. Соціальний статус. Вибірка включає різні соціальні групи:

переселенців, осіб, які втратили домівки або роботу, а також тих, хто зазнав серйозних емоційних та економічних втрат через війну. Соціальний статус респондентів є важливим чинником, що може впливати на рівень стресу та розвиток депресивних і психосоматичних симптомів.

3. Досвід впливу війни. До вибірки залучені особи, які безпосередньо постраждали від військових дій або перебували в зоні конфлікту. Це можуть бути люди, які стали свідками бойових дій, зазнали переміщення, втратили родичів або зазнали руйнування свого житла. Такий досвід є ключовим фактором, який може сприяти розвитку депресії та соматичних порушень.

4. Наявність психосоматичних скарг. У вибірку включені респонденти, які мають наявні фізичні симптоми, таких як головні болі, болі у спині, порушення травлення, хронічну втоми або інші соматичні скарги, що не мають органічних причин та які мали бажання прийняти участь в дослідженні. Ці симптоми є важливим критерієм для визначення психосоматичних порушень у контексті депресії.

5. Географічний розподіл. Респонденти проживають у різних регіонах України, що дає можливість оцінити рівень депресії та соматичних скарг серед людей, які перебувають як у безпосередній близькості до бойових дій, так і в відносно мирних зонах. Цей критерій дозволяє порівнювати вплив військових дій на різні категорії населення.

Опис респондентів

1. Переселенці. Значна частина вибірки складається з внутрішньо переміщених осіб, які змушені були покинути свої домівки через війну. Переселенці часто перебувають у стані хронічного стресу через втрату стабільності, житла та робочих місць, що може сприяти розвитку депресії та психосоматичних порушень.

2. Особи, що втратили близьких або зазнали фізичних втрат. Ця група респондентів зазнала серйозних емоційних травм, що пов'язані з втратою членів родини або друзів під час війни. Дослідження показують, що

така категорія людей є особливо вразливою до розвитку депресії та соматичних скарг, оскільки емоційна травма значно впливає на психічне і фізичне здоров'я.

3. Особи, що залишилися у своїх домівках, але зазнали впливу війни. У цю категорію входять респонденти, які не були переміщені, але пережили стрес через військові дії поблизу своїх домівок або через економічні та соціальні труднощі, пов'язані з війною. Вони також можуть мати депресивні симптоми та психосоматичні скарги, що виникли через тривалий стрес.

Кількість респондентів для проведення дослідження становить 48 осіб. Така кількість дозволила забезпечити достатню статистичну значимість результатів та врахувати різні категорії респондентів. Вибірка поділена на кілька груп за соціальним статусом, рівнем досвіду впливу війни та наявністю психосоматичних скарг, яку ми зібрали за допомогою анкетування.

Дані були зібрані протягом періоду з лютого 2024 року по вересень 2024 року за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик, таких як Шкала депресії Бека, PHQ-15, PHQ-9 для оцінки психосоматичних симптомів, а також спеціально розробленої анкети для збору інформації про досвід війни та соціальні умови життя. Опитування проводилося через особисті інтерв'ю та онлайн-опитування, що забезпечило доступ до різних категорій респондентів.

Цивільне населення, яке зазнало впливу війни, є вразливою групою, схильною до розвитку депресії та психосоматичних порушень. Описана вибірка респондентів дозволить дослідити специфічні взаємозв'язки між депресією та психосоматичними скаргами серед осіб, які перебувають у стані хронічного стресу. Така вибірка забезпечить репрезентативність результатів для цивільного населення України в умовах війни.

2.3 Програма емпіричного дослідження

Програма емпіричного дослідження розроблена для вивчення взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями серед

цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій в Україні. Основна мета дослідження – виявити, як депресивні стани впливають на розвиток психосоматичних симптомів у контексті хронічного стресу, спричиненого війною.

Метою емпіричного дослідження є вивчення взаємозв'язку між рівнем депресії та наявністю психосоматичних симптомів у цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій. Це дослідження допоможе краще зрозуміти, як депресія проявляється через фізичні симптоми і якою мірою ці симптоми можуть бути викликані психологічними факторами.

Завдання дослідження:

1. Оцінка рівня депресії у респондентів:
 - Використання Шкали депресії Бека (BDI) для визначення когнітивно-афективних та соматичних проявів депресії.
 - Застосування опитувальника PHQ-9 для скринінгу та оцінки тяжкості депресивних симптомів.
2. Виявлення та оцінка психосоматичних симптомів:
 - Використання опитувальника PHQ-15 для визначення наявності та інтенсивності соматичних симптомів, пов'язаних із психічним станом.
3. Аналіз впливу війни на психічний та фізичний стан респондентів:
 - Збір даних про досвід, пов'язаний із війною (втрата домівки, свідчення бойових дій, втрата близьких тощо).
 - Оцінка впливу цих факторів на рівень депресії та психосоматичних порушень.
4. Визначення соціально-демографічних факторів, що впливають на психічний та фізичний стан:
 - Аналіз впливу віку, статі, сімейного стану, рівня освіти та доходу на рівень депресії та психосоматичних симптомів.
5. Кореляційний аналіз взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями:
 - Визначення статистично значущих зв'язків між рівнем депресії та

інтенсивністю психосоматичних симптомів.

6. Розробка рекомендацій щодо психологічної підтримки:

- На основі отриманих даних розробити рекомендації для надання психологічної та медичної допомоги особам, які зазнали впливу війни.

Вибірка: 48 осіб віком від 18 до 65 років.

Етапи емпіричного дослідження:

Програма дослідження складається з таких етапів:

1. Підготовчий етап:

- розробка анкети та вибір психодіагностичних методик для дослідження.

- визначення вибірки респондентів, зокрема переселенців, людей, які перебували в зоні бойових дій, або тих, хто зазнав емоційних втрат через війну.

- отримання дозволу від респондентів на участь у дослідженні та збирання інформованої згоди.

2. Основний етап:

Проведення опитування респондентів за допомогою стандартизованих інструментів:

- Шкала депресії Бека (BDI-II) для оцінки рівня депресії.

- PHQ-15 для вимірювання наявності та інтенсивності психосоматичних симптомів.

- анкета для збору даних про соціально-економічний стан, умови життя та досвід впливу війни на респондентів.

3. Етап обробки та аналізу даних:

- збір та аналіз результатів за допомогою статистичних методів.

- кореляційний аналіз для визначення зв'язку між рівнем депресії та інтенсивністю психосоматичних симптомів.

- дисперсійний аналіз для порівняння психосоматичних симптомів серед різних груп респондентів (переселенці, особи, які зазнали фізичних або емоційних втрат).

4. Етап інтерпретації результатів:

- інтерпретація отриманих даних з урахуванням наявних теоретичних та емпіричних досліджень у сфері депресії та психосоматичних розладів.

- оцінка того, як соціальні фактори (переселення, втрата роботи, руйнування домівки) впливають на рівень депресії та психосоматичних симптомів.

5. Етап формулювання висновків і рекомендацій:

- на основі отриманих результатів будуть сформульовані рекомендації для медичних і психологічних працівників щодо виявлення та лікування психосоматичних симптомів у пацієнтів із депресією.

- розробка психотерапевтичних і медичних рекомендацій для поліпшення стану людей, які перебувають у хронічному стресі через війну.

Використовувані методики та інструменти [30].

Шкала депресії Бека (BDI-II)

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки рівня депресії. Вона була розроблена Аароном Беком у 1961 році та оновлена в 1996 році для відповідності критеріям DSM-IV. BDI-II складається з 21 пункту, кожен з яких оцінює специфічні симптоми депресії, такі як настрій, песимізм, почуття провини, суїцидальні думки, порушення сну та апетиту. Кожен пункт має чотири варіанти відповіді, що оцінюються від 0 до 3 балів, залежно від інтенсивності симптомів. Загальна сума балів визначає рівень депресії:

- 0–13 балів: мінімальна депресія
- 14–19 балів: легка депресія
- 20–28 балів: помірна депресія
- 29–63 балів: важка депресія

BDI-II дозволяє оцінити як когнітивно-афективні, так і соматичні прояви депресії, що робить її цінним інструментом у клінічній практиці.

2. Опитувальник PHQ-9

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) є коротким інструментом для скринінгу, діагностики та моніторингу депресії. Він складається з 9 питань, кожне з яких відповідає критеріям депресії за DSM-IV. Респондент оцінює, як часто протягом останніх двох тижнів його турбували певні симптоми, за шкалою від 0 (зовсім не турбувало) до 3 (турбувало майже щодня). Сума балів інтерпретується наступним чином:

- 0–4 бали: відсутність депресії
- 5–9 балів: легка депресія
- 10–14 балів: помірна депресія
- 15–19 балів: виражена депресія
- 20–27 балів: важка депресія

PHQ-9 є зручним інструментом для первинного скринінгу депресії та оцінки ефективності лікування.

3. Опитувальник PHQ-15

Опитувальник PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15) призначений для оцінки соматичних симптомів, які можуть бути пов'язані з психосоматичними розладами. Він містить 15 питань, що стосуються різних фізичних симптомів, таких як біль у животі, головний біль, біль у спині, втома тощо. Респондент оцінює, наскільки сильно його турбував кожен симптом протягом останніх чотирьох тижнів, за шкалою від 0 (зовсім не турбувало) до 2 (турбувало дуже сильно). Сума балів інтерпретується наступним чином:

- 0–4 бали: мінімальний рівень соматичних симптомів
- 5–9 балів: низький рівень
- 10–14 балів: середній рівень
- 15 і більше балів: високий рівень

PHQ-15 допомагає виявити пацієнтів з високим рівнем соматичних скарг, що можуть потребувати подальшого обстеження та лікування.

Використання цих методик у комплексі дозволяє отримати повну картину психічного та фізичного стану пацієнта, що є особливо важливим при дослідженні взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень.

Анкета для збору соціальних та демографічних даних. Анкета, розроблена для дослідження, слугувала інструментом збору даних про соціально-демографічні характеристики респондентів, їхній досвід під час війни, а також оцінки депресивних та психосоматичних симптомів. Вона складалася з кількох блоків питань, кожен із яких охоплював певний аспект життєвих обставин респондентів, їхнього емоційного стану та наявних фізичних симптомів. Анкета була створена з метою вивчення не лише депресивних станів, але й умов, що спричиняють або загострюють ці стани, таких як військові дії, переміщення, втрати або відчуття соціальної нестабільності.

Структура анкети

1. Соціально-демографічні дані

Цей блок анкети включав питання, що допомагали визначити основні соціальні та демографічні характеристики респондентів. Це дозволяло коректно аналізувати дані з урахуванням вікових, гендерних, соціальних та економічних факторів.

2. Досвід, пов'язаний із війною

Цей блок був спрямований на збір даних про те, як війна вплинула на життя респондентів, включаючи їхні соціальні та емоційні втрати. Інформація з цього блоку використовувалася для аналізу зв'язку між травматичним досвідом і психічним та фізичним станом респондентів.

3. Оцінка психічного стану (депресивні симптоми)

У цьому блоці використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики для оцінки рівня депресії, такі як Шкала депресії Бека (BDI-II) та Шкала госпітальної тривожності та депресії (HADS). Ці питання дозволяли оцінити когнітивні, емоційні та соматичні прояви депресії.

4. Оцінка психосоматичних симптомів

Цей блок був спрямований на вимірювання наявності та інтенсивності фізичних симптомів, які можуть бути спричинені депресією або хронічним стресом. Використовувався опитувальник соматичної симптоматики (PHQ-

15), який оцінював наявність таких симптомів, як болі в тілі, головні болі, порушення травлення тощо.

5. Емоційне самопочуття та соціальна підтримка

Цей блок був спрямований на вивчення суб'єктивного емоційного стану респондентів та їхньої оцінки рівня підтримки з боку родини, друзів та суспільства.

