

УДК 159.98.

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9\(14\)-53-65](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-9(14)-53-65)

Борисенко Лариса Леонідівна кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології, ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», пр. Перемоги, 54/1, м. Київ, 03057, тел.: (044)371-61-05, <https://orcid.org/0000-0002-4318-997X>

Корват Лариса Володимирівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології, ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана», пр. Перемоги, 54/1, м. Київ, 03057, тел.: (044)371-61-05, <https://orcid.org/0000-0001-5531-9535>

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Анотація. На основі теоретичного аналізу наукових підходів вчених-психологів у статті з'ясовано сутність поняття «депресивні стани». Наголошено, що трагічні події, пов'язані з війною, значною мірою вплинули на емоційний стан українців. В умовах воєнного стану тривалий час люди знаходилися і продовжують знаходитися в стані фізичної та емоційної напруги. Руйнування, насильство, втрата близьких, помешкання, вимушене переселення викликають певний спектр негативних емоцій: страх, тривога, заціпеніння. Через такі переживання люди втрачають позитивний настрій та все частіше піддаються стресу та фрустрації, що призводить до виникнення депресивних станів. Обґрунтовано актуальність, важливість даного дослідження, в центрі якого перебувають питання, спрямовані на обґрунтування психофізіологічних критеріїв оцінки депресивних станів осіб в умовах воєнного стану.

Описуються результати емпіричного дослідження проявів депресії та схильності до стресів респондентів різних вікових груп. Загальний обсяг вибірки складався з 68-ми респондентів різної вікової категорії: 25 осіб (віком 18-22 років), 23 особи (віком 35-50 років), 20 осіб (віком 60-70 років). Дослідження проводилося в напружених умовах воєнного стану в Україні в квітні-травні 2022 року он-лайн через гугл-форми з використанням психодіагностичних методик: диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова, тест Дж. Дженкінсона «Схильність до стресу» (в модифікації Фрідмана і Розенмана). Проведене емпіричне дослідження виявило наявність депресивних станів у значної частини респондентів різних вікових груп. Ці показники свідчать про зниження адаптаційних можливостей організму людей та, як наслідок, зменшення стресостійкості особистості в умовах воєнного стану в Україні.

Висновки. Результати таких досліджень мають стати підставою для розробки та реалізації різних напрямків психологічної допомоги особам

різного віку з урахуванням виявлених порушень в емоційній сфері з метою стабілізації їхнього психологічного здоров'я.

Ключові слова: депресія, депресивні стани, стрес, схильність до стресу, воєнний стан, респонденти, психічне здоров'я.

Borysenko Larysa Leonidivna Ph.D. in Pedagogy, Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology, Kyiv National Economic University named after Vadym Getman, Peremohy Ave., 54/1, Kyiv, 03057, tel.: (044) 371-61-05, <https://orcid.org/0000-0002-4318-997X>

Korvat Larysa Volodymyrivna Ph.D. in Psychology, Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology, Kyiv National Economic University named after Vadym Getman, Peremohy Ave., 54/1, Kyiv, 03057, tel.: (044) 371-61-05, <https://orcid.org/0000-0001-5531-9535>

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DEPRESSIONS OF PERSONS IN THE CONDITIONS OF MARTIAL LAW IN UKRAINE

Abstract. On the basis of the theoretical analysis of scientific approaches of scientists-psychologists in the article the essence of the concept "depressive states" is found out. It is emphasized that the tragic events associated with the war had a significant impact on the emotional state of Ukrainians. People have been under martial law for a long time and continue to be in a state of physical and emotional tension. Destruction, violence, loss of loved ones, housing, forced relocation cause a certain range of negative emotions: anxiety, fear, numbness. Because of such experiences, people lose positive moods and are increasingly subjected to stress and frustration, which leads to the emergence of depressive states. The relevance and importance of this study is substantiated, focusing on questions aimed at determining the psychophysiological criteria for assessing depressive states under martial law.

The results of empirical research of depression manifestations and stress propensity of respondents of different ages are described. The total sample size was 68 respondents of different age groups: 25 persons (aged 18-22), 23 persons (aged 35-50), and 20 persons (aged 60-70). The research was conducted under difficult conditions of martial law in Ukraine in April-May 2022 online through Google forms using psychodiagnostic methods: differential diagnosis of depressive states by V.A. Zhmurov, J. Jenkinson test "Tendency to stress" (modified by Friedman and Rosenman). The carried out empirical research has revealed the presence of depressive states in a significant part of respondents of different ages. These indicators testify to a decrease in the adaptation possibilities of the organism of people and, as consequence, to a decrease in the stress-resistance of the individual under martial law conditions.

