

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія Поручника

Кафедра педагогіки та психології

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 Психологія
спеціалізація Практична психологія

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему «Особливості прояву депресивних станів у чоловіків та жінок в умовах повномасштабної війни»

здобувача Олега ПАЦЕНКА

(підпис)

Наукова керівниця: д.психол.н., проф. Людмила РОМАНЮК

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувачка кафедри: д. пед. н., проф. Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1.	8
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ	8
1.1. Теоретичні підходи до дослідження депресивних станів у вітчизняній та зарубіжній літературі	8
1.2. Статевو-гендерні особливості прояву депресивних станів	17
1.3. Гештальт-терапія у роботі із депресивними станами	26
Висновки до першого розділу:	33
РОЗДІЛ 2.	36
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК	36
2.1. Порівняльний аналіз прояву депресивних станів у чоловіків та жінок	36
2.2. Соціально-психологічні чинники переживання депресивного стану під час війни	43
2.3. Особистісні чинники депресивних станів чоловіків та жінок	66
Висновок до другого розділу:	79
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження психологічних особливостей прояву та подолання депресивних станів обумовлена їх високою поширеністю у чоловіків та жінок, складністю їх раннього розпізнавання та значним суїцидальним ризиком. Сучасні соціальні, економічні та інформаційні фактори створюють додаткове навантаження на психіку чоловіків і жінок під час війни, що підвищує ймовірність виникнення розладів настрою. Важливість вивчення механізмів подолання депресії серед чоловіків і жінок зумовлена необхідністю розробки ефективних психологічних стратегій підтримки, спрямованих на формування стійкості до стресових і травматичних впливів під час війни та зниження ризику поглиблення депресивних станів, переходу у хронічні форми.

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах довготривалої війни в Україні, коли чоловіки і жінки перебувають під постійним впливом стресових і травматичних факторів, таких як небезпека для життя, втрата близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність та обмеження можливості жити звичним життям. Ці обставини сприяють загостренню депресивних станів та підвищенню ймовірності переходу депресивних епізодів в хронічні розлади. Як визначають українські вчені психологи та психофізіологи О. Кокун, Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, депресивні стани людини передбачають складну комбінацію емоцій, уявлень, спогадів 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 певного часу. Емоційна складова депресивних станів є комбінацією гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), страху, провини і сорому.

Зважаючи на широкий спектр теоретичних та емпіричних досліджень депресії, слід зауважити, що специфіка вивчення даного феномену людської

психіки переважно стосується діагностики особливостей її прояву на певних вікових етапах становлення особистості; виокремлення загально психологічних чинників її виникнення, а також пошуку шляхів щодо корекції та профілактики цих станів. Однак, відсутні дослідження перебігу виникнення та розвитку депресивних станів під час війни, оскільки американські та європейські дослідники вже тривалий час не мали можливості безпосередньо спостерігати процеси адаптації людей до небезпечних умов проживання в країні, що перебуває у стані війни. Існуюча ситуація в Україні, яка понад 3 роки потерпає від військової агресії країни-сусідки, що розповсюджується і на військових, які перебувають на лінії зіткнення, і на цивільне населення, яке продовжує працювати, навчатися та жити в таких умовах під постійною загрозою знищення, обумовлює актуальність теми вивчення депресивних станів, чинників їх формування і розвитку.

Об'єкт дослідження: депресивні стани особистості.

Предмет дослідження: статеві розбіжності у проявах депресивних станів в умовах повномасштабної війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити депресивні стани у чоловіків та жінок під час війни, особливості їхнього перебігу.

У процесі її досягнення вирішуються **наступні завдання:**

1. Розглянути депресивні стани як засоби неефективної адаптації психіки до умов постійної загрози під час війни.
2. Визначити специфіку перебігу депресивних станів у чоловіків та жінок, специфіку надання психологічної допомоги особам в стані депресії засобами гештальт-терапії.
3. Встановити статеві розбіжності в переживанні депресивних станів українців під час війни.
4. Визначити соціально-психологічні чинники, що обумовлюють переживання депресивних станів.

5. Виокремити особистісні предиктори міри переживання депресивних станів чоловіків та жінок в умовах війни.

Для вирішення поставлених завдань використовується комплекс **методів дослідження**.

Теоретичні: аналіз, синтез та узагальнення наукової інформації з означеної проблеми дослідження, систематизація теоретичних та емпіричних даних;

Емпіричні: україномовні психодіагностичні методики «Шкала депресії А. Бека», «Тест життєстійкості (С. Мадді)», «Вивчення цінностей особистості» (Ш. Шварц, адаптація Л. Романюк); авторська анкета, що визначає соціально-демографічні дані та потенційні чинники поведінки (вік, рівень освіти, досвід спілкування з психіатром, психологом/психотерапевтом, оцінка ефективності медикаментозних та психологічних втручань та ін.).

Математико-статистичні методи обробки даних: відсотковий аналіз, кореляційний аналіз за методом Спірмена, U-критерій Манна-Вітні, однофакторний дисперсійний аналіз за непараметричним критерієм Крускала-Воліса, W-критерій Двасс-Стіл-Крітчлоу-Флігнера для попарного порівняння даних підгруп, множинний регресійний аналіз. Розрахунки здійснювалися в пакеті Jamovi 2.6.26.

Вибірка. У дослідженні брало участь 31 чоловік і 52 жінки з числа учасників програм підготовки гештальт-терапевтів Національної асоціації гештальт-терапевтів України, супервізорських груп Національної асоціації гештальт-терапевтів України, клієнтів гештальт-терапевтів, супервізорів Національної асоціації гештальт-терапевтів України. (N=83). Опитування проводилося в онлайн-форматі з використанням Google-forms у березні-квітні 2025 року.