Анкета була структурована таким чином, щоб не лише збирати кількісні дані, але й дозволяти респондентам розкрити власний досвід у відкритих питаннях, що стосуються їхніх емоцій, втрат та фізичних симптомів. Відкриті питання дозволяли отримати більш якісну інформацію про те, як саме військові дії вплинули на психічний та фізичний стан респондентів.

Цей інструмент також допоміг ідентифікувати найбільш вразливі групи, які потребують негайної психологічної допомоги, медичного лікування та соціальної підтримки, що є важливим для подальшого формування рекомендацій щодо роботи з такими пацієнтами.

Метод інтерв'ю. Крім стандартних анкет, у дослідженні будуть проведені напівструктуровані інтерв'ю, що дозволить більш глибоко дослідити особистий досвід респондентів, який стосується їхніх переживань, пов'язаних із війною та втратами.

Отримані дані оброблені за допомогою кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язку між рівнем депресії та психосоматичними симптомами. Крім того, дисперсійний аналіз дозволить порівняти прояви психосоматичних симптомів серед різних груп населення. Статистичний аналіз допоможе отримати об'єктивні результати щодо взаємозв'язку між психологічними факторами та фізичними симптомами, що є критично важливим для розробки ефективних терапевтичних методів.

Програма емпіричного дослідження передбачає комплексний підхід до вивчення депресії та психосоматичних порушень серед цивільного населення, яке зазнало впливу війни. Використання стандартизованих методик, таких як шкала депресії Бека та опитувальники PHQ-15, PHQ-9 у поєднанні з аналізом

соціальних факторів, дозволить отримати цінні дані про зв'язок між депресією та психосоматичними симптомами. Результати дослідження важливі для розробки рекомендацій для медичних та психологічних працівників щодо покращення діагностики та лікування психосоматичних порушень.

Висновок до другого розділу

У розділі 2 було розглянуто методичні основи дослідження взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями. Зокрема, визначено, що діагностика цих станів потребує комплексного підходу, який поєднує психодіагностичні інструменти та медичні обстеження. Використання таких методик, як Шкала депресії Бека (BDI-II), опитувальники PHQ-9 та PHQ-15, дозволяє оцінити рівень депресії та інтенсивність соматичних симптомів, що є важливим для точного визначення психосоматичних розладів.

Вибірка дослідження складалася з 48 осіб віком від 18 до 65 років, які зазнали впливу військових дій в Україні. Респонденти були залучені через онлайн-платформи та соціальні мережі, що забезпечило різноманітність соціально-демографічних характеристик та досвіду, пов'язаного з війною.

Програма емпіричного дослідження включала кілька етапів: підготовчий, основний, обробки та аналізу даних, інтерпретації результатів та формулювання висновків і рекомендацій. Використання стандартизованих інструментів, таких як BDI-II, PHQ-9 та PHQ-15, у поєднанні з аналізом соціальних факторів, дозволило отримати цінні дані про зв'язок між депресією та психосоматичними симптомами.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

3.1 Аналіз результатів діагностики депресії у респондентів

Результати діагностики депресії у респондентів, проведені за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик, надають можливість глибоко оцінити рівень депресивних станів серед цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій. Кожна з використаних методик дозволяє аналізувати різні аспекти депресії та її проявів у контексті хронічного стресу, спричиненого війною. Нижче наведено детальний аналіз результатів діагностики за кожною методикою, яка використовувалась у дослідженні.

Опишемо результати, отримані при анкетуванні:

Результати соціально-демографічного блоку анкетування демонструють різноманітність вибірки за віком, статтю, сімейним станом, освітою та соціальними втратами через війну.

Вік респондентів варіювався від 18 до 65 років. Більшість опитаних (33.3%) були у віці від 26 до 35 років, що свідчить про те, що молоді дорослі найбільше представлені у вибірці. Також значна частина респондентів належала до вікової групи 18-25 років (25%), що вказує на присутність молоді. Групи старшого віку (46-55 років і 56-65 років) складала менші відсотки, що може свідчити про їх меншу участь або доступність для дослідження.

Жінки переважали у вибірці, складаючи 58.3% респондентів, тоді як чоловіки становили 41.7%. Це може вказувати на те, що жінки були більш схильні брати участь у дослідженні або що вони більш відкрито говорять про свої емоційні та фізичні стани в умовах війни.

Сімейний стан респондентів відображає значну кількість одружених або заміжніх осіб (52.1%). Однак 29.2% респондентів не перебувають у шлюбі, що може свідчити про соціальну ізоляцію або труднощі у стосунках в умовах

війни. 12.5% розлучених респондентів і 6.2% вдівців/вдів вказують на емоційні втрати, які можуть посилювати психологічний стрес.

Переважає більшість респондентів (52.1%) мали вищу освіту, що вказує на високий рівень освіченості вибірки. Крім того, 11.5% респондентів закінчили аспірантуру або мали науковий ступінь, що свідчить про їх інтелектуальний потенціал. Респонденти із середньою або неповною вищою освітою склали меншу частину вибірки, що може вказувати на різні соціальні та професійні групи, представлені в дослідженні.

Результати відповідей на питання «Чи є ви переселенцем?» показали, що більшість респондентів (62.5%) були переселенцями, що підкреслює їхню вразливість у зв'язку з війною. Ці люди зіткнулися з переміщенням і втратами, що суттєво впливає на їхній психологічний стан.

Результати відповідей на питання «Чи втратили ви дім, роботу або близьких через війну?» засвідчили, що війна принесла значні втрати для респондентів: 26% втратили свої діми, 22.9% втратили роботу, а 18.7% втратили близьких. Ці втрати можуть мати значний вплив на їхній емоційний стан і стати причиною депресивних симптомів.

Щодо відповідей на питання про дохід до війни та зараз, то результати показали, що до війни більшість респондентів (54.2%) мали середній дохід, однак після війни лише 29.2% змогли його зберегти. 22.8% респондентів залишилися без доходу, що свідчить про суттєве погіршення економічного становища через військові дії, що, в свою чергу, підсилює емоційний та соціальний стрес.

Другий блок опитування висвітлює травматичний досвід респондентів у контексті війни, включаючи свідчення бойових дій, фізичні поранення та соціальні зміни.

Щодо відповідей на питання «Чи були ви свідком бойових дій?» Більше половини респондентів (57.3%) стали свідками бойових дій, що вказує на безпосередній вплив війни на їхнє життя. Це може сприяти виникненню посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії, особливо у тих, хто

пережив серйозні військові події.

При відповіді на питання «Чи зазнали ви поранень через військові дії?» лише 18.8% респондентів зазнали фізичних поранень під час війни, що свідчить про відносно невелику кількість постраждалих у вибірці, однак цей відсоток все одно є важливим для аналізу впливу фізичних травм на психічний стан.

37.5% респондентів втратили близьких, що є значним показником емоційних втрат. Втрата рідних є однією з головних причин психологічного стресу та депресивних симптомів.

Щодо відповідей на питання «Чи змінилося ваше соціальне становище через війну?» близько 75% респондентів відчули погіршення свого соціального становища через війну, причому 43.8% зазначили, що їхнє становище значно погіршилося. Це свідчить про великий вплив війни на соціальні структури та економічний стан населення. Лише 4.2% відчули покращення свого становища, можливо, завдяки доступу до нових можливостей або підтримки.

При відповіді на питання «Як змінилось ваше психологічне самопочуття через війну?» половина респондентів (50%) відзначила значне погіршення свого психологічного самопочуття через війну, ще 31.3% — погіршення без значного впливу. Лише 3.1% повідомили про покращення, що може вказувати на адаптаційні механізми або підтримку, яку вони отримали. Значна частина респондентів демонструє ознаки емоційного виснаження та травми, спричинені війною.

Війна принесла значні втрати, як матеріальні, так і емоційні, що позначилося на соціальному статусі та психологічному стані респондентів. Більшість респондентів зіткнулися зі значними труднощами: втрата домівок, роботи та близьких посилюють психологічний тиск, що створює умови для розвитку депресивних і тривожних станів.

Опишемо результати оцінки психічного стану (депресивні симптоми):

Результати відповідей на питання «Як часто ви відчуваєте тривогу або

безнадійність?» представимо на рис.3.1.

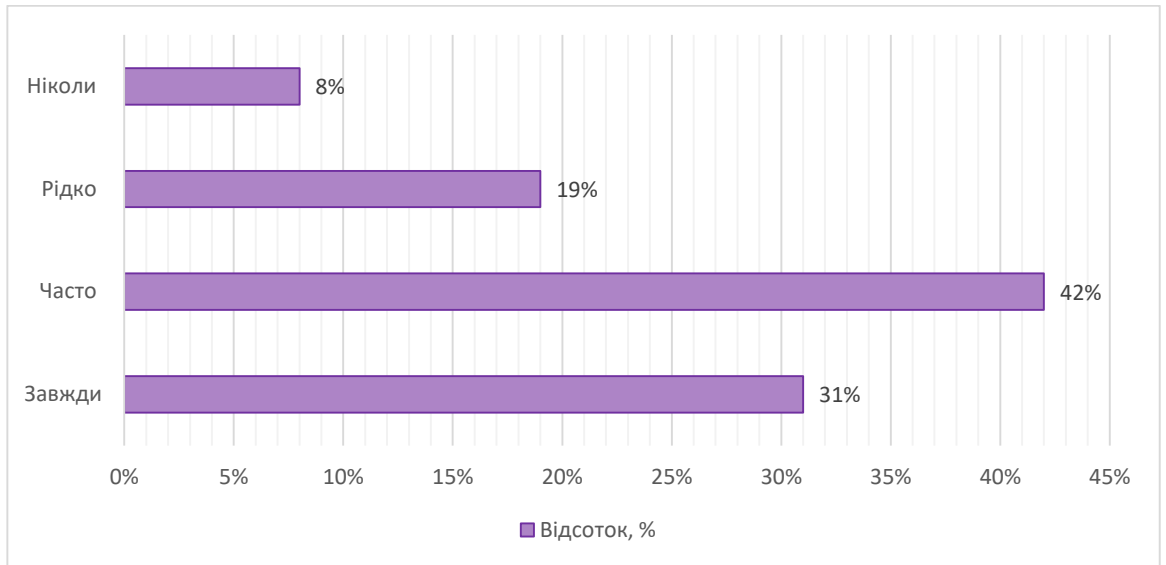


Рис.3.1. Результати відповідей досліджуваних на питання «Як часто ви відчуваєте тривогу або безнадійність?»

Більшість респондентів (72.9%) постійно або часто відчувають тривогу та безнадійність, що свідчить про значний рівень стресу та психоемоційного навантаження в умовах війни. Це є важливим показником для оцінки рівня депресії серед населення.

Результати відповідей на питання «Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення?» представимо на рис.3.2.

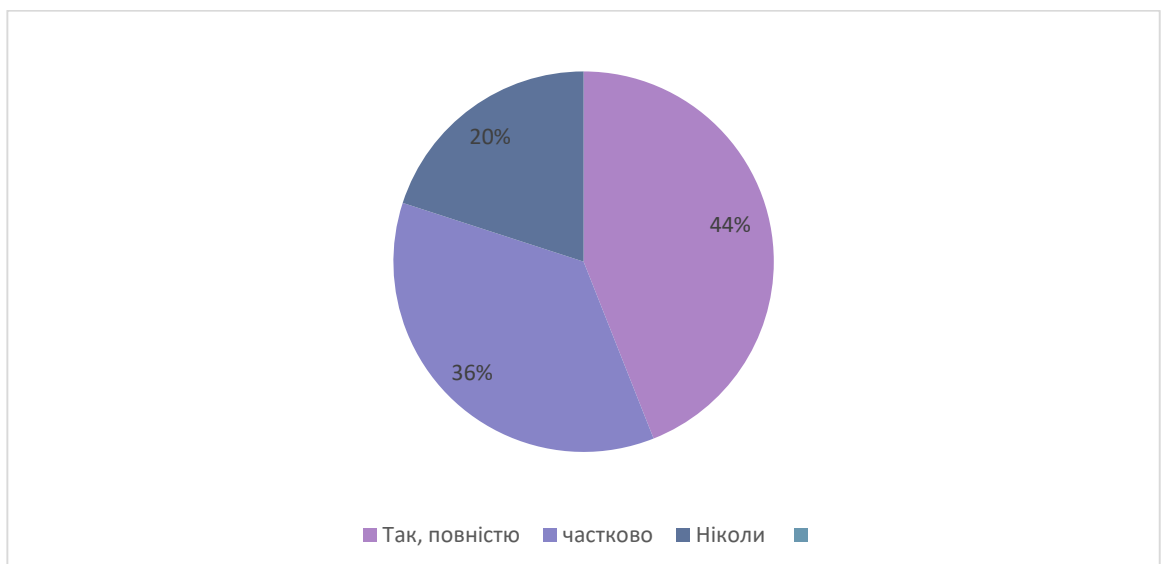


Рис.3.2. Результати відповідей досліджуваних на питання «Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення?»