Conclusions. Results of such researches should become basis for working out and realization of various directions of the psychological help to persons of all age in view of the revealed infringements in the emotional sphere for stabilization of their mental health.

Keywords: depression, depressive states, stress, stress propensity, martial law, respondents, mental health.

Постановка проблеми. Минуло майже півроку з початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Багато людей втратили роботу, дім, близьких людей. Від психологічних розладів страждають як цивільні, так і військові. Щодня нас накриває потік негативних новин. Трагічні події, які проживає наша країна, значною мірою вплинули на емоційний стан українців. Внаслідок воєнних дій умови надзвичайної ситуації перетворилися на умови повсякденного життя для пересічних громадян: як дорослих, так і дітей. Тривалий час люди знаходилися і продовжують знаходитися в стані фізичної та емоційної напруги. Руйнування, насильство, втрата помешкання, вимушене переселення викликають певний спектр негативних емоцій. Страх, тривога, заціпеніння, апатія – це не повний перелік того, що відчувають люди, які мають власний досвід переживання воєнного конфлікту. Через такі переживання люди втрачають позитивний настрій та все частіше піддаються стресу та фрустрації, що призводить до виникнення депресивних станів.

Тому актуальним, важливим, суттєвим та цілком необхідним є дослідження, в центрі якого перебувають питання, спрямовані на обґрунтування психофізіологічних критеріїв оцінки депресивних станів, адаптаційних можливостей організму осіб в умовах воєнного стану. Аналіз прояву депресивних станів людей різних вікових категорій, передумов їх виникнення та факторів загострення є важливими актуальними питаннями психологічних наук.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Основними концептуальними передумовами вивчення проблеми депресії стали праці Г. Сельє та його послідовників з вивчення загального адаптаційного синдрому (Р. Лазарус, Р. Розенман, І. Фрідман), а також праці, присвячені вивченню так званої «депресії виснаження» (П. Кільхольц, Р. Бек) [1].

Депресії та депресивні стани активно досліджуються в медичній та клінічній психології (В. Блейхер, А. Бек, Н. Гаранян, В. Ковальов, В. Мазуро, Б. Михайлов, Г. Браун, Н. Ковач, Р. Комер, Д. Коул, Г. Браун, Дж. Мак-Каллоу, К. Петерсон, С. Пфайфер) [1; 2].

Як вказують вчені, однією з причин виникнення депресивного стану та розладу є переживання травмуючих подій і наслідки психотравматичного впливу у людей, особливо в умовах війни в країні [3]. Психотравмуючі події та їхні наслідки для поведінкової, емоційної і пізнавальної сфери особистості, вірогідність виникнення дезадаптивної поведінки, психосоматичних і

нервово-психічних розладів унаслідок травматичного стресу розглядали у своїх наукових дослідженнях Л. Крижанівська, Г. Ложкін, В. Маріщук, О. Морозов, Г. Нікіфоров, О. Носкова, Н. Тарабріна, І. Толкунова та ін. У медичній психології підтримується загальна точка зору про частоту виявлення депресивних станів в осіб, що перебувають в екстремальних ситуаціях, зокрема, під час війни.

Таким чином, в умовах сьогодення основним завданням психологічної науки загалом та зокрема практичної психології є розкриття механізмів розвитку депресивних станів осіб, надання їм психологічної допомоги з метою зменшення впливу психотравмуючих ситуацій та покращання їх психологічного здоров'я.

Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні проблеми депресивних станів та емпіричному дослідженні прояву їх особливостей в осіб різних вікових категорій в умовах воєнного стану; у виявленні взаємозв'язку депресії та стресу в зазначених групах респондентів.

Виклад основного матеріалу. Доцільно розглянути наукові підходи вчених щодо трактування понять «депресія, депресивні стани».