Теоретична та практична значущість отриманих результатів:

- знайшли уточнення особливості переживання депресивних станів мешканців країни, що перебуває в умовах повномасштабного воєнного вторгнення;

- визначені розбіжності чоловіків та жінок у проявах депресивного стану під час війни: перевага думок про самогубство та втрати ваги у чоловіків, втрати інтересу до статевого життя у жінок;
- визначені соціально-психологічні чинники, які впливають на перебіг депресивного стану під час війни: вік, рівень освіти, місце перебування, досвід відвідування консультацій у психіатра, прийняття антидепресантів, відвідування консультацій у психолога/психотерапевта, тривалість роботи з психологом, оцінка ефективності досвіду вживання антидепресантів та роботи з психологом;
- встановлено, що міра вираженості депресивного стану чоловіків пов'язана з цінностями конформізму, влади, категоріями «Збереження» та «Самоствердження», в той час як міра вираженості депресивного стану жінок пов'язана лише з рівнем домінування цінності конформності;
- знайшло емпіричне підтвердження припущення щодо взаємозв'язку міри вираженості депресивного стану з всіма аспектами життєстійкості (залученості, контролю та прийняття ризику) і у чоловіків, і у жінок;
- визначені основні предиктори високого депресивного стану чоловіків: домінуючі цінності досягнення та низький контроль подій; основні предиктори депресивного стану жінок: домінуючі цінності досягнення й стимуляції, несформована цінність гедонізму та низький контроль над подіями життя;
- запропоновано використовувати отримані результати при розробці психоедукаційних програм розвитку самодопомоги при виникненні проявів депресивних станів;
- використання результатів та висновків у діяльності практичних психологів з метою розробки програм профілактики та корекції депресії у чоловіків і жінок під час воєнного стану.

Апробація результатів дослідження: За матеріалами дослідження подано до друку тези «Предиктори депресивних станів чоловіків та жінок під

час війни» у збірку матеріалів Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції «Дев'яносто восьмі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки» (26-27 червня 2025р.).

Структура роботи. Магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаної літератури (61 найменувань), 2 додатки. Загальний обсяг роботи складає 105 сторінок (з них основного тексту 90 сторінок). У роботі наведено 4 рисунки, 37 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Теоретичні підходи до дослідження депресивних станів у вітчизняній та зарубіжній літературі

Депресія — поширена хвороба, що проявляється пригніченим станом, втратою сил, порушеннями сну й апетиту, частковою втратою когнітивних функцій, що впливає на життя, соціальну активність і роботу. Термін використовується широко: як настрій — від субдепресії до постійного фону пригніченості і безпорадності [18], як симптом — включає фізичні (головокружіння, біль, порушення сну) і психічні прояви (тривога, страх), або як синдром афективного розладу.

За деякими оцінками, у світі на депресію страждає 3,4% населення світу, а 2024 року на перше місце у світі за захворюваністю на депресію зайняла Україна, у якій на депресію хворіло 6,3% населення, і яка за цим показником випередила США.

У листопаді 2024 року на IV Конгресі «Психосоматична медицина XXI століття» представили огляд ВООЗ (2019) про вплив збройних конфліктів на психічне здоров'я. В країнах, що зазнали війни останнє десятиліття, близько 22,1% населення страждають на психічні розлади (депресія, тривога, ПТСР, біполярний розлад, шизофренія), причому 9,1% мають помірний або тяжкий їх характер. Прогноз ВООЗ підтверджує, що 22% постраждалих зазнають таких розладів, з поширеністю: 13% — легкі форми, 4% — помірні, 5% — тяжкі. Отже, кожна одинадцята особа в зоні конфлікту має помірний або тяжкий психічний розлад [36].

Дослідження 2022 року Інституту соціальної та політичної психології НАПН України показало, що понад 90% респондентів мали симптоми ПТСР, а 57% були у зоні ризику його розвитку. Прогнозується, що після війни

провідними психічними порушеннями стануть депресивні розлади, пов'язані зі стресом, тривогою та фобіями. Клінічна картина змінюється: зростає коморбідність із соматичними хворобами та іншими афективними розладами. Очікується збільшення депресій через хронічний ПТСР, зростання соматизованої депресії та тісний зв'язок депресивних станів із порушеннями сну [36].

Наведені дані підтверджують високу актуальність дослідження виникнення, розвитку та подолання депресивних станів, що потребує всебічного вивчення. Аналіз наукової літератури показує, що проблему депресії вивчають у психології, філософії, медицині, біології, фізіології та міждисциплінарних дослідженнях.

Депресія відома з давніх часів: у Стародавньому Єгипті та Індії її вважали наслідком злих сил і лікували заклинаннями. Гіпократ вперше класифікував її як «меланхолію», розрізняючи ендогенну (без видимої причини) та реактивну (внаслідок душевної праці) форми. У Середньовіччі її радили лікувати бесідою, теплом і вином. За Відродження депресію вважали божевіллям і застосовували побиття для відволікання від психічного болю. Наприкінці 19 століття лікували подорожами і водними процедурами. [37].

Термін «депресія» з'явився та закріпився у літературі у 2-й половині XIX сторіччя, але майже сто років дослідницькі роботи мали описовий характер, що, однак, дозволило зібрати потужну емпірику та у 60-70-х рр. XX сторіччя розпочати активніше та глибше вивчення депресії як психічного розладу.

Вивчення літератури дає можливість зробити висновок, що для позначення такого функціонального розладу, як депресія, використовується низка синонімічних виразів: депресія, депресивне захворювання, депресивні розлади, депресивні стани, депресивні епізоди.

Депресивні стани у літературі визначаються як афективні стани, що описуються негативним емоційним фоном, втратою мотивації у праці та соціальному функціонуванні, погіршення когнітивних функцій, зростанням

рівня пасивності у поведінці (вольові втрати); наявності суму, смутку відчаю, пригніченості, тривоги у фокусі чуттєвої сфери [28].

Щодо класифікації депресій, у перших працях середини XIX сторіччя мова йшла про переважно важкі форми депресії, з якими доводилося класти до клінік, оскільки амбулаторної практики тоді лікарі не мали і хворі на депресію з менш вираженими симптомами не потрапляли до поля їх зору. У 1895 році Е.Крепелін запропонував термін «невротична депресія» для характеристики слабо виражених депресивних розладів. Активні спроби класифікувати депресії розпочалися у 1960-1970 рр. [39].