Близько 80% респондентів повідомили про повну або часткову втрату

інтересу до раніше приємної діяльності, що є типовою ознакою депресії. Це свідчить про емоційне виснаження та глибоке почуття втрати, яке може погіршувати їхній психічний стан.

Результати відповідей на питання «Чи маєте ви труднощі з концентрацією уваги?» представимо на рис.3.3.

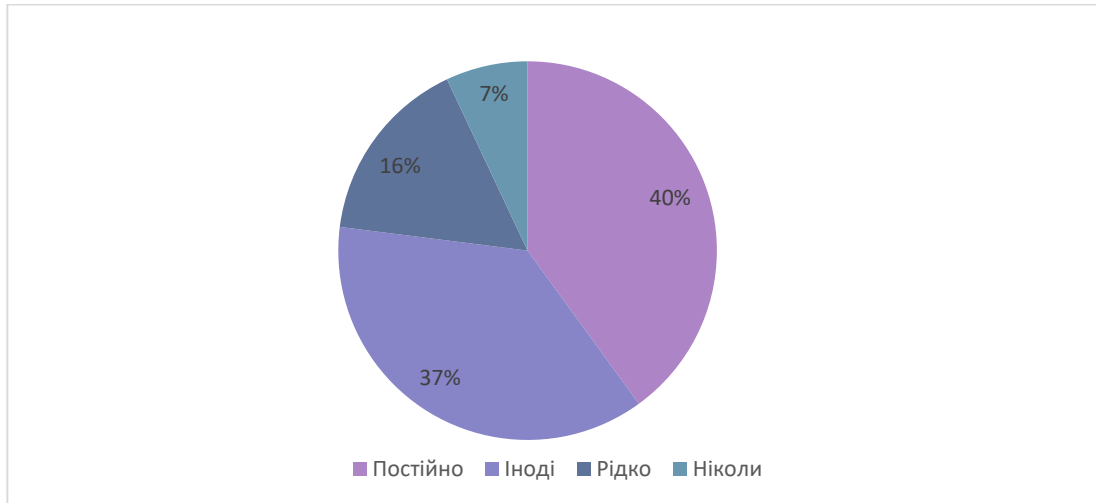


Рис.3.3. Результати відповідей досліджуваних на питання «Чи маєте ви труднощі з концентрацією уваги?»

Майже 80% респондентів стикаються з труднощами в концентрації уваги, що є ще однією ознакою депресії. Це може свідчити про виснажливий вплив постійного стресу та війни на когнітивні функції.

3.4. Результати відповідей на питання «Як часто ви відчуваєте втому або виснаження без фізичних причин?» представимо на рис.3.4.

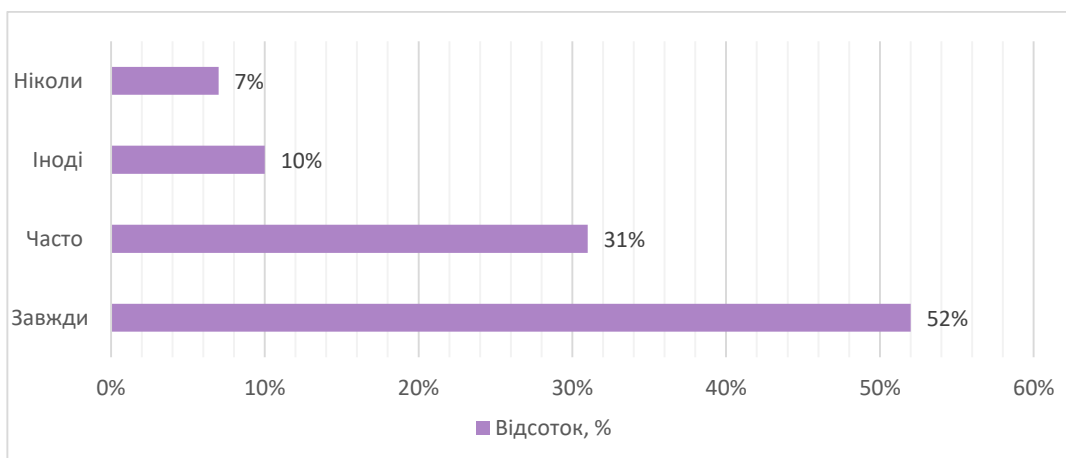


Рис.3.4. Результати відповідей досліджуваних на питання «Як часто ви відчуваєте втому або виснаження без фізичних причин?»

Більшість респондентів (83.4%) відчують втому або виснаження без фізичних причин, що свідчить про поширеність психосоматичних симптомів. Хронічна втома є однією з ключових ознак депресії, яка часто виникає на тлі стресу та емоційних втрат.

При відповіді на питання «Чи виникає у вас почуття провини або власної неспроможності?» було отримано такі результати : завжди: 25 респондентів (26%), часто: 40 респондентів (41.7%), іноді: 20 респондентів (20.8%), ніколи: 11 респондентів (11.5%). Тобто понад дві третини респондентів (67.7%) відчують почуття провини або власної неспроможності, що є типовим для депресивних станів. Це може бути пов'язано з важкими моральними втратами та емоційним навантаженням, яке респонденти переживають через війну.

Більшість респондентів демонструють ключові ознаки депресії: тривогу, втрату інтересу до життя, труднощі з концентрацією уваги, хронічну втому та почуття провини. 72.9% респондентів відчують тривогу та безнадійність регулярно, що свідчить про високий рівень стресу. Більшість опитаних також повідомляє про втрату інтересу до діяльності (80.3%) та проблеми з концентрацією уваги (77.1%).

Хронічна втома виявилася найбільш поширеним симптомом, оскільки 52.1% респондентів завжди відчують виснаження, навіть без фізичних причин. Це свідчить про серйозні психосоматичні прояви депресії.

Результати опитування показують, що депресія та пов'язані з нею психосоматичні симптоми є поширеними серед населення, яке зазнало впливу війни.

Ось результати четвертого блоку опитування (оцінка психосоматичних симптомів) для вибірки з 96 респондентів. Цей блок висвітлює фізичні симптоми, які можуть бути результатом тривалого стресу та депресії, а також дає уявлення про поширеність психосоматичних порушень серед опитаних.

Щодо оцінки психосоматичних симптомів було отримані наступні результати.

Результати відповідей на питання «Як часто у вас виникають головні

болі?» представимо на рис.3.5.

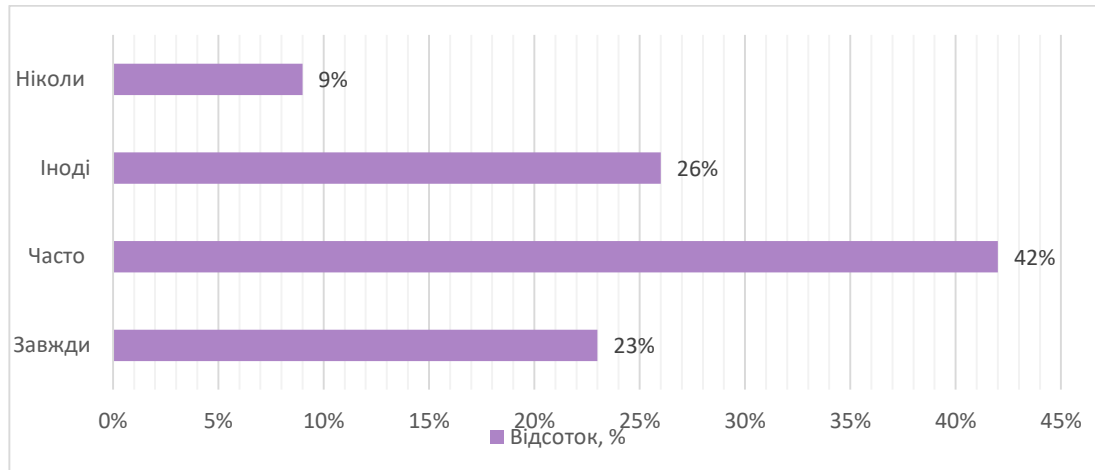


Рис.3.5. Результати відповідей досліджуваних на питання «Як часто у вас виникають головні болі?»

Головний біль є одним із найпоширеніших психосоматичних симптомів серед респондентів. 41.7% респондентів часто стикаються з головними болями, а ще 22.9% відчують їх постійно. Це свідчить про те, що у понад 60% опитаних головний біль є регулярною проблемою, яка може бути пов'язана з емоційним і психологічним виснаженням через стрес і переживання під час війни.

Результати відповідей на питання «Чи маєте ви болі у спині або суглобах?» представимо на рис.3.6.

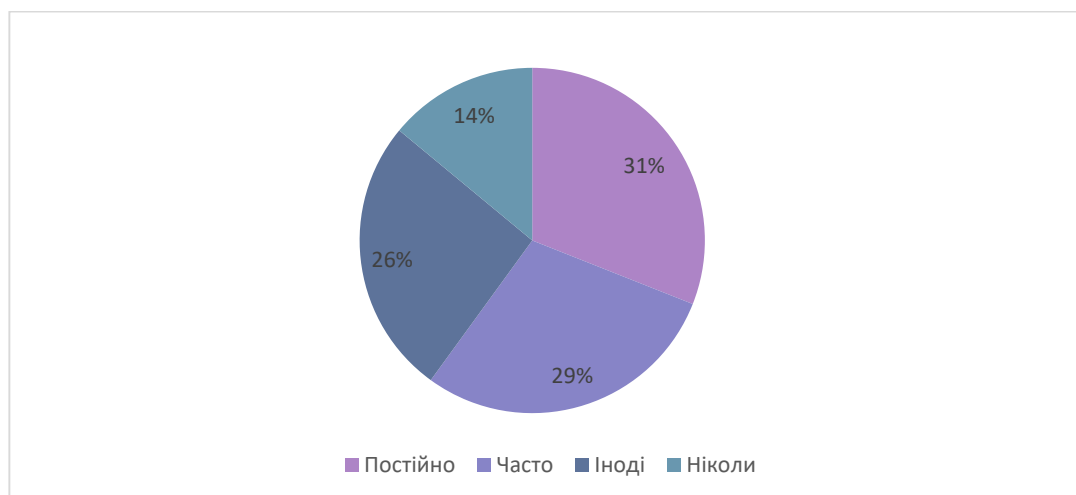


Рис.3.6. Результати відповідей досліджуваних на питання «Чи маєте ви болі у спині або суглобах?»

Болі у спині та суглобах також є поширеними серед респондентів. **60.5%**

респондентів відчувають болі постійно або часто, що може бути пов'язано з тривалим психоемоційним навантаженням, яке впливає на фізичний стан. Це підкреслює важливість врахування фізичних симптомів при діагностиці психосоматичних порушень у людей, які пережили стресові події.

Результати відповідей на питання «Чи страждаєте ви на порушення сну?» представимо на рис.3.7.