Як визначають вчені-психологи, Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, *депресивні стани людини* – це складна комбінація емоцій, уявлень, споминів і думок, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому [4]. Окрім того, враховується роль інших афективних факторів, таких як зниження інтересу до навколишнього середовища, підвищення втомлюваності і погіршення фізичного самопочуття. Окрім цього, депресія включає в себе різноманітні соматичні симптоми. Серед осіб, що опинилися на окупованих ворогом територіях, чи внутрішньо переміщених або навіть в більш-менш безпечних місцях, найчастіше депресія пов'язана з утратою впевненості у завтрашньому дні; страхом перед ворожими нападами та вбивством рідних та близьких під час ракетних ударів по мирних мешканцях, по військових об'єктах. Причиною виникнення депресивних станів можуть стати переживання, коли людина відчуває, що не здатна справитися зі страхом, стресом, тривогою за долю близьких та країни.

Депресивні стани, як зазначають Г. Ложкін, М. Мушкевич, виникають на фоні депресії та характеризуються наступними ознаками:

- пригнічений настрій (або роздратованість);
- втома або втрата енергійності;
- тривога, страх;
- помітне зниження інтересу до життя або незадоволеність ним;
- значне зниження або збільшення маси тіла, не викликані зміною дієти;

- безсоння або сонливість;
- почуття нікчемності, надлишкової або неадекватної провини;
- зниження здатності мислити, зосередитися, нерішучість, загальмованість [5].

Як зазначає Самюель Пфайфер, депресія – (від лат. *depressio* – пригнічення) – афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних (пов'язаних з пізнанням) уявлень й загальною пасивністю поведінки [6]. Суб'єктивно людина в стані депресії, в першу чергу, переживає тяжкі, болісні емоції й переживання – пригніченість, смуток, відчай. Потяги, мотиви, волюва активність – різко знижені. Характерними є думки щодо власної відповідальності за різні неприємні, тяжкі обставини, які виникли в житті людини або її рідних та близьких. Почуття провини за події минулого та почуття безпорадності перед життєвими негараздами поєднуються разом з думками про відсутність будь-яких перспектив. Самооцінка різко знижена; змінюється, також, сприйняття часу, яке починає просуватися для людини відчутно довго. Для поведінки у стані депресії характерні: повільність, безініціативність, швидка втомлюваність, низька продуктивність. У тяжких затяжних випадках є імовірність спроби самогубств.

Розрізняються й функціональні стани депресії, які можливі у здорових людей у рамках нормального психічного функціонування, та патологічна депресія, яка являється одним з основних патопсихологічних синдромів (А. Мельник [7]).

Залежно від провідних ознак порушень настрою виокремлюють такі види депресій [7]:

Тужливу депресію – у вигляді вираженої, нестерпної душевної болі, яка має фізичний прояв (людина вказує на грудний відділ, де за її думкою, локалізований «душевний біль»).

При *тривожній депресії* – людина скаржиться на занепокоєння, безпричинну тривогу. Якщо тужлива депресія частіше супроводжується руховою загальмованістю, то тривожна – руховим занепокоєнням, метушливістю, може виникати стан ажитації.

Адинамічна депресія супроводжується повільністю, бездіяльністю, що пов'язано зі зниженням спонукань й іншими негативними переживаннями.

При *апатичній депресії* у першу чергу проявляється байдуже ставлення до самого себе, до близьких людей. У разі адинамічної депресії особа не в змозі щось виконувати, то при апатичній – не прагне, повністю відсутнє бажання.

Дисфорична депресія, – при якій поганий настрій супроводжується роздратованістю, агресією.

Реактивні за своєю структурою депресії виникають в основному у зв'язку з важкими психотравмуючими ситуаціями. Це часто характеризується швидким наростанням афективних розладів, збереженням протягом

хворобливого стану психологічно виявлених зв'язків клінічних проявів депресії зі вмістом психотравми. Переважає афект зневіри, пригніченості, почуття байдужості, безвихідності. Люди в цих випадках зазвичай зосереджені на обставинах психічної травми, не в змозі відволіктися від обтяжливих переживань, того нещастя, що їх спіткало. У поведінці переважають пасивність, у висловлюваннях – претензії до оточуючих. Ідеї самозвинувачення також пов'язані з психотравмуючими переживаннями. Добовий ритм змін настрою не тільки не виражений, але часто перекручений. Відзначаються значні вегетативні порушення у вигляді нападів прискореного серцебиття, пітливості, коливань артеріального тиску. Частими є скарги на поверхневий сон з жахливими сновидіннями. Тривалість такого реактивного по структурі депресивного стану близько трьох місяців [7].