Сучасна класифікація депресій зазвичай базується на феноменологічних та нозологічних ознаках. За словами Н. Круглової [16], феноменологічна класифікація ґрунтується на поділі депресій за їх клінічними проявами, тобто феноменологічними ознаками. Різновиди депресії, такі як загальмовано-апатична, тривожно-ажитована, тривожно-загальмована та замаскована, класифікують залежно від сфери, в якій виявляються депресивні симптоми — афективній, психомоторній або соматичній. Нозологічна класифікація, у свою чергу, розподіляє депресії за причинами та умовами їх виникнення. Зокрема, виділяють такі нозологічно значущі форми депресії: психогенні депресії (реактивні, невротичні, депресії виснаження, ендореактивні дистимії, інволюційні депресії), ендегенні депресії (шизофренічні, біполярні та монополярні), а також соматогенні депресії, які включають органічні та симптоматичні форми. [16].

Ендегенна депресія — генетично зумовлений розлад без очевидних причин, що впливає на всі сфери життя і в гострій фазі потребує фармакологічного лікування; може досягати психотичного рівня. Її розвиток пов'язують із спадковою схильністю, що знижує стійкість до стресу. Поширеність становить 2–4% населення. Уніполярні депресії мають лише знижений настрій, тоді як біполярні — це частина біполярного афективного розладу з чергуванням депресивних, маніакальних, гіпоманіакальних або змішаних фаз. [55].

Екзогенна (реактивна, психогенна) депресія виникає через зовнішні фактори — війну, переїзд, втрату близьких, медичні втручання або травми. Вона є захисною реакцією мозку на сильний стрес. За Н. Кругловою, психогенні депресії пов'язані з душевними переживаннями, травматичними подіями та особистою біографією людини. [16]

Соматогенні депресії розглядаються як депресивні стани, які можуть викликатися соматичними захворюваннями, наприклад, хворобами щитоподібної залози або коронарною хворобою серця, і основне лікування там спрямовано на саме соматичне захворювання, а допомога психіатрів та психотерапевтів носить допоміжний характер.

Депресивні стани в залежності від важкості класифікуються на [5, 10, 24]:

- Змішаний тривожний та депресивний розлад (недостатньо для діагностування депресії);
- Дистимія або субдепресія (стійкий розлад настрою з депресивним спектром, недостатньо для діагностування депресії);
- Легкі депресивні розлади;
- Середні та важкі депресивні розлади, або великі депресивні розлади (клінічна депресія), що можуть і не супроводжуватися поганим настроєм, пригніченістю, тугою, але є комплексом симптомів, що заважають нормальній життєдіяльності, роботі чи навчанню;
- Сезонні афективні розлади (рекурентний великий депресивний розлад, що має сезонний характер).

Залежно від етіології та особливостей клінічного перебігу, виділяють кілька основних типів депресивних станів [37], які відрізняються як за причинами виникнення, так і за характером симптоматики:

- 1) Сезонні афективні розлади виникають восени чи взимку через меншу тривалість світлового дня, проявляються пригніченим настроєм, сонливістю та апатією, що минають навесні або влітку.
- 2) Післяпологова депресія розвивається у жінок після пологів,

характеризується емоційним дисбалансом, тривогою, втомою і порушенням сну, впливає на взаємодію з дитиною.

3) Атипова депресія має типові симптоми, але стан покращується під впливом позитивних подій, на відміну від меланхолійної форми.

4) Депресія як реакція на медикаменти виникає як побічний ефект лікарських препаратів і потребує коригування терапії.

Депресивні стани можуть також переживатися як наслідок різноманітних розладів особистості, зокрема, депресивного розладу особистості, тривожного розладу особистості, а також - розладів адаптації, які дуже часто зустрічаються в умовах війни, зокрема, в Україні. Депресія також може викликатися неврозом або розладом дефіциту уваги і гіперактивності (РДУГ) [13].

Близько 4–5% населення світу страждають на депресію, а ймовірність великого депресивного епізоду — 15–20%. Протягом життя депресивний епізод переживають 7–12% чоловіків і до 25% жінок. У 60% пацієнтів трапляються рецидиви, ризик яких зростає при неефективному лікуванні. Депресія посідає четверте місце у світі за економічними витратами, 97% яких пов'язані з втратою працездатності, і лише 3% — з медикаментозним лікуванням [19].

У розвинених країнах депресію діагностують у 20–29% пацієнтів стаціонарів, що звертаються за психологічною допомогою, та у 22–33% психіатричних хворих. Вона часто супроводжує інші хвороби: 38% онкологічних, 47% після інсульту, 45% із інфарктом міокарда і 39% з хворобою Паркінсона. За даними ВООЗ, поширеність депресії серед неврологічних пацієнтів становить близько 17%. У поліклініках депресивні розлади зустрічаються у 38,2% пацієнтів, зокрема реактивні — 28,1%, легкі — 18,9%, помірно важкі — 9,2%, ендogenousні в межах циклотимії — 10,1%. [19].

Симптомами депресії згідно з DSM є (при цьому понад два тижні має спостерігатися щонайменше 5 симптомів одночасно, і два з них —

обов'язково: пригнічений настрій та ангедонія) [9]:

1. Пригнічений настрій більшу частину дня, відчуття смутку та порожнечі (найчастіше зранку, з деякою позитивною динамікою ближче до вечора);
2. Ангедонія – відсутність задоволення від звичних занять чи занять, які раніше приносили задоволення;
3. Зміна маси тіла на понад ніж 5% (як зменшення, так і зростання), порушення апетиту;
4. Порушення сну – відсутність сну або надмірна сонливість;
5. Збудження чи загальмованість у порівнянні з колишнім станом (оцінюється оточуючими);
6. Постійна втома, відсутність енергії;
7. Відчуття провини, що не має ніяких реальних підстав, сприйняття себе нікчемною, нікому не потрібною людиною;
8. Сплутаність у думках, складнощі у концентрації уваги;
9. Повторювані думки про смерть;
10. Повторювані думки самогубство без окресленого плану чи наявності плану його вчинення.

Депресивні розлади, за Міжнародною класифікацією та DSM-5-TR, належать до настроєвих розладів із руйнівним характером. Основні симптоми — тривалий (не менше двох тижнів) пригнічений настрій, ангедонія (втрата задоволення) і підвищена втомлюваність, що триває щонайменше місяць. Вторинні симптоми можуть включати тривогу, почуття провини, песимізм, труднощі з концентрацією, думки про смерть, коливання ваги та порушення сну. [51].

В залежності від того, які, скільки й як довго і з якою інтенсивністю спостерігаються ці симптоми, кажуть про легкі, середні й важкі депресивні стани [26].