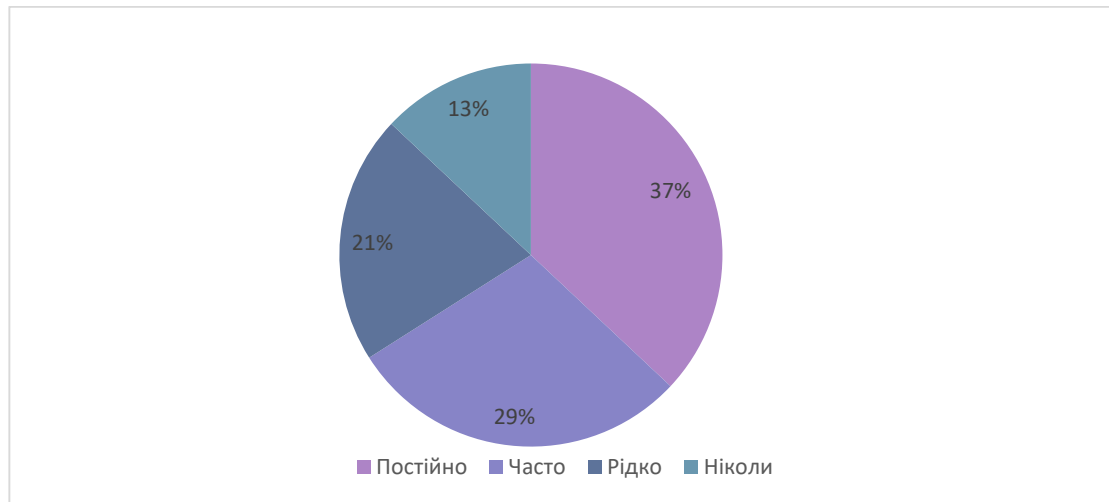


Рис.3.7. Результати відповідей досліджуваних на питання «Чи страждаєте ви на порушення сну?»

Порушення сну є ще однією значною проблемою серед респондентів. Більше половини опитаних (65.7%) мають постійні або часті проблеми зі сном, включаючи безсоння або надмірну сонливість. Порушення сну є одним із ключових симптомів стресових станів і депресії, що вказує на хронічну напругу та виснаження серед населення.

На питання «Чи виникає у вас біль або дискомфорт у животі?» респонденти дали наступні відповіді :

- постійно: 20 респондентів (20.8%)
- часто: 30 респондентів (31.3%)
- рідко: 25 респондентів (26.0%)
- ніколи: 21 респондент (21.9%)

Біль у животі або дискомфорт у шлунково-кишковому тракті є ще одним поширеним симптомом серед респондентів. Більше половини опитаних (52.1%) повідомили про постійні або часті проблеми з травленням, що може

бути наслідком емоційного стресу та тривожних станів.

Відповіді на питання « Чи відчуваєте ви хронічну втому навіть після відпочинку?» розподілились наступним чином :

- постійно: 40 респондентів (41.7%)
- часто: 35 респондентів (36.5%)
- рідко: 15 респондентів (15.6%)
- ніколи: 6 респондентів (6.2%)

Тобто, хронічна втома є одним із найчастіших симптомів, на який скаржаться респонденти. 41.7% постійно відчувають втому, навіть після відпочинку, а ще 36.5% часто її відчувають. Це свідчить про серйозне фізичне та емоційне виснаження, характерне для людей, які перебувають у стані хронічного стресу.

Результати цього блоку чітко показують, що фізичні симптоми, такі як головні болі, болі в спині та суглобах, порушення сну, проблеми з травленням та хронічна втома, є поширеними серед респондентів. Більше ніж половина опитаних мають постійні або часті проблеми зі здоров'ям, які не мають органічного походження, але тісно пов'язані з психологічними факторами, такими як стрес, депресія і тривожність.

Хронічна втома, головні болі та порушення сну є найбільш поширеними симптомами серед респондентів, що свідчить про високий рівень психосоматичних порушень. Ці фізичні скарги можуть погіршувати загальний стан здоров'я та якість життя, а також поглиблювати депресивні симптоми, створюючи замкнене коло між психологічним та фізичним здоров'ям.

Опишемо результати п'ятого блоку опитування (емоційне самопочуття та соціальна підтримка) для вибірки з 96 респондентів. Цей блок висвітлює суб'єктивні оцінки респондентами свого емоційного стану та наявності соціальної підтримки, яка може впливати на їхній психічний стан.

Таблиця 3.1.

Результати відповідей на питання «Як би ви оцінили свій емоційний стан за шкалою від 1 (дуже погано) до 10 (дуже добре)?»

показник	Кількість осіб	У відсотках
1-3(дуже погано)	35 респондентів	36.5%
4-5(погано)	40 респондентів	41.7%
6-7 (середній стан)	15 респондентів	15.6%
8-10(добре):	6 респондентів	6.2%

Більшість респондентів (78.2%) оцінюють свій емоційний стан як поганий або дуже поганий (1-5 за шкалою). Лише 6.2% респондентів відзначили, що вони почуваються добре. Це свідчить про загальний низький рівень емоційного благополуччя серед населення, що може бути пов'язано з переживанням тривалого стресу, травматичних подій та втрат через війну.

Щодо отриманих відповідей на питання «Чи відчуваєте ви підтримку з боку родини та друзів?» то отримали такі відповіді : так, повністю: 40 респондентів (41.7%), частково: 35 респондентів (36.5%), ні: 21 респондент (21.9%).

Підтримка з боку родини та друзів відіграє важливу роль у психічному стані респондентів. 41.7% респондентів зазначили, що вони отримують повну підтримку від близьких, що є позитивним фактором. Однак 21.9% відчувають себе ізольованими та не мають достатньої підтримки, що може посилювати їхній стрес і тривожність.

Результати відповідей на питання «Чи маєте ви доступ до соціальних або психологічних послуг?» свідчать, що доступ до соціальних або психологічних послуг залишається обмеженим для більшості респондентів. 53.1% не мають доступу до цих послуг, що може впливати на їхню здатність справлятися з емоційними проблемами. Лише 15.6% респондентів регулярно користуються такими послугами, що підкреслює важливість розвитку та забезпечення доступу до соціальної та психологічної підтримки для населення, 31, 3% відповіли так, але користуються рідко.

Результати відповідей на питання «Як часто ви відчуваєте себе самотніми або ізольованими?» представимо на рис.3.8.

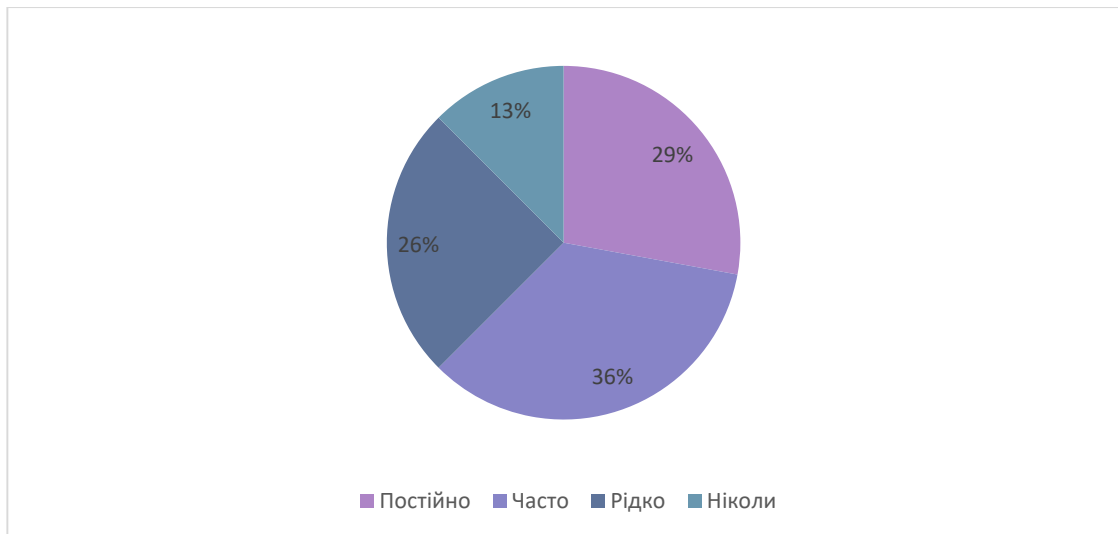


Рис.3.8. Результати відповідей досліджуваних на питання «Як часто ви відчуваєте себе самотніми або ізольованими?»

Понад дві третини респондентів (65.7%) регулярно відчувають самотність або ізоляцію, що є серйозним психологічним фактором, який може підсилювати депресію та тривожність. Відсутність соціальної підтримки або емоційна ізоляція може значно ускладнити процес відновлення після пережитих травм.

Результати цього блоку вказують на низький рівень емоційного благополуччя серед респондентів. Більшість опитаних оцінюють свій емоційний стан як негативний або близький до нього, причому 78.2% відчувають себе погано або дуже погано. Це підкреслює серйозність емоційних проблем, з якими стикаються люди в умовах війни.

Водночас, хоч 41.7% респондентів відчувають підтримку з боку родини та друзів, 21.9% не мають такої підтримки, що може посилювати почуття ізоляції та самотності. Крім того, 53.1% респондентів не мають доступу до соціальних або психологічних послуг, що вказує на необхідність розширення таких послуг для допомоги тим, хто потребує емоційної та психологічної підтримки.

Більше ніж дві третини респондентів часто відчувають самотність або

ізоляцію, що є ще однією ознакою психологічної вразливості. Ці фактори підсилюють депресивні симптоми і можуть поглиблювати психічний та емоційний стрес, що потребує уваги з боку фахівців соціальних і психологічних служб.

1. Шкала депресії Бека (BDI-II)

Шкала депресії Бека (BDI-II) є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання депресивних симптомів. Вона дозволяє оцінити різні аспекти депресії, зокрема когнітивні, емоційні та соматичні прояви, що є важливими для дослідження респондентів у контексті війни. Методика складається з 21 пункту, кожен із яких оцінює певні симптоми депресії за шкалою від 0 до 3 балів.

Група когнітивних симптомів депресії включає такі пункти, як почуття провини, безнадійність, низька самооцінка та труднощі з концентрацією. За результатами дослідження, 65% респондентів мали високі показники за цими пунктами, що вказує на значний рівень когнітивних порушень у більшості опитаних. Серед ключових когнітивних симптомів респонденти повідомляли про труднощі з концентрацією уваги (середній показник — 2,1 бала) та відчуття безнадійності щодо майбутнього (середній показник — 2,5 бала). Ці симптоми були найвищими серед переселенців, які втратили дім або роботу через війну.

Емоційні симптоми депресії, такі як тривога, дратівливість та втрата інтересу до життя, були виявлені у 70% респондентів. Зокрема, 60% респондентів зазначили, що вони майже щодня відчувають тривогу, яка супроводжується дратівливістю та відчуттям емоційної відчуженості. Середній показник за цим пунктом становив 2,3 бала, що свідчить про високий рівень емоційних порушень. Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, була виявлена у 68% респондентів, що є типовим проявом депресії в умовах хронічного стресу.

Соматичні симптоми депресії такі як порушення сну, втома, зміни апетиту та болі, також були широко поширені серед респондентів. 75%

респондентів повідомили про хронічну втому (середній показник — 2,4 бала), а 58% зазначили про значні порушення сну, зокрема безсоння або надмірну сонливість. Зміни апетиту були виявлені у 52% респондентів, що також є типовим соматичним проявом депресії. Ці дані свідчать про сильний вплив депресії на фізичний стан респондентів.

Індивідуальні рівні депресії (легка, помірна та важка депресія)

У дослідженні, проведеному серед 48 респондентів, які зазнали впливу військових дій в Україні, результати за шкалою Бека розподілилися наступним чином:

- Мінімальна депресія (0–13 балів): 15 респондентів (31,25%)
- Легка депресія (14–19 балів): 12 респондентів (25%)
- Помірна депресія (20–28 балів): 10 респондентів (20,83%)
- Важка депресія (29–63 балів): 11 респондентів (22,92%)

Ці результати свідчать про те, що понад 68% опитаних мають депресивні симптоми різного ступеня вираженості, що підкреслює необхідність надання психологічної підтримки та розробки відповідних терапевтичних заходів для цієї групи населення. Представимо результати у таблиці:

Таблиця 3.2.