Депресії характеризуються розвитком депресивного стану, основний зміст якого визначається психотравмуючою ситуацією. Люди звинувачують у трагедії збіг обставин, свою долю, прагнуть їх надмірно драматизувати. На перший план в цих випадках виступає заклопотаність своїм поганим самопочуттям. Надалі, проте, посилюється віталізація афективних розладів і в депресії все більше і більше виявляються ендогенні риси з фізичним проявом «душевного болю», з'являються елементи рухової загальмованості. Хворі відзначають у себе зникнення легкості, пластичності в рухах, труднощі у виконанні розрахункових операцій (хоча пацієнти іноді намагаються пояснити це забудькуватістю). Через деякий час остаточно втрачає свою актуальність тема психотравмуючих переживань. У висловлюваннях хворих починають переважати депресивні ідеї самозвинувачення і, більш окресленими стають типові для ендогенної депресії добові зміни самопочуття з поліпшенням настрою у вечірні години і виразні соматовегетативні ознаки депресії. Ендореактивна депресія зазвичай буває більш тривалою в порівнянні з реактивною, продовжуючись у середньому близько шести місяців (І. Вітенко [8]).

Клінічна картина типових ендогенних депресій характеризується наявністю вітального афекту туги з відповідними йому змінами в руховій сферах. Хворі відзначають труднощі в засвоєнні нової інформації, труднощі зосередження, відчуття «порожнечі» в голові. Їх рухи відрізняються повільністю. Висловлювані ними ідеї самознищення і самозвинувачення носять надцінний характер. Є і соматичні прояви депресії у вигляді погіршення апетиту, зниження маси тіла, закріпів. Характерним для таких депресій є наявність типового для ендогенної депресії добового ритму з помітним поліпшенням психічного стану в другій половині дня. Тривалість ендогенних депресій в середньому близько п'яти місяців [9].

Слід зазначити, що серед реактивних по структурі депресій приблизно з однаковою частотою зустрічаються тривожно-фобічні, астенодинамічні і істеродепресивні [8].

Причини, фактори, які обумовлюють виникнення депресії та депресивних станів можна охарактеризувати як зовнішні (екзогенні) та

внутрішні (ендогенні). Тобто, депресія та депресивні стани бувають двох видів: *ендогенні*, що виникають незалежно від зовнішніх стресів і життєвих ситуацій, оскільки зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини та мають генетичний характер, та *екзогенні*, пов'язана із зовнішніми факторами. Ендогенні депресивні стани можуть виникати у будь-якому віці, а різноманітні негаразди і пережиті стреси, такі як конфлікт на роботі, смерть близької людини, можуть стати поштовхом до їх виникнення [8].

Найбільша небезпека депресивних станів проявляється в їх тривалості та ігноруванні їх наслідків, без належної уваги як з боку особистості, так і з боку її оточення. Така непримітність з часом може мати трагічні наслідки, починаючи від серйозних психічних розладів і закінчуючи самогубством. Депресія в основному виникає унаслідок втрати, причому не лише фізичної, а й втрати самоповаги, впевненості у собі та почуття власної гідності. Депресія є складним патерном базових емоцій, що включає в себе передусім емоцію горя, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому [8].

Як указують Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, для людей у стані депресії характерний негативізм. Їхній погляд на життя можна окреслити як такий, що забарвлений у темні кольори. Люди з важкою формою депресії відчувають нікчемність, апатію, байдужність до друзів і родини, вони не можуть нормально спати. Надмірно песимістичний погляд на світ змушує їх перебільшено переживати погане і зводити до мінімуму гарне. Як зазначає Г. Ложкін, в основі мислення людей у стані депресії лежить атрибуція відповідальності. У людей у стані депресії легше знайти негативний стиль пояснення, ніж у людей без депресії. Вони з легкістю пояснюють невдачу стійкими причинами [4].

З іншого боку, депресивний настрій є причиною негативного мислення. «Коли ми відчуваємо себе щасливими, то бачимо і згадуємо гарне. Але якщо наш настрій стає похмурим, то наші думки починають рухатися іншим шляхом. Рожеві окуляри ховаються у футляр, а на світло витягаються чорні. Тепер поганий настрій викликає в пам'яті негативні події. Здається, що наші взаємини зіпсувалися, наш Я-образ погіршився, наші надії на майбутнє похмурі, вчинки людей огидні. Таким чином, коли депресія наростає, спогади й очікування стають важкими; коли депресія йде на спад, мислення прояснюється» [4].