При легких депресивних станах у пацієнта спостерігаються два-три симптоми, і хоча він може відчувати дискомфорт, він здатен виконувати свої

повсякденні обов'язки та зберігає інтерес до хобі і звичних занять. У таких випадках зазвичай достатньо психотерапії без застосування медикаментів.

При депресивних станах середньої тяжкості протягом тривалого часу проявляється понад 4-5 симптомів, можуть з'являтися фізичні (соматичні) симптоми, а здатність виконувати звичну діяльність значно ускладнюється. Для лікування рекомендується поєднувати прийом психофармакологічних препаратів із психотерапією, яка може бути як нормативною, так і гуманістичною.

У важких депресивних станах (без психотичних проявів) симптоми виражені майже повністю, пацієнт переживає сильні страждання, відчуття провини та нікчемності. Часто приєднуються псевдосоматичні симптоми — безсоння, болі різного походження, проблеми з травленням, запаморочення, астения. Лікування включає строгий контроль психіатра за прийомом ліків, а психотерапія має підтримуючий характер. Співпраця психіатра і психотерапевта є обов'язковою. Особливу увагу слід приділяти ризику суїциду, який може підвищуватися в період покращення фізичного стану на фоні лікування, коли пацієнт отримує більше сил, але психічний стан ще нестабільний і може сприяти реалізації суїцидальних думок.

При виборі методів лікування таких станів особливої уваги звертають на віковий статус, історію життя, характерологію пацієнта, зміст і тяжкість психотравмуючих подій, характер прояву основних симптомів, динаміку основних симптомів до початку лікування, протягом лікування та після зникнення симптому, тощо.

Основну увагу приділяють емоційній, когнітивній, фізіологічній, поведінковій симптоматиці депресивних станів. Н.Круглова наводить таку класифікацію видів симптоматики депресивних станів (див.табл.1.1.).

Емоційні симптоми депресії включають сум, страждання, відчай, тривогу, страх, пригнічений настрій, дратівливість, занижену самооцінку та втрату інтересу до звичних справ. Часто з'являються негативне ставлення до себе, самокритичність і відчуття власної неповноцінності.

Таблиця 1.1 - Види симптоматики депресивних станів [16; с.213]

Емоційні	Когнітивні
➤ туга, страждання, пригнічений настрій, відчай; ➤ тривога, почуття внутрішнього напруження, очікування біди; ➤ підвищена дратівливість (дисфорія – тужливо-злісний настрій); ➤ почуття провини, самозвинувачення; ➤ незадоволеність собою, знижена самооцінка; ➤ втрата здатності переживати задоволення від раніше приємних занять; ➤ втрата інтересу до оточуючого світу; ➤ тривога щодо здоров'я та життя	➤ труднощі концентрації уваги; ➤ труднощі прийняття рішення; ➤ думки про відсутність сенсу життя; ➤ уповільненість мислення; ➤ переважання негативних думок про себе, своє життя, про світ загалом; ➤ песимістичне бачення майбутнього без перспективи; ➤ думки про власну непотрібність, незначущість, безпомічність; ➤ думки про самогубство (у тяжких випадках депресії)
Поведінкові	Фізіологічні
➤ пасивність, труднощі цілеспрямованої діяльності; ➤ уникання соціальних контактів, відмова від розваг; ➤ алкоголізація та зловживання психоактивними речовинами, що дають тимчасове полегшення (і по суті своїй є контрантидепресантами, бо кожна наступна депресивна яма після закінчення терміну їх дії буде глибшою)	➤ порушення сну; ➤ зміна апетиту (його втрата чи посилення); ➤ порушення моторики кишківника; ➤ підвищена стомлюваність; ➤ зниження лібідо; ➤ болі та різні відчуття в тілі; ➤ зміни у зовнішності (маска туги – опущені донизу кутики губ; нездатність відгукнутися на жарт – відсутність посмішки; астеничний вигляд, бліде із відтінком сірого обличчя)

У когнітивній сфері спостерігаються проблеми з концентрацією, прийняттям рішень, песимістичне сприйняття себе і світу, нав'язливі думки про безпорадність, нікчемність і навіть смерть чи самогубство. Іноді виникають труднощі з пам'яттю та увагою, відчуття «порожнечі в голові».

Поведінкові прояви включають уникання спілкування, апатію, загальмованість або, навпаки, неспокій, дратівливість і агресію. Пацієнти можуть зловживати алкоголем чи наркотиками, щоб зняти тривогу. Такі симптоми важко сприймають близькі, що може погіршувати стан хворого.

Фізіологічні ознаки — зміна зовнішності, порушення сну, коливання апетиту, проблеми з травленням, зниження лібідо, болі без видимої причини. Пацієнти часто мають пригнічений вигляд: тиху мову, повільні або різкі рухи, замкнуту позу, сумний вираз обличчя, що може викликати у оточуючих відчуття тривоги, безнадії та провини.

Існує кілька теорій, які пояснюють виникнення депресії. Психоаналітична теорія З. Фрейда вважає, що депресія виникає через неусвідомлені внутрішні конфлікти, часто пов'язані з втратою важливої для людини людини або емоційною нестачею в дитинстві. Така втрата впливає на самооцінку, адже зв'язок із втраченим об'єктом був нарцисичним і підтримував почуття власної гідності. Хоча ідеї Фрейда були переглянуті його послідовниками, основна думка про роль втрати залишилася ключовою [33, 35, 43].

Когнітивно-поведінкова теорія пояснює депресію через негативні мисленнєві патерни — людина сприймає себе, світ і майбутнє в песимістичному світлі, що породжує почуття безпорадності і безнадії [39]. Інші теорії підкреслюють роль хронічного стресу, який через фізіологічні та нейрохімічні зміни в організмі, зокрема гормональні, може спричинити розвиток депресії [32].

Соціальні теорії вказують на такі фактори, як соціальна ізоляція, втрата близьких чи дискримінація, які довготривало викликають почуття самотності, безнадії і заниженої самооцінки, підвищуючи ризик депресії [29].

Нейробіологічні теорії пояснюють депресію як наслідок порушення балансу нейромедіаторів, зокрема серотоніну. Ця ідея з'явилася у 1960-х роках у США і спочатку була дуже популярною, але пізніше науковці відкинули її через відсутність доказів ефективності ліків, що нібито відновлюють цей баланс [48].