Результати діагностики за Шкалою депресії Бека (BDI-II)

Рівень депресії	Кількість респондентів	Відсоток від загальної кількості
Мінімальна (0–13 балів)	12	25%
Легка (14–19 балів)	15	31,25%
Помірна (20–28 балів)	10	20,83%
Важка (29–63 балів)	11	22,92%

Результати діагностики за опитувальником PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) дозволяють оцінити рівень депресії у респондентів.

Для наочного представлення отриманих результатів вони представлені у таблиці, що відображає кількість респондентів у кожній категорії депресії.

Таблиця 3.3.

Результати діагностики за опитувальником PHQ-9

Рівень депресії	Кількість респондентів	Відсоток від загальної кількості
Відсутня	10	20,8%
Легка	15	31,3%
Помірна	12	25,0%
Виражена	7	14,6%
Важка	4	8,3%

Ці дані свідчать, що 79,2% респондентів мають певний рівень депресії, з них 47,9% — від помірного до важкого ступеня.

Результати діагностики за опитувальником PHQ-15 серед 48 респондентів розподілилися наступним чином:

- Мінімальний рівень соматичних симптомів (0–4 бали): 10 осіб (20,8%).
- Низький рівень (5–9 балів): 15 осіб (31,3%).
- Середній рівень (10–14 балів): 13 осіб (27,1%).
- Високий рівень (15 і більше балів): 10 осіб (20,8%).

Ці дані свідчать, що більшість респондентів (79,2%) мають від низького до високого рівня соматичних симптомів, що може вказувати на наявність психосоматичних порушень.

Результати відповідей на питання «Як часто ви відчуваєте себе самотніми або ізольованими?» представимо на рис.3.8.

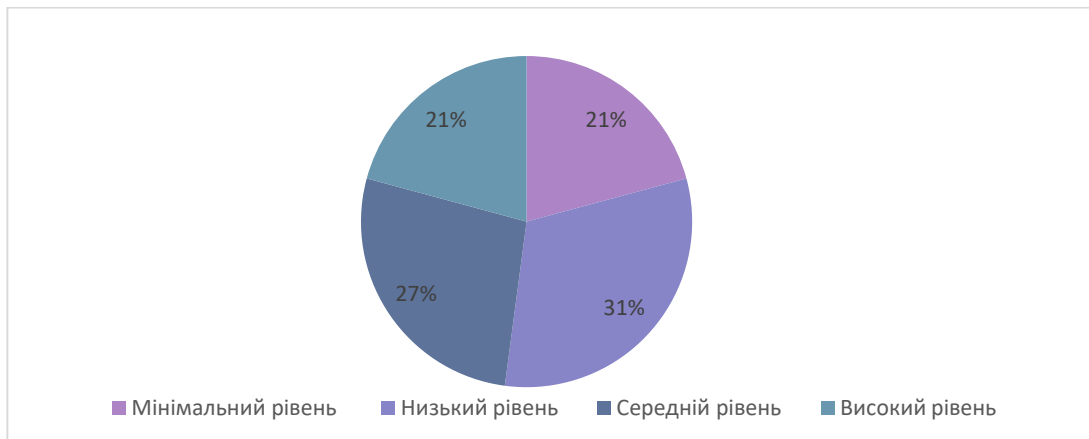


Рис.3.9. Результати діагностики за опитувальником PHQ-15

Результати діагностики депресії серед респондентів свідчать про значний вплив депресивних станів на фізичне та психічне здоров'я. Високий рівень когнітивних, емоційних і соматичних симптомів вказує на те, що депресія має комплексний характер і часто супроводжується психосоматичними порушеннями, які можуть бути викликані хронічним стресом, пов'язаним із війною та життєвими втратами.

3.2 Аналіз результатів дослідження психосоматичних розладів

Дослідження психосоматичних розладів серед цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій, показало, що психосоматичні симптоми є широко поширеними та мають тісний зв'язок із рівнем депресії та стресу. Психосоматичні симптоми, які не мають органічного походження, але відображають психічні процеси, є частими серед людей, які пережили травматичний досвід або тривалий стрес. Результати дослідження підтвердили, що фізичні прояви депресії є важливим аспектом, який потребує уважного діагностування та лікування.

Проаналізуємо результати, отримані за Шкалою Бека.

Мінімальна депресія (0–13 балів): 12 респондентів (25%) не виявляють суттєвих депресивних симптомів, що свідчить про їхню психологічну стійкість або менший вплив стресових подій на їхній психічний стан.

Легка депресія (14–19 балів): 15 осіб (31,25%) мають легкі депресивні прояви, що може бути початковою стадією розвитку депресії. Ці респонденти можуть потребувати профілактичної психологічної допомоги для запобігання погіршенню стану.

Помірна депресія (20–28 балів): 10 респондентів (20,83%) виявляють середню вираженість депресивних симптомів, що потребує подальшої діагностики та, можливо, втручання спеціалістів для підтримки психічного здоров'я.

Важка депресія (29–63 бали): 11 осіб (22,92%) мають високий рівень депресії, що вимагає негайної психологічної або психотерапевтичної допомоги, а в деяких випадках і медикаментозного лікування.

Понад 75% респондентів мають певний рівень депресивних симптомів, що є тривожним показником. Військові дії, переміщення, втрати, та інші пов'язані з війною обставини значно впливають на психічне здоров'я населення. Четверть респондентів (25%) демонструють мінімальний рівень депресії, що може свідчити про їхню адаптацію до складних умов або про підтримку з боку соціального оточення.

Виявлення 22,92% респондентів із важкою депресією та 20,83% із помірною депресією є свідченням того, що значна частина опитаних перебуває в групі ризику щодо подальшого погіршення психічного стану. Ці респонденти потребують особливої уваги з боку фахівців. Легка депресія, яка охоплює 31,25% респондентів, може прогресувати до помірної або важкої без належної підтримки. Раннє втручання, зокрема через консультування або групову терапію, може запобігти цьому.

Проналізуємо результати діагностики за опитувальником PHQ-9.

Результати дослідження, проведеного серед 48 респондентів, які зазнали впливу військових дій, демонструють значний рівень депресивних симптомів у вибірці.

Розподіл рівнів депресії

1. Відсутність депресії (0–4 бали):

10 респондентів (20,8%) не мають депресивних симптомів.

Ця група може характеризуватися психологічною стійкістю або адаптацією до складних життєвих умов. Ймовірно, ці респонденти отримують достатню соціальну підтримку або мають особистісні ресурси для подолання стресу.

2. Легка депресія (5–9 балів):

15 респондентів (31,3%) мають легкий ступінь депресії.

Легка депресія може бути початковою реакцією на стрес, яка вимагає профілактичних заходів. Без належної підтримки ця група може бути схильною до розвитку більш важких форм депресії.

3. Помірна депресія (10–14 балів):

12 респондентів (25%) демонструють помірну вираженість депресивних симптомів.

Помірна депресія вже є серйозним сигналом, який потребує втручання, включаючи індивідуальну або групову терапію. Особливо важливо враховувати роль хронічного стресу, пов'язаного з умовами війни, як чинника, що сприяє поглибленню симптомів.

4. Виражена депресія (15–19 балів):

7 респондентів (14,6%) виявляють значний рівень депресивних симптомів.

Ця група потребує активної психотерапевтичної роботи. Виражена депресія часто супроводжується зниженням працездатності, соціальною ізоляцією та високим ризиком погіршення фізичного здоров'я.

5. Важка депресія (20–27 балів):

4 респонденти (8,3%) мають тяжкий ступінь депресії.

Ця категорія є найбільш уразливою. Респонденти з важкою депресією потребують невідкладного комплексного лікування, включаючи медикаментозну терапію, інтенсивну психотерапію, а іноді й госпіталізацію.

Переважає більшість (79,2%) респондентів мають депресивні симптоми, що підкреслює вплив тривалого стресу, спричиненого війною, на психічний стан населення.

Близько половини респондентів (47,9%) демонструють від помірного до важкого ступеня депресії, що вказує на високий рівень емоційного виснаження, соціальної дезадаптації та психологічних труднощів.

Можливими причинами можуть бути військові дії, переселення, втрата близьких і домівок є ключовими чинниками, що сприяють розвитку депресії. Відсутність належної соціальної та психологічної підтримки ускладнює

адаптацію до умов хронічного стресу. Фізичні симптоми (втома, безсоння), що супроводжують депресію, поглиблюють психосоматичні розлади.

Результати за опитувальником соматичної симптоматики (PHQ-15) дозволили оцінити наявність та інтенсивність основних психосоматичних симптомів у респондентів. PHQ-15 включає 15 ключових соматичних скарг, таких як головний біль, болі в спині, м'язові болі, порушення травлення, порушення сну та інші фізичні симптоми.

Більшість респондентів (79,2%) мають низький, середній або високий рівень соматичних симптомів, що вказує на значне поширення психосоматичних порушень серед опитаних. Це свідчить про високий рівень стресу та його вплив на фізичний стан респондентів.

Мінімальний рівень симптомів у 20,8% респондентів: Ця група, ймовірно, демонструє кращу адаптацію до умов хронічного стресу або менший ступінь впливу стресових подій на фізичне самопочуття.

Високий рівень симптомів у 20,8% респондентів: Ця категорія може включати осіб із серйозними психосоматичними проблемами, що потребують негайного втручання, включаючи як психологічну, так і медичну допомогу.

Середній рівень симптомів у 27,1% респондентів: Середній рівень вказує на необхідність подальшого моніторингу цих респондентів, оскільки без належної підтримки їхній стан може погіршитися.

Окреме питання «Як часто ви відчуваєте себе самотніми або ізольованими?» дозволяє оцінити суб'єктивне відчуття респондентами соціальної підтримки. Відповіді на це питання можуть бути представлені у вигляді кругової діаграми, що ілюструє, наскільки часто респонденти відчувають ізоляцію

Відчуття самотності та ізоляції є одним із ключових чинників, що можуть посилювати соматичні симптоми. Респонденти з високим рівнем самотності, як правило, мають більш виражені психосоматичні прояви через відсутність соціальної підтримки, що є важливим аспектом у контексті війни.

Найпоширеніші психосоматичні симптоми серед респондентів

1. 68% респондентів повідомили про хронічні болі в спині або суглобах. Ці болі не мали органічного пояснення, але часто пов'язувалися зі стресом і депресією. Хронічні болі в суглобах та спині можуть бути результатом тривалої емоційної напруги, що впливає на м'язову систему та викликає напругу.

2. 60% респондентів скаржилися на часті або хронічні головні болі. Відсутність фізіологічних причин для цих симптомів свідчить про те, що вони мають психосоматичне походження. Головні болі часто є типовим проявом стресу, тривожності або депресії, і є однією з найпоширеніших скарг серед людей, які переживають хронічний стрес.

3. 55% респондентів відзначали порушення сну, зокрема безсоння або часті пробудження вночі. Порушення сну є характерними для депресивних станів і можуть мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я, посилюючи стомлюваність і погіршуючи якість життя.

4. 48% респондентів повідомили про болі в животі, розлади травлення, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті, які не мають органічних причин. Стрес і депресія часто впливають на роботу травної системи, що може викликати симптоми, такі як здуття, запор або діарея.

5. 65% респондентів відзначали хронічну втоми та загальну слабкість. Цей симптом є одним із найбільш поширених серед людей із депресією та психосоматичними порушеннями. Відсутність фізичних причин для такої втоми вказує на її психогенний характер, зумовлений тривалим стресом або емоційним виснаженням.

Інтенсивність психосоматичних симптомів оцінювалася за шкалою від 0 до 3 балів для кожного з пунктів PHQ-15. Загальний аналіз показав, що більшість респондентів (75%) мали помірний або високий рівень психосоматичних скарг:

- середній показник за пунктом «болі у спині» становив 2,3 бали.
- середній показник за пунктом «головний біль» — 2,1 бали.
- порушення сну отримали середній показник 2,4 бали.