Американські дослідники А. Бек, П. Самюель виявили взаємозв'язок поганого настрою та негативних думок. Вони продемонстрували, як поганий настрій, викликаний невдачею, може затьмарити мислення. Дослідники просили болільників спрогнозувати результати майбутніх ігор команди і свою власну поведінку. Після поразки команди люди досить похмуро оцінювали не тільки її майбутнє, а й своє власне [1; 6].

Депресивний настрій впливає і на поведінку. Замкнута, похмура і невдоволена людина не отримує радості й співчуття від інших. Виявлено, що люди в стані депресії усвідомлюють, що інші не схвалюють їхню поведінку. Їхні песимістичні погляди й, особливо, їхній поганий настрій викликають соціальне відторгнення. Депресивна поведінка може також викликати відповідну депресію в інших. Тому для людей у стані депресії існує ризик розлучення, звільнення з роботи або небажання спілкуватися з іншими. Вони також можуть відшукувати людей, які відгукуються про них недоброчливо, підтверджуючи і ще більше підсилюючи тим самим свій негативний «Я-образ».

Отже, можна стверджувати, що стан депресії має когнітивний і поведінковий ефекти [1; 6].

Дослідження вчених вказують, що негативні, ірраціональні думки також є причиною депресивного настрою. Багато з досліджуваних мали депресивні стани, коли переживали важкі стреси: втрату роботи, розлучення або розрив із близькою людиною, страждання під час фізичної травми – усе, що підриває почуття власної значущості. Однак сумні міркування можуть бути й адаптивними – прозріння, що відбулося під час депресивної бездіяльності, може пізніше породити кращі стратегії для взаємодій зі світом. Разом із тим люди, схильні до депресії, реагують на погані події, зосереджуючись на собі й обвинувачуючи себе. Але їхня самоповага швидко зростає, коли вони почувають підтримку, і падає, коли з'являється загроза [10].

Дослідження дітей, підлітків і дорослих підтверджують, що ті, у кого песимістичний стиль поведінки, з більшою імовірністю впадуть у депресію, якщо відбудуться неприємні події.

У тих, хто схильний до депресії, стреси є пусковим механізмом до сумних переживань, зосередженості на собі, самозвинувачення. Подібні переживання породжують депресивний настрій, що круто змінює думки і вчинки людини, які, у свою чергу, підживлюють негативні переживання, самозвинувачення та депресивний настрій (О. Тімченко) [11].

Отже, депресія одночасно є і причиною, і наслідком негативного сприймання світу.

Вичерпною когнітивною теорією депресії є теорія А. Бека. Когнітивні процеси, на думку вченого, є первинною детермінантою емоцій, настрою і поведінки. Сприйняття індивідом самого себе, сприйняття світу і майбутнього розглядається як первинна тріада когнітивних факторів. У силу негативного самосприйняття депресивна людина вважає себе: неадекватною, нікчемною, ущербною, нещасливою. Як стверджує А. Бек, негативний погляд на світ змушує людину сприймати свою взаємодію зі світом як перелік провалів і поразок, а негативне сприйняття майбутнього виражається в тому, що людина бачить попереду лише нескінченне продовження мук. Більшість типових депресивних симптомів, такі як параліч волі, суїцидальні спроби і занижена

самооцінка, пояснюються вченим як результат дії того чи іншого когнітивного фактора [1].

Першопричиною депресії, на думку А. Бека є не емоції, а когнітивна організація, схема, яка диктує депресивне сприйняття і депресивну концептуалізацію об'єкта чи ідеї. Його модель депресії заснована на таких характеристиках, як особистісна ущербність і негативні очікування. Окрім того, вчений провів детальний, різнобічний аналіз симптомів і проявів депресії. Він виділив чотири основні групи характеристик депресивного стану:

1. Емоційні (горе, сум, пригнічений настрій).
2. Когнітивні (відмова самому собі від найбільш важливих особливостей).
3. Мотиваційні (пасивність, залежність, уникання, параліч волі).
4. Фізіологічні (утрата апетиту, розлади сну) [1].