Найбільш обґрунтованою є інтегративна теорія, яка розглядає депресію як комплексне біосоціопсихічне явище, пов'язане з поєднанням біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Для діагностики депресії сьогодні використовують різні спеціальні шкали оцінювання симптомів, зокрема [25]:

1. Шкала Гамільтона (HDRS) — широко вживаний клінічний інструмент для вимірювання тяжкості депресії.
2. Опитувальник Бека — самооцінка ступеня тяжкості депресії.
3. Шкала DEPS — 10 запитань для швидкої діагностики депресії в загальній практиці.
4. Шкала Монтгомері–Асберг (MADRS) — швидка і точна оцінка тяжкості та динаміки депресії, еквівалентна HDRS, але з меншим числом пунктів.
5. Шкала Цунга — самооцінка за сімома параметрами, включно з настроєм, соматикою та суїцидальними думками.
6. Шкала SCL-90 — самооцінка для діагностики та досліджень.
7. Шпитальна шкала тривоги та депресії (HADS) — простий скринінг тривоги і депресії у соматичних пацієнтів [50].

Діагностика депресивного стану зазвичай проводиться психіатром під час опитування пацієнта. Вітчизняна література тривалий час орієнтувалася переважно на біомедичний підхід, акцентуючи увагу на медикаментозному лікуванні і недостатньо враховуючи психосоціальні фактори та психотерапію. Проте останнім часом з'являються нові психологічні теорії та методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія і арт-терапія. У зарубіжній практиці вже давно застосовують біопсихосоціальну модель депресії, широко

використовуючи психосоціальні методи корекції і профілактики, зокрема когнітивно-поведінкову та міжособистісну терапії. Також активно розвиваються нейробіологічні дослідження депресії.

Варто відзначити, що депресія значною мірою впливає на ціннісні орієнтири особистості та руйнує її життєстійкість. Хвороба може призводити до кардинального перегляду життєвих цінностей, але подолання депресії часто робить людину більш стійкою до стресів і життєвих труднощів. У подальших дослідженнях планується вивчити зв'язок між рівнем депресії, цінностями особистості та її життєстійкістю.

1.2. Статеві-гендерні особливості прояву депресивних станів

У рамках цього розділу ми спробуємо дослідити спільне й особливе у проживанні депресивних станів у чоловіків та жінок. Почнемо з того, що за даними ВООЗ жінки у чотири рази частіше звертаються по допомогу у випадку депресії. Очевидним є той факт, що це викликано цілим рядом відмінностей між чоловіками та жінками, що позначається як на самій захворюваності на депресію, так і на ході її психофармакологічного лікування та психотерапевтичної допомоги при депресивних станах.

Почнемо з того, що за дослідженнями ряду науковців існують значні психоемоційні відмінності між чоловіками та жінками. Емоційна сфера обох статей значною мірою формується під впливом соціокультурних норм і рольових очікувань. Ще у 1970-х роках експериментально було доведено (Е.Маккобі та К.Джеклін), що у немовлят немає суттєвої гендерної різниці в емоційних проявах, а вона починає проявлятися ближче до старшого віку [53]. При цьому ця різниця може зменшуватися в суспільствах зі значною гендерною рівністю [46].

Крім соціальних факторів, біологічна складова також впливає на емоції. За даними Т.Іванової та І.Зозулі, жінки мають кращу здатність розпізнавати, оцінювати та називати емоції. Це пов'язано з тим, що у дівчат частина мозку, відповідальна за інтерпретацію емоційно забарвленої

інформації, має більший розмір. Саме тому дівчата в підлітковому віці частіше схильні до переживання депресії, смутку, сорому, страху та тривоги порівняно з хлопцями [20].

Щодо емпатії, дослідження Н. Айзенберга не виявили чітких експериментальних підтверджень суттєвої різниці в емоційних проявах між чоловіками та жінками. Проте автори припускають, що чоловіки менше проявляють чуттєвість і емпатію в соціальному середовищі через потребу зберегти маскулінний образ, а також через виховання, яке акцентує увагу на силі, змагальності та незалежності, що не завжди сумісно з емпатійними проявами [42].

Гендерна сімейна соціалізація відіграє важливу роль у формуванні психоемоційних відмінностей між чоловіками та жінками. Зазвичай дівчат навчають відкрито виражати свої почуття та підтримувати добрі стосунки з оточуючими, тоді як хлопчиків – контролювати емоції. Саме соціальне навчання значною мірою впливає на розвиток цих відмінностей. К. Тавріс у своєму дослідженні підтверджувала цю ідею, аналізуючи зміну поведінки чоловіків, які через різні обставини ставали основними опікунами своїх дітей (наприклад, після смерті дружини, її від'їзду за кордон на роботу або розлучення, коли діти залишалися з батьком). Було відзначено, що у таких чоловіків з часом проявлялися риси, традиційно вважаються «фемінними», зокрема дбайливість, співчуття та турботливість [61].

Отже, експериментальних підтверджень того, що чоловіки та жінки переживають емоції з різною інтенсивністю, не існує, очевидним є той факт, що в процесі гендерної соціальної адаптації різним буде тільки їх прояв, або спосіб вираження таких переживань.

Експериментальних доказів того, що чоловіки та жінки принципово по-різному переживають емоції, не отримано. Дослідження Т. Джонсона і Г.А. Шульмана показали, що дорослі жінки при вираженні емоцій частіше враховують почуття інших людей порівняно з чоловіками [49]. Водночас Б.А. Коппер і Д.Л. Епперсон не виявили більшого стримування агресії у жінок у

порівнянні з чоловіками. Примітно, що жінки з маскулініними рисами за опитувальником С. Бем частіше проявляли гнів і злість [52].

Визначення власних емоцій також залежить від соціальних гендерних стереотипів. У багатьох культурах жінок сприймають як більш емоційних і здатних виражати ширший спектр почуттів, що вважається соціально прийнятним [20]. Гендерні стереотипи формують уявлення про жінок як емоційних, чуйних, спокійних і життєрадісних, тоді як чоловіків – як відповідальних, самоконтрольованих, цілеспрямованих і наполегливих. Крім того, чоловіки і жінки по-різному пояснюють свої сильні емоційні реакції: чоловіки частіше пов'язують їх із зовнішніми подіями, що викликають гнів або сум, а жінки – з внутрішніми переживаннями і відчуттями власного «я» [1].