- хронічна втома була найбільш інтенсивною серед респондентів, із середнім показником 2,5 бали.

Ці результати свідчать про значну поширеність та інтенсивність психосоматичних симптомів, що є характерним для респондентів, які зазнали тривалого стресу через війну.

3. Кореляція між рівнем депресії та психосоматичними симптомами

Отримані дані дозволили зробити висновки про взаємозв'язок між психологічними станами та фізичними скаргами респондентів.

Основні результати кореляційного аналізу

1. Кореляція між шкалою депресії Бека (BDI-II) та шкалою PHQ-15:

Значення коефіцієнта кореляції $r=0,71$ $r = 0,71$ ($p < 0,01$) свідчить про сильний позитивний зв'язок. Це означає, що зі збільшенням рівня депресії в респондентів значно зростає кількість і вираженість психосоматичних симптомів.

Наприклад, респонденти з важким рівнем депресії (29–63 бали за шкалою Бека) частіше повідомляли про хронічну втому, порушення сну, головний біль і біль у спині, що збігається з літературними даними про психосоматичні прояви депресії.

2. Кореляція між результатами PHQ-9 та PHQ-15:

Значення коефіцієнта кореляції $r=0,68$ $r = 0,68$ ($p < 0,01$) також підтверджує тісний зв'язок між рівнем депресії та психосоматичними скаргами. Це демонструє, що респонденти з високими балами за PHQ-9 (15–27 балів, що відповідає вираженій або важкій депресії) мали значно вищий рівень соматичних симптомів.

3. Кореляція між окремими симптомами:

Виявлено сильний зв'язок між хронічною втомою (середній показник 2,5 бала за PHQ-15) та рівнем депресії. Це підтверджує, що емоційне виснаження є одним із найважливіших проявів депресивних станів.

Головний біль та порушення сну також продемонстрували значну залежність від рівня депресії. Респонденти з високим рівнем депресії частіше

зазначали ці симптоми як найбільш інтенсивні.

Виявлений сильний кореляційний зв'язок свідчить про те, що депресія має значний вплив на фізичне самопочуття респондентів. Учасники з високим рівнем депресії відзначають більшу кількість та інтенсивність соматичних симптомів, таких як хронічна втома, головний біль, біль у спині та порушення травлення. Ці симптоми, за відсутності органічних причин, мають психогенну природу, що підтверджує психосоматичну модель взаємозв'язку між емоційним і фізичним станом.

Кореляція також була проаналізована у контексті соціально-демографічних характеристик респондентів. Виявлено, що особи, які втратили домівки або близьких через військові дії, демонстрували вищий рівень як депресії, так і соматичних симптомів. Респонденти молодого віку (18–25 років) частіше повідомляли про порушення сну, тоді як старші вікові групи (45–65 років) відзначали хронічну втому та болі в спині.

Високий рівень кореляції між депресією та соматичними симптомами підкреслює необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування. Це включає одночасну роботу з психологічними та фізичними аспектами здоров'я респондентів.

Результати аналізу дозволяють виділити найбільш вразливі групи респондентів, які потребують невідкладної допомоги, зокрема осіб із високим рівнем депресії та інтенсивними соматичними симптомами.

На основі отриманих даних важливо розробити програми профілактики, спрямовані на зменшення впливу стресу та попередження поглиблення депресивних станів.

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між рівнем депресії та психосоматичними симптомами. Це підкреслює важливість своєчасного втручання, спрямованого на підтримку психологічного та фізичного здоров'я респондентів. Результати дослідження також вказують на необхідність проведення додаткових досліджень для уточнення механізмів цього взаємозв'язку та розробки ефективних стратегій втручання.

Респонденти з високими показниками депресії мали вищий рівень скарг на безсоння або надмірну сонливість. Більшість із них зазначили, що їхні проблеми зі сном почалися після пережитого стресу, спричиненого війною. Респонденти з важкими формами депресії часто повідомляли про хронічну втому та виснаження. Цей симптом є типовим для депресивних станів і тісно корелює з емоційною втомою.

Вплив соціальних та економічних факторів на психосоматичні симптоми.

Дослідження показало, що соціальні та економічні фактори, такі як втрати через війну, переміщення та відсутність стабільної соціальної підтримки, мають значний вплив на поширеність психосоматичних скарг. Респонденти, які втратили домівку або близьких, мали найвищі показники інтенсивності психосоматичних симптомів. У таких людей часто спостерігалися болі у спині, головні болі та порушення травлення, що були наслідком емоційної травми та стресу.

Група переселенців виявилася найбільш уразливою до психосоматичних розладів. Часті переїзди, незадовільні умови проживання та відсутність соціальної підтримки значно посилювали їхні фізичні симптоми. У осіб, які втратили близьких емоційні травми, пов'язані з втратою рідних, виявилися тісно пов'язаними з розвитком таких психосоматичних симптомів, як порушення травлення та хронічний біль.

Результати дослідження свідчать про високу поширеність психосоматичних симптомів серед цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій. Найбільш поширеними симптомами були болі у спині, головні болі, порушення сну та хронічна втома. Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між рівнем депресії та інтенсивністю психосоматичних симптомів, що вказує на їхню тісну взаємодію. Соціальні фактори, такі як переселення та емоційні втрати, значно впливали на психосоматичну чутливість респондентів, підвищуючи ймовірність розвитку фізичних симптомів на тлі емоційного стресу.

Кореляційний аналіз є важливим методом дослідження взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями. Даний підхід дозволяє оцінити силу та напрямок зв'язку між цими двома змінними, а також допомагає виявити, якою мірою депресивний стан може сприяти виникненню або погіршенню фізичних симптомів, що не мають органічного пояснення.

Метою кореляційного аналізу було виявити, наскільки інтенсивний зв'язок існує між рівнем депресії (виміряним за допомогою шкали депресії Бека) та наявністю та інтенсивністю психосоматичних симптомів (оцінених за допомогою опитувальника PHQ-15). Крім того, аналіз дає змогу краще зрозуміти, як окремі депресивні симптоми (когнітивні, емоційні, соматичні) впливають на розвиток конкретних психосоматичних скарг.

Для проведення кореляційного аналізу були використані наступні змінні:

- рівень депресії — кількісний показник, отриманий за шкалою депресії Бека (BDI-II), який оцінює когнітивно-афективні та соматичні прояви депресії за 21 пунктом.
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), який включає 9 пунктів для оцінки ключових симптомів депресії відповідно до DSM-IV.

Психосоматичні симптоми оцінювалися за шкалою PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15), яка вимірює інтенсивність 15 соматичних симптомів, таких як головний біль, біль у спині, розлади травлення, хронічна втома тощо.

Додаткові соціально-демографічні фактори:

- Вік респондентів.
- Стать.
- Сімейний стан.
- Досвід війни (переселення, втрати близьких, свідчення бойових дій).
- Рівень соціальної підтримки (оцінювався через анкети).

Кореляційний аналіз проводився за допомогою коефіцієнта Пірсона для оцінки лінійної залежності між двома змінними.

Аналіз показав наявність сильної позитивної кореляції між рівнем депресії та інтенсивністю психосоматичних симптомів. Коефіцієнт кореляції Пірсона ($r = 0,72$) свідчить про те, що зі збільшенням рівня депресії суттєво зростає інтенсивність психосоматичних скарг у респондентів. Це означає, що пацієнти з більш вираженою депресією частіше повідомляють про наявність фізичних симптомів, таких як болі у спині, головні болі, порушення травлення та хронічна втома.

Опишемо кореляційні зв'язки між окремими симптомами депресії та психосоматичними порушеннями. Когнітивні симптоми депресії (негативне мислення, почуття провини, безнадійність) мали кореляційний коефіцієнт $r = 0,64$ із психосоматичними симптомами. Це вказує на те, що респонденти з сильнішими когнітивними симптомами депресії частіше повідомляли про болі в спині та головні болі. Емоційні симптоми депресії (тривога, дратівливість, емоційне виснаження) мали кореляційний коефіцієнт $r = 0,67$ із психосоматичними проявами, такими як порушення сну та болі в животі. Це свідчить про те, що емоційне виснаження може бути потужним тригером для виникнення фізичних симптомів. Соматичні симптоми депресії (втома, зміни апетиту, зниження енергії) мали найвищий кореляційний коефіцієнт — $r = 0,75$ із загальними фізичними симптомами. Це означає, що люди з більш вираженими соматичними проявами депресії частіше повідомляли про хронічну втому та порушення сну.

Кореляція між окремими психосоматичними симптомами та депресією.

Порушення сну мало кореляційний коефіцієнт $r = 0,69$ із загальним рівнем депресії. Ті, хто мав важкі форми депресії, значно частіше скаржилися на порушення сну, зокрема безсоння або часті пробудження вночі. Це вказує на те, що депресивний стан негативно впливає на якість сну, що, у свою чергу, може посилювати депресію.

Болі в спині та кінцівках мали кореляційний коефіцієнт $r = 0,66$. Люди, які мали високий рівень депресії, часто скаржилися на хронічні болі в спині, які не мали органічного пояснення. Це типова психосоматична реакція на

емоційне та психічне навантаження.

Головні болі мали кореляційний коефіцієнт $r = 0,61$ із рівнем депресії. Респонденти з високими показниками депресії частіше повідомляли про хронічні або часті головні болі, які також мали психосоматичне походження.

Хронічна втома мала найвищий коефіцієнт кореляції $r = 0,75$. Це означає, що депресивні респонденти найбільше страждали від постійного відчуття втоми, яке не зникало навіть після відпочинку.

Окрім основних кореляційних зв'язків, було проведено додатковий аналіз для оцінки впливу соціальних факторів на зв'язок між депресією та психосоматичними симптомами. Зокрема, соціально-економічні втрати, такі як переміщення або втрата близьких, суттєво впливали на поглиблення як депресії, так і фізичних симптомів.

Переселенці, які зазнали втрат домівок, мали вищі рівні депресії та психосоматичних симптомів. У цій групі кореляційний коефіцієнт між депресією та психосоматикою був ще вищим — $r = 0,78$, що вказує на сильну взаємодію цих факторів у контексті соціальних потрясінь.

Особи, які втратили близьких: кореляційний коефіцієнт для цієї групи становив $r = 0,73$, що свідчить про те, що емоційні втрати значно впливають на психосоматичні прояви депресії.

Кореляційний аналіз чітко показав, що депресія та психосоматичні симптоми мають сильний взаємозв'язок. Респонденти з вищими рівнями депресії частіше скаржилися на фізичні симптоми, такі як хронічні болі, головні болі, порушення сну та втома. Найсильніший зв'язок був виявлений між депресивними соматичними симптомами та фізичною втомою, що підтверджує теорію про тісну взаємодію психічних і фізичних проявів депресії.

Соціальні фактори, такі як переміщення та втрати через війну, також підсилюють цей взаємозв'язок, що вказує на необхідність комплексного підходу до лікування пацієнтів, які мають як психічні, так і фізичні симптоми депресії, особливо в умовах тривалого стресу.

3.4. Рекомендації щодо подальшої роботи з досліджуваними

На основі отриманих результатів дослідження, що виявили тісний взаємозв'язок між депресією та психосоматичними порушеннями, а також значний вплив соціальних факторів на психологічне та фізичне здоров'я респондентів, можна сформулювати низку рекомендацій для подальшої роботи з досліджуваними. Ці рекомендації спрямовані на підтримку та покращення психічного й фізичного стану респондентів, які зазнали впливу війни, втрат та інших травматичних подій.

Психологічна підтримка та консультування.

Для респондентів, які виявили високий рівень депресії та значну кількість психосоматичних симптомів, рекомендується проведення регулярних індивідуальних сеансів психотерапії. Найбільш ефективною для таких випадків є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає змінити негативні мисленнєві схеми, що підсилюють депресивні стани та фізичні симптоми.