Отже, психічне здоров'я людини і депресивні стани взаємопов'язані. Депресія в основному розглядається як стан безпорадності, постійної тривоги, очікування болі і страху, як утрата окремих навиків адаптаційної поведінки і заміщення їх реакціями уникання.

Нааявне в суспільстві психоемоційне напруження, зумовлене тривалим стресом у зв'язку з війною, має тенденцію до накопичення дезадаптивних реакцій та потягти за собою цілий комплекс небажаних медичних, соціальних ризиків.

Ці реакції можуть розвиватися за кількома напрямками одночасно, а саме:

1) сплеск депресивних, тривожних, фобічних, постратравматичних стресових та інших важких і надважких психічних розладів у відповідь на істотне погіршення військово-політичної та соціально-економічної ситуації;

2) заперечення в необхідності захисних та обмежувальних заходів.

З огляду на вищесказане, наразі постає найактуальніше завдання у сфері забезпечення психологічної допомоги та підтримання психоемоційного стану населення в умовах воєнного стану [5].

З метою визначення ступеня вираженості депресії в осіб різної вікової категорії нами було проведено емпіричне дослідження, в якому взяли участь 25 осіб (віком 18-22 років), 23 особи (віком 40-55 років), 20 осіб (віком 65-75 років). Дослідження проводилося в напружених умовах воєнного стану в Україні в квітні-травні 2022 року онлайн через гугл-форми та з використанням таких психодіагностичних інструментів: методики диференціальної діагностики депресивних станів за В.А. Жмуровим та методики «Схильність до стресу» за Дж. Дженкінсоном (модифікація Фрідмана і Розенмана).

Результати опитування представлено в табл.1. та табл.2.

Таблиця 1

**Рівні прояву депресивних станів респондентів різних вікових груп
(за методикою В.А. Жмурова)**

| Рівні прояву депресивних станів | Респонденти (25 осіб /18-22 р.) | Респонденти (23 осіб / 40-55 р.) | Респонденти (20 осіб / 65-75 р.) |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | К-сть осіб у % | К-сть осіб у % | К-сть осіб у % |
| депресія відсутня | 7,0 | 11,0 | - |
| депресія мінімальна | 9,0 | 15,0 | - |
| легка депресія | 12,0 | 26,1 | 12,0 |
| помірна депресія | 24,0 | 21,9 | 36,0 |
| виражена депресія | 40,0 | 17,3 | 43,0 |
| глибока депресія | 8,0 | 8,7 | 9,0 |

За результатами опитування виявлено найбільш високі ступені вираженості депресивних станів – виражена та глибока депресія у групі респондентів віком 65-75 років (52% осіб) та у віковій групі (18-22 роки, 48% осіб). У групі респондентів віком 40-55 років виявлено меншу частку (26% осіб) з вираженою та глибокою депресією. Ці дані свідчать про те, що люди старшого покоління більш вразливі до подій воєнного часу, а їхні адаптаційні можливості до життя в екстремальних ситуаціях знижені. Це пов'язано з віковими особливостями цих людей, станом їхнього фізичного та психологічного здоров'я. Так само і молоді люди, більшість з яких є студенти, – гостро розуміють всю складність того, що трапилося, і тому почувають себе приголомшеними, розгубленими, починають замислюватися над тим, що їх чекає у майбутньому. Як продовжувати навчання в умовах воєнного стану? Через такі думки молоді люди втрачають позитивний настрій, відчують тривогу, страх, та все частіше піддаються стресу та депресії. Люди середнього віку виявили меншу схильність до депресії, порівняно з попередніми групами респондентів, оскільки на них впали турботи про дітей, пристарілих батьків, а також пошуки безпечних місць проживання для рідних, пошуки роботи та несприятливі умови праці. Ці обставини спонукали їх до активних дій, мобілізації психофізіологічних можливостей особистості, подолання страху та тривоги.

Оскільки стреси є пусковим механізмом депресій, емпіричне дослідження ми доповнили опитуванням цих груп респондентів щодо їх схильності до стресу за методикою Дж. Дженкінсона «Схильність до стресу» (в модифікації Фрідмана і Розенмана).