Медико-біологічні дослідження емоцій показують іншу картину порівняно з соціокультурними підходами. Виявлено, що жінки частіше страждають на тривогу та депресію і вдвічі частіше звертаються по допомогу [12]. Це пов'язують із фізіологічними особливостями, більшою кількістю стресів у житті жінок та соціальними нормами, які дозволяють їм частіше виражати негативні емоції. Чоловіки, навпаки, мають вищий рівень агресії і сильніше стримують свої емоції, хоча напруга у них не менша.

Дослідження Т. Іванової та І. Зозулі показало, що просте зіставлення емоцій зі статтю не враховує важливі фактори, зокрема тип гендерної ідентичності — маскуліність, фемінність, андрогінність. Більшість жінок (70,9%) і чоловіків (92,6%) були андрогінними, що свідчить про розмивання традиційних ролей, особливо у чоловіків. Жінок фемінного типу було більше (25,4%), чоловіків маскуліного — менше (4,5%), фемінізації чоловіків не виявлено. Тривога була вищою у жінок, депресія між статями не відрізнялась.

Автори пояснюють, що різниця в тривозі й депресії серед чоловіків і жінок пов'язана з тим, що тривога — психологічна характеристика, а депресія включає також біологічні порушення [12]. Тривога свідчить про

неадаптивне емоційне реагування, депресія — про схильність до хвороби. Відмінності в емоціях більше залежать не від гендеру, а від поведінкових моделей — фемінної, маскулінної чи андрогінної. Найвищі рівні тривоги і депресії мають люди з фемінними рисами. Ці моделі пов'язані з типом особистості та адаптацією, що формується під час сімейного виховання, як показує дослідження Е. Грінберга.[44].

Особистості з межовим типом адаптації імпульсивні, емоційно відкриті, чутливі та емпатійні, але можуть виражати гнів і страх. Нарцисично адаптовані зосереджені на зовнішньому світі, мають обмежений емоційний діапазон і слабку емпатію. Шизоїдно адаптовані уникають емоційних контактів, піклуються про безпеку і часто не виражають або не усвідомлюють своїх почуттів. [7].

Викладене вище згадується як напрямок для подальших розвідок у цьому напрямі, оскільки не входить до завдань даного дослідження.

Менші гендерні розходження у випадках виявлення депресивних станів підтверджувалися й іншими дослідниками, зокрема, А.А. Молотокасом [19]. За його спостереженнями за пацієнтами відділення психоневрології Дорожньої клінічної лікарні №1 м. Києва та їх тестування за шкалою депресії Гамільтона виявлено такий розподіл за ступенем важкості депресії (див.рис.1.1).

У рамках дослідження провели скринінг пацієнтів, щоб виявити відмінності у переживанні депресії у чоловіків і жінок. Результати показали, що у жінок депресія протікає гостріше, а період лікування триває довше, ніж у чоловіків (підтверджено тестуванням, див. рис. 1.1).

У жінок при депресії частіше спостерігаються тривожність, плач, безпорадність, суїцидальні думки, підвищений апетит і збільшення ваги, а також болі в тілі і поза з опущеною головою, що свідчить про зневіру. У чоловіків частіше трапляються напади гніву, роздратованість, агресія та труднощі у вираженні емоцій. Депресія у чоловіків характеризується меншою залежністю волі від ступеня стану, слабшим почуттям печалі і

суїцидальними нахилами, а також меншим впливом на соціально-психологічне функціонування. У жінок апатія більше впливає на соціальну активність, вони гірше підтримують охайність і мають вираженіші психоемоційні порушення, зокрема в сексуальній сфері [19].



Рисунок 1.1 - Порівняльний аналіз розподілу важкості депресії у чоловіків і жінок за методикою Гамільтона [19; с.183]

Деякі вчені [23] відзначають, що через відмінності в розвитку та розмірі мозку у жінок спостерігається більший об'єм nucleus accumbens — «центру задоволення», що дає жінкам змогу легше переносити депресію без застосування антидепресантів. Після настання статевої зрілості ризик депресії різко зростає і у жінок удвічі перевищує показник у чоловіків того ж віку, тоді як у дитинстві рівень психічних розладів у дівчаток менший або схожий на хлопчиків. Водночас тяжкі психіатричні захворювання, як-от шизофренія чи психопатія, частіше зустрічаються у чоловіків.

За даними Canadian Community Health Survey, тривожні розлади найчастіше виникають у чоловіків 15–24 років, а у жінок — 45–64 років. Дослідження показали, що тривожна депресія з фізичними симптомами у жінок зустрічається вдвічі частіше, ніж у чоловіків. У жінок переважають

втома, сонливість і загальмованість, у чоловіків — безсоння та збудження. Психоемоційний стан чоловіків значною мірою залежить від їхньої статевої функції.

Жіноча депресія часто сезонна, хронічна, поєднується з тривогою, поведінковими порушеннями та болями. Частіша атипова депресія, пов'язана з гормональними змінами (менструація, вагітність, клімакс). Хронічна депресія (дистимія) у жінок трапляється втричі частіше. При змішаних розладах домінує тривога — постійне хвилювання, страхи, втома, порушення сну. Соціологічно це пояснюють традиційними статево-рольовими стереотипами, що приписують жінкам безпорадність і залежність.

У вихованні хлопчиків часто формується стереотип приховувати емоції, через що депресія у чоловіків частіша, але маскована. Багато чоловіків борються з нею алкоголем. За даними Canadian Community Health Survey (2012), чоловіки вчетверо частіше вчиняють самогубства, хоча жінки частіше роблять спроби. Самогубства часто пов'язані з тривожними розладами. Лікування тривожно-депресивних розладів залежить від статі: чоловіки краще реагують на трициклічні антидепресанти, жінки — на селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС).

Під час повномасштабної війни кількість і тяжкість депресивних станів різко зростає. Психогенні розлади у воєнний час мають особливе значення, оскільки вони можуть одночасно виникати у багатьох людей. Війна є травматичною подією, що може спричинити довготривалі зміни у психічному здоров'ї, включно з посттравматичним стресом, депресією, тривогою та стражданнями як у дорослих, так і у дітей. Емоційний вплив війни може бути не лише прямим, а й опосередкованим — через перегляд воєнних сцен у ЗМІ чи соцмережах. Згідно з теорією непрямого впливу, навіть люди, які не перебувають у зоні бойових дій, але стурбовані війною, можуть зазнавати негативних наслідків для психічного здоров'я.