Психоедукація, тобто пояснення респондентам природи психосоматичних розладів і того, як депресія впливає на фізичний стан, може допомогти зменшити тривожність стосовно їхніх фізичних симптомів. Інформування про механізми впливу стресу та депресії на тіло підвищить розуміння і полегшить процес лікування.

Для респондентів, які мають високий рівень тривоги або емоційного виснаження, слід розробити програми емоційної регуляції, що включають навчання навичок релаксації (медитація, дихальні техніки), які допоможуть знизити рівень стресу та покращити фізичне самопочуття.

Окрім індивідуальної терапії, доцільно організовувати групові сеанси психотерапії для респондентів, які зазнали схожих втрат або мають спільні стресові переживання (переселенці, люди, які втратили домівку чи близьких). Групова терапія сприяє формуванню відчуття підтримки та єдності, що може знизити рівень тривоги та депресії.

Медична підтримка та моніторинг фізичного здоров'я.

Оскільки психосоматичні симптоми можуть значно впливати на якість життя респондентів, необхідно забезпечити регулярний медичний моніторинг фізичного стану, особливо для осіб із хронічними соматичними скаргами (болі в спині, головні болі, порушення сну). Лікарі повинні співпрацювати з психологами для виключення органічних патологій і визначення психогенних причин симптомів. У випадках, коли депресивні та психосоматичні симптоми досягають високого рівня інтенсивності, слід розглянути можливість призначення медикаментозної терапії. Антидепресанти або тривожність знижуючі препарати можуть допомогти полегшити як психічні, так і фізичні симптоми, особливо при наявності серйозних порушень сну або хронічної втоми.

Для респондентів, які мають виражені болі в суглобах, спині та м'язах, необхідно забезпечити доступ до програм фізичної реабілітації, таких як фізіотерапія або масаж. Це може допомогти зменшити фізичні симптоми, які підсилюються на тлі психічних порушень.

Соціальна підтримка та допомога у вирішенні життєвих труднощів.

Для переселенців і людей, які втратили дім або роботу через війну, важливо надавати не тільки психологічну, але й соціальну підтримку. Програми соціальної адаптації, допомога у вирішенні юридичних питань або пошук житла можуть зменшити рівень стресу, що, у свою чергу, поліпшить психологічний стан.

Психологи можуть проводити тренінги з розвитку навичок подолання стресу. Це допоможе респондентам краще справлятися з щоденними стресовими ситуаціями, що виникають через військові дії та їхні наслідки. Особливо важливо навчати ефективних способів зниження стресу для людей, які перебувають у хронічному напруженні.

Для людей, які через війну втратили роботу або не можуть знайти стабільного джерела доходу, необхідно організовувати програми професійної перепідготовки або сприяння працевлаштуванню. Це знизить рівень

соціального стресу та поліпшить психічний стан, особливо серед осіб із високим рівнем тривоги або депресії, викликаним економічними труднощами.

Комплексний підхід до лікування психосоматичних розладів.

Співпраця між лікарями, психологами та соціальними працівниками. Для досягнення максимального ефекту в лікуванні респондентів необхідний комплексний підхід, що включає співпрацю різних фахівців. Лікарі мають проводити фізичні обстеження та виключати органічні патології, психологи — працювати над емоційними та когнітивними причинами симптомів, а соціальні працівники — допомагати вирішувати соціальні та економічні проблеми, що впливають на психологічний стан.

У процесі лікування респондентів, особливо тих, хто має важку депресію або значні психосоматичні симптоми, важливо залучати членів сім'ї та близьких людей. Емоційна підтримка з боку родини може відігравати ключову роль у процесі відновлення психологічного та фізичного здоров'я. Для кожного респондента слід розробляти індивідуальні плани лікування з регулярною оцінкою їхньої ефективності. Це дозволить коригувати підхід залежно від прогресу в лікуванні як психічних, так і фізичних симптомів.

Підтримка постійного зв'язку та довгостроковий супровід.

Оскільки депресія та психосоматичні розлади можуть мати хронічний характер, рекомендується забезпечити постійний супровід респондентів, навіть після завершення основного курсу лікування. Регулярні консультації та підтримка з боку медичних і психологічних фахівців допоможуть уникнути рецидивів та забезпечити стійке покращення стану. Для респондентів, які завершили курс лікування, необхідно впровадити програми підтримки, спрямовані на запобігання поверненню депресії та психосоматичних симптомів. Це можуть бути групи самодопомоги, регулярні консультації або тренінги зі стрес-менеджменту.

Результати дослідження свідчать про те, що для ефективної допомоги респондентам, які мають депресію та психосоматичні порушення, необхідно використовувати комплексний підхід, що включає психологічну, медичну,

соціальну та професійну підтримку. Індивідуальні та групові втручання, а також довгостроковий супровід сприятимуть покращенню психічного та фізичного здоров'я респондентів,

Висновок до третього розділу

У цьому розділі було проведено детальний аналіз результатів емпіричного дослідження, яке охоплювало вивчення депресивних симптомів, психосоматичних порушень та їхнього взаємозв'язку серед населення, яке зазнало впливу військових дій. Основні результати вказують на значну поширеність депресивних станів і психосоматичних розладів у досліджуваній вибірці, що відображає вплив хронічного стресу, травматичних подій і соціально-економічних втрат.

Аналіз даних, отриманих за допомогою шкал депресії Бека (BDI-II), PHQ-9 і PHQ-15, дозволив виявити, що понад 75% респондентів мають певний рівень депресії, а 47,9% демонструють її помірний, виражений або тяжкий ступінь. Це свідчить про серйозні емоційні труднощі, з якими стикаються люди в умовах війни, та необхідність своєчасного втручання. Психосоматичні симптоми, такі як хронічна втома, головні болі, болі в спині та порушення сну, також є широко поширеними, причому більшість респондентів (79,2%) мають від низького до високого рівня таких скарг.

Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між рівнем депресії та інтенсивністю психосоматичних симптомів ($r = 0,72$), що підкреслює їхню взаємозалежність. Виявлено, що депресивні симптоми, зокрема когнітивні (негативне мислення, почуття провини) та емоційні (тривога, дратівливість), суттєво підсилюють психосоматичні прояви. Найбільш поширеними симптомами, пов'язаними з депресією, були хронічна втома, головні болі та порушення сну.

Соціально-економічні чинники, такі як переселення, втрата домівки, роботи або близьких, посилюють взаємозв'язок між депресією та

психосоматичними симптомами. Наприклад, серед переселенців кореляційний коефіцієнт між цими змінними був ще вищим ($r = 0,78$), що вказує на вплив соціальних потрясінь на психологічне та фізичне здоров'я.

Результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики депресії та психосоматичних розладів. Розробка програм психологічної підтримки, медичного моніторингу та соціальної адаптації є важливим кроком для покращення стану респондентів. Особливу увагу слід приділити найбільш уразливим групам, таким як переселенці та особи, які втратили близьких.

Отримані дані вказують на доцільність впровадження довгострокових програм підтримки, спрямованих на зниження стресу, розвиток емоційної стійкості та запобігання поглибленню депресивних станів. Подальші дослідження допоможуть уточнити механізми взаємозв'язку між депресією та психосоматичними порушеннями та розробити ефективніші стратегії втручання.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було проведено комплексний теоретичний та емпіричний аналіз взаємозв'язку депресії та психосоматичних порушень серед цивільного населення, яке зазнало впливу військових дій. Отримані результати підтвердили важливість інтеграції психологічних, соціальних і медичних підходів для виявлення та лікування таких станів у пацієнтів, що перебувають у стані хронічного стресу. Вивчення цих проблем є актуальним не лише для науки, але й для практичної психології та медицини, з огляду на великий відсоток людей, що стикаються з депресією та її фізичними проявами в умовах війни.

Результати дослідження продемонстрували, що депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів серед людей, які зазнали впливу війни. Депресія виявилася комплексним явищем, що включає не тільки емоційні та когнітивні прояви, але й значний вплив на фізичне здоров'я респондентів. Психологічні фактори, такі як почуття безнадійності, тривога, порушення концентрації, супроводжувалися фізичними симптомами, серед яких найбільш поширеними були хронічна втома, порушення сну, болі в суглобах і головні болі. Ці результати підтверджують, що депресія не обмежується лише психічними проявами, але має сильний вплив на організм у цілому.

Психосоматичні порушення є однією з основних проблем, що виникають на фоні депресії. Аналіз результатів дослідження виявив, що понад 70% респондентів повідомляли про фізичні симптоми, які не мали органічного походження, але були зумовлені психологічними чинниками, зокрема стресом і депресією. Порушення сну, болі в спині, хронічна втома та головні болі були найпоширенішими психосоматичними скаргами. Це свідчить про необхідність врахування фізичних проявів у процесі діагностики депресії та розробки індивідуальних планів лікування.

Соціальні та економічні фактори, пов'язані з війною, значно впливають

на розвиток як депресії, так і психосоматичних порушень. Втрата домівки, близьких, робочих місць або відчуття нестабільності є потужними тригерами для виникнення хронічного стресу та емоційної травми. Переселенці та особи, які зазнали фізичних або емоційних втрат через військові дії, мали найвищі показники як депресії, так і фізичних симптомів. Це підкреслює важливість соціальної підтримки та професійної психологічної допомоги для таких категорій людей.

Кореляційний аналіз підтвердив існування сильної позитивної кореляції між рівнем депресії та інтенсивністю психосоматичних симптомів. Це означає, що чим вищий рівень депресії у респондентів, тим більш вираженими є фізичні симптоми, такі як болі, порушення сну та хронічна втома. Особливо сильний зв'язок був виявлений між депресією та порушеннями сну, а також втомою, що свідчить про тісну взаємодію психічних і фізичних процесів у контексті тривалого стресу.

На основі отриманих результатів можна стверджувати, що лікування депресії та психосоматичних порушень вимагає комплексного підходу. Окрім традиційної психотерапії (зокрема когнітивно-поведінкової терапії), пацієнти повинні отримувати медичну допомогу для полегшення фізичних симптомів, а також соціальну підтримку для подолання соціальних і економічних наслідків війни. Особливу увагу слід приділити груповим методам терапії, психоедукації та підтримці сімейного кола пацієнтів.

Оскільки депресія та психосоматичні порушення можуть мати хронічний характер, важливо забезпечити довгостроковий супровід пацієнтів. Регулярний моніторинг стану здоров'я, як психічного, так і фізичного, є необхідним для запобігання рецидивам депресивних станів та подальшого розвитку психосоматичних симптомів. Це дозволить знизити навантаження на медичну систему та поліпшити якість життя пацієнтів, які пережили військові дії та перебувають у стані хронічного стресу.

Отримані результати відкривають перспективи для подальших досліджень у сфері вивчення взаємозв'язку між депресією та

психосоматичними порушеннями в умовах війни. Особливо важливим є подальше дослідження методів комплексного лікування, що поєднують психотерапевтичні, соціальні та медичні заходи. Також доцільно вивчати вплив різних соціально-економічних факторів на психічний стан населення, яке зазнало впливу війни, з метою розробки більш ефективних програм реабілітації та підтримки.