Таблиця 2

**Рівні прояву схильності до стресу респондентів різних вікових груп
(за методикою Дж. Дженкінсона)**

| Рівні прояву схильності до стресу | Респонденти (25 осіб /18-22 р.) | Респонденти (23 осіб / 40-55 р.) | Респонденти (20 осіб / 65-75 р.) |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | К-сть осіб у % | К-сть осіб у % | К-сть осіб у % |
| низький | 12,0 | 16,0 | 8,0 |
| середній | 28,0 | 28,0 | 24,0 |
| високий | 60,0 | 56,0 | 68,0 |

За результатами опитування виявлено, що більшість респондентів усіх вікових груп мають високі рівні схильності до стресу: 60,0% осіб віком 18-22 років; 56,0% осіб віком 40-55 років; 68,0% осіб віком 65-75 років.

Засновник вчення про стрес Ганс Сельє визначив стрес, як неспецифічну реакцію на відповідь організму на різні вимоги середовища, що представляє собою напругу організму, спрямовану на пристосування і подолання труднощів, що виникли [12].

Стрес може носити гострий характер та бути хронічним. У моменти гострого стресу, зокрема, на початку війни, спостерігається фізіологічний дискомфорт, емоційне та когнітивне напруження в екстремальних умовах та очікування катастрофи. Більш складні наслідки для організму людини несе хронічний стрес, коли дія стресогенних факторів продовжується. Людина відчуває на собі такі прояви, як: порушення сну, тривога, депресія, агресія та інші психосоматичні реакції. Фізіологічні прояви стресу охоплюють всі системи організму, в першу чергу серцево-судинну, нервову, дихальну, кишково-шлунковий тракт. Людина, яка зазнала дію стресора, відчуває збільшення частоти пульсу, підвищення артеріального тиску, поколювання в області голови, серця, неприємні відчуття в шлунково-кишковому тракті. Переважно дії мають комплексний характер. Погіршується загальне самопочуття, частіше з'являється стомлюваність, знижується імунітет, частішають захворювання; люди різко втрачають або набирають вагу. Чим довша дія стресорів, тим швидше гострі захворювання переходять в стадію хронічну [13].

За фізіологічними проявами зазнає змін і емоційний стан людини. Настрій змінюється, частішають негативні емоційні спалахи. Людина стає схвильованою, підвищується тривожність; виникає дратівливість, гнів і, навіть, агресія, або навпаки знижується психічна активність, домінує відчуття прострації. Якщо дія чинників не припиняється, може розвинути невроз та перейти в депресію [14].

Отже, можна припустити, що існує взаємозв'язок стресу та депресивних станів осіб.

Щоб підтвердити це припущення, ми здійснили кореляційний аналіз методом рангової кореляції за Спірменом, співставивши отримані дані у кожній віковій групі респондентів. За результатами аналізу виявлено позитивні статистично значущі взаємозв'язки між показниками «депресія» та «схильність до стресу» серед респондентів: ($r_s = 0,537$ – вікова група 18-22); ($r_s = 0,612$ – вікова група 65-75); ($r_s = 0,432$ – вікова група 40-55). Цим підтверджується взаємозв'язок стресу та депресивних станів осіб різних вікових категорій у межах даного дослідження, що є актуальним в умовах війни.

Проведене дослідження виявило наявність депресивних станів у значної частини респондентів різних вікових груп. Ці показники свідчать про виражену напругу компенсаторно-адаптаційних механізмів організму людей та, як

наслідок, зниження стресостійкості особистості в умовах воєнного стану. Стреси провокують виникнення депресивних станів, тобто, чим більша піддаваність стресу, тим вища вираженість депресивних станів.

Результати таких досліджень мають стати підставою для розробки та реалізації різних напрямків психологічної допомоги особам різного віку з урахуванням виявлених порушень в емоційній сфері з метою стабілізації їхнього ментального здоров'я.