Війна руйнує соціальні захисні мережі і порушує ідентичність людини, що сприяє депресії та тривозі. В Україні це перша війна з майже

безперервним висвітленням у ЗМІ, що посилює страх і невизначеність. Це тривало впливає на психічне здоров'я учасників і спостерігачів, погіршуючи здатність справлятися зі стресом і викликаючи психологічний дистрес [36].

Приблизно у половини мігрантів спостерігаються психічні розлади, переважно тривожні, стресові, ПТСР і депресія. Емоційний стан залежить від зв'язку з рідними, влаштування дітей та подій у країні походження. Після війни поширеними будуть депресивні та тривожно-фобічні розлади, часто поєднані з соматичними симптомами і порушеннями сну. Хронічний нелікований ПТСР сприяє зростанню депресії. За теорією Лазаруса і Фолкмана, реакція на стрес залежить від оцінки події та здатності впоратися з нею. Негативні способи подолання стресу підвищують ризик психічних захворювань і суїциду, тоді як позитивні, як молитва чи підтримка сім'ї, покращують психічний стан.

Згідно з теорією збереження ресурсів Хобфолла, люди відрізняються не лише силою своїх стресових реакцій, а й наявністю особистих ресурсів, які відіграють ключову роль у адаптації. Кількість і якість цих ресурсів, а також їхній дефіцит, суттєво впливають на здатність подолати стрес війни і залежать від культурних цінностей. Тому психологічна допомога має враховувати культурний контекст, щоб надавати ефективні послуги у сфері психічного здоров'я тим, хто постраждав від війни [56].

Дослідження П. Духлія та Д. Трофімової показало, що у цивільних чоловіків і мігрантів за кордон з часом погіршується невротична депресія, тоді як у жінок — ні. Особи з вищою освітою та ті, хто звертається до психолога, мають нижчі рівні депресії, астенії, ПТСР і тривоги. Мігранти за кордон відчують вищий психічний стрес, тривогу, депресію, ПТСР і інші розлади порівняно з внутрішньо переміщеними та тими, хто залишився вдома, що свідчить про складнощі адаптації. Найвищі рівні стресу і ПТСР зафіксовані серед цивільних за кордоном [10].

Цивільні чоловіки у 2024 році також показали погіршення психоемоційного стану — зросли рівні стресу, депресії, астенії та

вегетативних розладів. Військові чоловіки, навпаки, мали стабільно нижчі показники психічного напруження та ПТСР у порівнянні з іншими групами, що може бути пов'язано з їхніми адаптаційними механізмами або особливостями військового досвіду. Проте після демобілізації військових спостерігалось підвищення тривожності, депресії та вегетативних симптомів [6].

Отже, війна має глибокий вплив на життя і психологію чоловіків та жінок, оскільки порушує звичні соціальні структури та статеві ролі, що може призводити до значного стресу, тривоги, депресії та інших психологічних проблем.

В українському суспільстві чоловіків вважають захисниками та годувальниками сім'ї, особливо під час війни, коли вони беруть участь у боях або волонтерстві. Не всі готові виконувати ці ролі, що викликає психологічне напруження. Втрата роботи через війну спричиняє у чоловіків безпорадність і тривогу через фінансову нестабільність. Військові й цивільні відчують втрату контролю і безсилля захистити близьких, що підвищує стрес і може призвести до депресії.

У жінок під час війни також відбуваються суттєві зміни: вони часто змушені брати на себе нові ролі — доглядати за сім'єю, забезпечувати її фінансово, займатися волонтерством. Це може призводити до фізичного і емоційного виснаження через перевантаження обов'язками.

Деякі дослідники відзначають, що чоловіки під час війни через соціальні норми частіше зловживають алкоголем і наркотиками, щоб знизити тривогу, що погіршує їхній стан. Вони також схильні заперечувати проблеми з психічним здоров'ям, ускладнюючи діагностику і лікування. Ризик самогубства серед чоловіків під час війни значно вищий, ніж у жінок. [3].

Вплив стресу війни на жінок має свої особливості. Вони можуть відчувати раптові напади тривоги, дратівливість, апатію, а також порушення сну. Депресія у жінок часто проявляється через фізичні симптоми, такі як різні види болю (наприклад, ревматоїдного характеру або головний біль) та

проблеми з травленням. Жінки частіше, ніж чоловіки, звертаються за допомогою до психологів чи психотерапевтів, що може позитивно впливати на їхнє одужання. За словами А. Веракіса та Ю. Завалевського, чоловіки частіше висловлюють депресію через фізичні симптоми (соматизацію), тоді як жінки більш відкрито говорять про свої емоційні переживання. Ця різниця впливає на те, як депресія проявляється і лікується у різних груп населення [4].

У табл. 1.2 ми систематизували отримані результати, які відображають гендерно-статеві відмінності в проявах депресивних станів.

Таблиця 1.2 – Гендерно-статеві відмінності у проявах депресивних станів

Критерій	Чоловіки	Жінки
Емпатія та емоційність	Краще ідентифікують вербальну інформацію Переживання сорому, страху та тривоги табуовано, природню агресію табуовано, чуттєвість та емпатію табуовано	Краще ідентифікують невербальну інформацію та лицьову експресію Переживання у підлітковому віці сорому, депресії, страху та тривоги
Гендерні соціальні ролі	Хлопців вчать контролювати свої емоції. Чоловіки, які стали піклувальниками, набувають фемінних рис: дбайливості, співчуття, турботливості	Дівчат вчать висловлювати свої почуття і встановлювати з усіма добрі взаємини
Гендерні стереотипи	Відповідальність, самоконтроль, цілеспрямованість, наполегливість	Емоційність, чуйність, спокій, веселість, життєрадісність
Раціональне пояснення емоційних станів	Зосереджені на зовнішніх подіях, що можуть спричинити сильні переживання на кшталт гніву чи смутку	Зосереджені на внутрішніх переживаннях або відчуттях себе якимись
Прояви депресії	Періодично виникаючі напади гніву, роздратованість (дисфорія), агресивна поведінка	Симптоми неспокою, нападів плачу, почуття безпорадності,