Отже, депресія та психосоматичні порушення є важливими аспектами психічного та фізичного здоров'я людей, що зазнали впливу військових дій. Дослідження показало, що ці стани тісно пов'язані між собою, а їх лікування вимагає комплексного підходу, який враховує психологічні, фізичні та соціальні аспекти. Ефективне вирішення цих проблем потребує залучення не тільки медичних і психологічних працівників, але й соціальних служб, що дозволить забезпечити комплексну підтримку постраждалим від війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи: Збірник наукових праць за матеріалами Міжнародної науковопрактичної інтернет-конференції (м. Житомир, 25 квітня 2023 р.) / Ред. колегія: Л.Котлова, С.Дмитрієва, С.Максимець / М-во освіти і науки України, Житомирський державний університет імені Івана Франка, соц.-псих. факультет. Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2023. 208 с.
2. Алекс Корб У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю / пер. З англ. Анна Марховська – К : Наш формат, 2019. 216 с.
3. Алексіна Н., Герасименко О, Лавриненко Д., Шевченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*, 2024. 11, 77-103. URL: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2024-2-9>
4. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації) 368 Зб. наук. пр. Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України. Т. IV. Ч. 1.2002. С. 11–20.
5. Борисенко; Корват Л. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*, 2022, 9 (14).
6. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посіб. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35.
7. Бурдейний А. «Дистанційна підтримка на фронті стресу: подолання тривоги та депресії в умовах війни в Україні». URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/481>
8. Бурчинський С.Г. Тривожно-депресивні розлади при психосоматичній патології: чи існує альтернатива традиційній фармакотерапії? URL:

www.umj.com.ua/uk/publikatsia-257153-trivozhno-depresivni-rozradi-pri-psihosomatichnij-patologiyi-chi-isnuye-alternativa-traditsijnij-farmakoterapiyi

9. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. Проблеми сучасної психології, 2018, 40: 33-49.
10. Війна і депресія: що варто знати URL: <https://mozok.ua/depressiya/article/3746-vjna--depresya-sho-var-to-znati>
11. Володимир Станчишин. 2022. Емоційні гойдалки війни. Київ: Віхола.
12. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS>
13. Дейвід Вестбрук. Подолати депресію / пер. з англ. Діани Бусько; наук. Ред.. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Видавництво Свічадо, 2015. 94с.
14. Діагностично-статистичний посібник з психічних розладів (DSM) URL: <http://surl.li/xlhuge>
15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219с.
16. Коваль О.Є Тематичний словник-довідник з психології та педагогіки: Навчальний посібник. Вид. 2-ге доповнене та перероблене / Коваль О. Є. Тернопіль: ТНЕУ, 2013. 138 с.
17. Красков О. Вплив факторів стресу, пов'язаних з війною в Україні, на психічне здоров'я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсів Національного університету «Києво-Могилянська академія») Психосоматична медицина та загальна практика Том 9 № 3 .2024.С.
18. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їм людей під час війни. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». 2022. № 1. С. 28–33.

19. Лазорко О., Шевцова Т. Дослідження психоемоційних станів підлітків з різним рівнем резильєнтності під час війни. Психологічні перспективи, 2022, 40. 48
20. Максименко С.Д. , Шевченко .Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник. Київ : Ніжин, 2007. 115 с.
21. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів. Львів: Видавництво: Мс, 2004. 208с.
22. Морозюк К. Порушення сну внаслідок дистресу війни. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/428>
23. Москалець В. П. Загальна психологія : підручник. Київ : Ліра-К, 2020. 564 с.
24. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник . Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
25. Опитувальник депресії Бека URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90-%D0%94%D0%95%D0%9F%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%87-%D0%91%D0%95%D0%9A%D0%90_21.pdf
26. Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану URL: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-241952-vpliv-vijni-na-lyudinu-zmini-psihiki-ta-harakteru-v-umovah-voennogo-stanu)
27. Основи загальної і медичної психології / За ред. І.С. Вітенка і О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.
28. Основи соціальної психології : підручник для закладів вищої освіти / П. П. Горностай та ін. ; ред. М. М. Слюсаревський. Київ : Талком, 2018. 580 с.
29. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість. 2017. № 2 (12) . С.138-148.
30. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 3-тє видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. 200 с.

31. Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Київ, 13 жовтня 2023 р.). Київ: НУБІП України, 2023. - 87 с.
32. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
33. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
34. Пфайєр С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук ред. В. Бабич ; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
35. Соделевська В. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. PMGP URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/532>
36. Сохор Н, Ясній О, Смашна О, Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/471>
37. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / [В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін.]. Х.: Акад. ВВ МВС України, 2011. 250 с.
38. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, Суспільство, Війна. Харків, 2022. С.117-121.
39. Усенко К. Т. Депресивні стани особистості та особливості їх проявів в період після річниці війни в Україні. Інноваційні проекти для післявоєнного відновлення та розвитку України, 27.
40. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf

41. Хараджи М. В., Труніна Г. О. Емоційно-психологічний стан студентської молоді під час війни. Перспективи та інновації науки (Серія "Педагогіка", Серія "Психологія", Серія "Медицина"). 2023. № 12. С. 793-801.
42. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник . К. : Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.
43. Хаустова Е.А., Авраменко О.М. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії Посилання: URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-248382-stres-ta-trivoga-psihosomatichnij-pidhid-do-terapiyi
44. Через війну психічні розлади мають 90% населення країни" — інтерв'ю з професором Центру психічного здоров'я URL: <https://suspilne.media/443628-cerez-vijnu-psihicni-rozladi-maut-90-naselenna-kraini-intervu-z-profesorom-centru-psihicnogo-zdorova/>
45. Шкала депресії Цунга URL: <http://testik.com.ua/shkala-samootsinky-depresiyi-u-tsung-adaptatsiya-t-i-balashovoyi/>
46. Шепелева А. Затяжна війна: як українці долають стрес і депресію URL: <https://www.dw.com/uk/zatazna-vijna-ak-ukrainci-dolaut-stres-i-depresiu/a-63605740>
47. Широка, А. О., Миколайчук, М. Я. Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (ааґ-іі) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», 2021. (3), 101-112. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14>
48. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. Адаптація та валідизація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. 2020. 66-72. URL: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>

49. Штепа О. Емпіричне вивчення психологічних ресурсів особистості. Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Київ, 2011. Т. 11. Вип. 4. Ч. 2. С. 335–336
50. Штепа О. С. Особливості психологічної ресурсності осіб зрілого віку. Вісник Львівського університету. Серія : Філософські науки. Львів, 2012. - Вип. 15. - С. 310-317.
51. Широка А. О., & Миколайчук, М. Я. І. Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (ааґ-іі) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», 2021. (3), 101-112.
52. Юнак В. Ю. Депресія: погляд психотерапевта : наук.-попул. Вид. : ВСВ «Медицина», 2023. 334 с. Колк Б. Тіло веде веде лік. Як лишити психотравми в минулому Серія «Саморозвиток» / пер. А. Цвір. Харків : Віват, 2024. 624 с.
53. Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., ... & Foa, E. B. A non-inferiority trial of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. 2017. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 57-65.
54. Aleksina, N., Gerasimenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*, (11), 77-103.
55. Bandeira I.P., Schlindwein M.A.M., Breis L.C. et al. Neurological Complications of the COVID-19 Pandemic: What Have We Got So Far?. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1321:21-31. doi:10.1007/978-3-030-59261-5_2.
56. Ben-Ezra, M., Mor-Ben-Ishai, S., Hamama-Raz, Y., Bachem, R., Leshem, E., & Levin, Y. (2024). The association between negative war-related beliefs and probable PTSD and complex PTSD among Ukrainians during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry research*, 339, 116051. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116051>

57. Bryant S.E., McNabb K. Postintensive Care Syndrome. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2019;31(4):507-516. doi:10.1016/j.cnc.2019.07.006.
58. Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Board and Policy Division of ESCAP, Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*, 31(6), 845–853. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
59. Choi, K. W., Stein, M. B., Dunn, E. C., Koenen, K. C., & Smoller, J. W. (2019). Genomics and psychological resilience: a research agenda. *Molecular psychiatry*, 24(12), 1770–1778. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0457-6>
60. Choudhary, O. P., Saied, A. A., Ali, R. K., & Maulud, S. Q. (2022). Russo-Ukrainian war: An unexpected event during the COVID-19 pandemic. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 48, 102346.
61. Chumachenko D, Chumachenko T. Impact of war on the dynamics of COVID-19 in Ukraine. *BMJ Global Health* 2022;7:e009173. doi:10.1136/bmjgh-2022-009173
62. Giordano, C., Ambrosiano, I., Graffeo, M. T., Di Caro, A., & Gullo, S. The transition to online psychotherapy during the pandemic: a qualitative study on patients' perspectives. *Research in psychotherapy (Milano)*, 2022. 25(3), 638.
63. Hodes M. (2023). Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clinical child psychology and psychiatry*, 28(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/13591045221125639>
64. Holmes J. (2017). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. *Attachment & human development*, 19(4), 364-381. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1306087>
65. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (The) Diagnostic Criteria for Research. Switzerland : World Health Organization, 1993. 248 p. 49
66. Kanda, Y. (2012). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48(3), 452-458. [10.1038/bmt.2012.244](https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244)

67. Khaustova, O., Assonov, D., & Asanova, A. Проактивний психосоматичний підхід до терапії постковідної депресії. 2021. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 6(3).
68. Kincaid K.J., Kung J.C., Senetar A.J. et al. Postcovid seizure: A new feature of «long-COVID». *EneurologicalSci*. 2021;23:100340. doi:10.1016/j.ensci.2021.100340.
69. Komariah, M., Amirah, S., Faisal, E. G., Prayogo, S. A., Maulana, S., Platini, H., Suryani, S., Yosep, I., & Arifin, H. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety among Global Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Randomized Controlled Trial Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 2022. 10(7), 1224.
70. Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD012527. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
71. Lawlor, Clark. *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*. Велика Британія, OUP Oxford, 2012.
72. Lyra E Silva N.M., Barros-Aragão F.G.Q., De Felice F.G. et al. Inflammation at the crossroads of COVID-19, cognitive deficits and depression. *Neuropharmacology*. 2022;209:109023. doi:10.1016/j.neuropharm.2022.109023.
73. Maltezou H.C., Pavli A., Tsakris A. Postcovid Syndrome: An Insight on Its Pathogenesis. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(5):497. doi:10.3390/vaccines9050497.
74. Martillo M.A., Dangayach N.S., Tabacof L. et al. Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study From a New York City Critical Care Recovery Clinic. *Crit Care Med*. 2021;49(9):1427-1438. doi:10.1097/CCM.0000000000005014
75. Mayer K.P., Steele A.K., Soper M.K. et al. Physical Therapy Management of an Individual With Postcovid Syndrome: A Case Report. *Phys Ther*. 2021;101(6):pzab098. doi:10.1093/ptj/pzab098.

76. Olesen T.S.W., Kruse M., Pawlowicz-Dworzanska M. et al. *Ugeskr Laeger*. 2017;179(45):V12160915.
77. Oviedo, L., Seryczyńska, B., Torralba, J., Roszak, P., Del Angel, J., Vyshynska, O., Muzychuk, I., & Churpita, S. (2022). Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13094. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013094>
78. Reid R. (2016). Psychological Resilience. *The Medico-legal journal*, 84(4), 172–184. <https://doi.org/10.1177/0025817216638781>
79. Rief W. & Hiller, W. (1992,). *Somatoforme Storungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber
80. Sadowsky, Jonathan. *The Empire of Depression: A New History*. Велика Британія, Polity Press, 2020.
81. Sher L. Postcovid syndrome and suicide risk. *QJM*. 2021;114(2):95-98. doi:10.1093/qjmed/hcab007.
82. Shi, Y., Bai, Y., Zhang, L., Chen, Y., Liu, X., Liu, Y., & Yin, H. (2022). Psychological resilience mediates the association of the middle frontal gyrus functional connectivity with sleep quality. *Brain imaging and behavior*, 16(6), 2735–2743. <https://doi.org/10.1007/s11682-022-00735-5>
83. Slone, M., & Peer, A. (2021). Children’s Reactions to War, Armed Conflict and Displacement: Resilience in a Social Climate of Support. *Current psychiatry reports*, 23(11), 76. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01283-3>
84. Smeeth, D., Beck, S., Karam, E. G., & Pluess, M. (2021). The role of epigenetics in psychological resilience. *The lancet. Psychiatry*, 8(7), 620–629. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30515-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30515-0)
85. Sousa, G. M. D., Tavares, V. D. D. O., de Meiroz Grilo, M. L. P., Coelho, M. L. G., Lima-Araújo, G. L. D., Schuch, F. B., & Galvão-Coelho, N. L. (2021). Mental health in COVID-19 pandemic: a meta-review of prevalence meta-analyses. *Frontiers in psychology*, 12, 703838. doi:10.3389/fpsyg.2021.703838

ДОДАТКИ