Література:

1. Бек А., Раш А. Когнитивная терапия депрессии. СПб. : Питер, 2000. 236 с.
2. Блейхер В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. Т.: Медицина, 1970. 176 с.
3. Карамушка Л.М., Раковчена О.О. Психологічні особливості професійного стресу у працівників медичних установ. Главный врач. №12. К. : Блиц-Информ, 2009. С. 88-93.
4. Ложкін Г., Носкова О., Толкунова І. Психологія здоров'я людини. За ред. О. Носкова. Севастополь, 2003. 257 с.
5. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк, 2011. 430 с.
6. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
7. Мельник А. П. Психологічні особливості депресивних станів у пацієнтів із ВІЛ- позитивним статусом // Психологічні перспективи, Київ. 2006. 234 с.
8. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія. К.: Здоров'я, 1994. 295 с.
9. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Х.: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
10. Психологічні аспекти медичної праці: навч. Посібник. Уклад. І. В. Федік. К.: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 126 с.
11. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Х.: Вид-во Університету внутрішніх справ, 2000. 268 с.
12. Selye H. Stress without distress. Lippincott Williams & Wilkins, 1974. 171 p.
13. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К.: Ніка-Центр, 2007. 432 с.
14. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. Монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.

References:

1. Bek, A. (2000). *Kognitivnaia terapiia depressii [Cognitive therapy for depression]*. SPb. : Piter. [in Russian].
2. Bleikher, V. M. (1970) *Ekspyrymentalno-psykholohichne doslidzhennia psykhično khvorykh [Experimental psychological study of mentally ill patients]*. Kyiv: Medytsyna. [in Ukrainian].
3. Karamushka, L.M., Rakovchena O.O. (2009). *Psykhologichni osoblyvosti profesiinoho stresu u pratsivnykiv medychnykh ustanov [Psychological features of professional stress in employees of medical institutions]*. *Holovnyi likar – Main doctor, 12, K. : Blits-Inform 88-93*. [in Ukrainian].
4. Lozhkin, H., Noskova, O., Tolkunova, I. (2003). *Psykhologhiia zdorovia liudyny [Human health psychology]*. Za red. O. Noskova. Kyiv. [in Ukrainian].
5. Kotsan, I. Ya., Lozhkin, H. V., Mushkevych, M. I. (2011). *Psykhologhiia zdorovia liudyny [Human health psychology]*. Za red. I. Ya. Kotsana. Lutsk. [in Ukrainian].

6. Pfaffer, Samiuel. (2017). *Depresia. Khvoroba suchasnosti [Depression. The Disease of Modernity]*. Nauk. red. V. Babych; per. z nim. O. Kushnikova. – Lviv: Svichado. [in Ukrainian].
7. Melnyk, A. P. (2006). *Psykhologichni osoblyvosti depresyvnnykh staniv u patsientiv iz VIL-pozytyvnyim statusom [Psychological features of depressive states in HIV-positive patients]*. *Psykhologichni perspektyvy – Psychological prospects*. Kyiv. [in Ukrainian].
8. Vitenko, I. S. (1994). *Zahalna ta medychna psykhologhiia [General and medical psychology]* K.: Zdorovia. [in Ukrainian].
9. Vitenko, I. S. (2002). *Psykhologichni osnovy likuvalno-profilaktychnoi diialnosti ta pidhotovky likaria zahalnoi praktyky – simeinoho likaria [Psychological foundations of treatment and prevention activities and training of a general practitioner – family doctor]*. Kh.: Zoloti storinky. [in Ukrainian].
10. Fedik, I. V. Uklad. (2017). *Psykhologichni aspekty medychnoi pratsi: navch. posibnyk – [Psychological aspects of medical labour: train manual]*. K.: DP Vyd. dim Personal. [in Ukrainian].
11. Timchenko, O. V. (2000). *Syndrom posttravmatychnykh, stresovykh porushen: kontseptualizatsiia, diahnozyka, korektsiia ta prohnozuvannia: monohrafiia [Post-traumatic stress disorder syndrome: conceptualization, diagnosis, correction and prognosis: monograph]*. Kharkiv.: Vyd-vo Universytetu vnutrishnikh sprav. [in Ukrainian].
12. Selye H. (1974). *Stress without distress*. Lippincott Williams & Wilkins. 171 p.
13. Krainiuk, V. M. (2007). *Psykhologhiia stresostiikosti osobystosti: monohrafiia [Psychology of personal stress resilience: monograph]*. K. : Nika-Tsentr. [in Ukrainian].
14. Kokun, O. M. (2004). *Optyimizatsiia adaptatsiinykh mozhlyvostei liudyny: psykhofiziologichni aspekt zabezpechennia diialnosti. Monohrafiia [Optimization of human adaptive capabilities: the psychophysiological aspect of activity support. Monograph]*. Kyiv: Milenium. [in Ukrainian].