	та алекситимічні прояви Безсоння та збудження Ангедонія, зниження працездатності, проблеми з концентрацією уваги	самотності, суїцидальні ідеї, підвищений апетит і збільшення маси тіла Втома, гіперсомнія та психомоторна загальмованість
--	--	--

Продовження табл. 1.2

Особливості депресії	Має прихований характер, часто «лікується» контрантидепресантами (алкоголем або хімічними речовинами), призводить до більшої кількості самогубств (у випадку генералізованих тривожних розладів – у 4 разі частіше за жінок)	Сезонність (зазвичай осінньо-зимова), схильність до хронічного перебігу, поєднання з тривогою, порушеннями поведінки та хронічними болями Частіше спостерігається атипова депресія (тривожна або соматизована)
Ступінь депресії за МКХ-10	Легкі депресивні розлади та розлади середнього ступеня важкості	Важкі та вкрай важкі депресивні розлади
Лікування препаратами	Трициклічні антидепресанти	Інгібітори зворотнього захоплення серотоніну

Корекція і профілактика депресії включає медикаменти, психотерапію (когнітивно-поведінкову, гуманістичну) та участь у групах підтримки. Ці методи допомагають пережити складні періоди, змінити поведінку і знайти підтримку через спілкування з людьми з подібним досвідом. [60].

Також важливо вести здоровий спосіб життя: регулярно займатися фізичними вправами, правильно харчуватися, достатньо спати і уникати надмірного вживання алкоголю та інших психоактивних речовин [8]. Обов'язковим є дотримання правил інформаційної гігієни, оскільки постійний потік травмуючої інформації і пропаганди, спрямованої на підриг особистості, підвищує рівень стресу і викликає страх, гнів, почуття небезпеки та безнадії. Рекомендується щодня робити перерви тривалістю не менше півгодини без використання гаджетів і новинних стрічок, а також вимикати

всі джерела інформації за 1-2 години до сну. Ці заходи допомагають знизити ризик розвитку або загострення депресії [15].

1.3. Гештальт-терапія у роботі із депресивними станами

Існують два підходи до лікування депресії: клінічний, що використовує медикаменти та короткострокову психотерапію (наприклад, КПТ), які зазвичай покриваються страховками; та гуманістичний, що включає довготривалі методи (психоаналіз, гештальт-терапія тощо), які рідше фінансуються страховиками. Другий підхід поєднує медикаменти з гуманістичною терапією для кращих результатів [11].

Автори, що скоріше підтримують другу концепцію у полегшенні депресивних станів своїх пацієнтів, вказують на те, що неможливо провести чітке розмежування між реактивними (невротичними) формами депресії, викликаними психологічними або екзистенційними факторами, і ендегенними (психотичними) формами депресії, що мають біологічне походження. Виявилося, що ендегенна депресія пов'язана з зовнішніми впливами, а невротична, в свою чергу, має біологічні корені [11; с.5].

DSM-5 класифікує різні види депресивних розладів, проте ця система не дає чіткої межі між меланхолією — первісною назвою депресії — та іншими формами депресії. Через це часто акцент робиться виключно на медикаментозному лікуванні. Проте багато психотерапевтів помічають, що навіть при правильному підборі ліків пацієнти можуть погано реагувати на лікування або депресивні епізоди повертаються після завершення терапії.

Згідно з DSM-5, депресивні розлади поділяються на кілька категорій:

- 1) Великий депресивний розлад — важкий епізод депресії тривалістю щонайменше два тижні з мінімум п'ятьма симптомами, серед яких пригнічений настрій і втрата інтересу, що суттєво погіршують життя.
- 2) Дистимічний розлад — хронічний депресивний стан понад два

роки з принаймні двома симптомами, без великих депресивних або маніакальних епізодів у минулому.

3) Біполярний розлад — включає типи I і II та циклотимію з чергуванням гіпоманіакальних і депресивних епізодів.

4) Інші розлади настрою — пов'язані з органічними захворюваннями або зловживанням речовинами [9].

Гештальт-терапія пропонує розглядати роботу з пацієнтами, які переживають депресію, з урахуванням різних типів їхнього досвіду та особливостей проявів, що вимагає застосування відповідних терапевтичних підходів. Такий поділ допомагає краще зрозуміти внутрішній стан пацієнта і вибрати найбільш ефективні методи підтримки й лікування. Зокрема, виділяють п'ять основних категорій [11]:

1. Скорбота — депресія через втрату, терапія спрямована на прийняття і проживання болю.

2. Загальна пригніченість — без чіткої причини, фокус на відновленні контакту з почуттями і пошуку сенсу.

3. Меланхолійний досвід — глибокий сум і відчуження, терапія підтримує відновлення зв'язку з життям.

4. Негативний образ себе — пов'язаний із низькою самооцінкою і почуттям провини, терапія переосмислює ці переконання.

5. Органічні причини — пов'язані з хворобами чи зловживанням речовинами, потребують комплексного підходу з медичною і психологічною підтримкою.

Природна депресивна реакція на втрату, як-от смерть близької, є адаптивним механізмом, що допомагає пристосуватися до нових обставин. Швидке терапевтичне втручання може бути шкідливим, якщо людина не готова. З часом така реакція може стати дисфункційною. Важливо розрізняти скорботу — природний процес переживання втрати, що допомагає усвідомити її значення, — і клінічну депресію. Скорбота виникає не лише через смерть, а й інші втрати, дозволяючи прийняти нову реальність і відчувати

цінність минулого. [34].

Туга — природна емоція переживання втрати, яку терапевт підтримує, допомагаючи клієнту проживати скорботу в безпечній атмосфері. На відміну від депресії, скорботу не слід перебивати, а супроводжувати. Хоч DSM V може класифікувати це як депресивний розлад, це здорова реакція на кризу. Завдання терапевта — не позбавити пацієнта болю, а допомогти його пережити, підтримуючи в подоланні екзистенційних обмежень і завершенні етапу втрати.

Меланхолійна депресія не пов'язана безпосередньо з конкретними подіями, хоча вони можуть бути тригерами. Людина відчуває фізичну важкість або емоційну порожнечу, втрату енергії, уповільнення рухів і мислення, іноді ступор. Часті ранні пробудження, нав'язливі думки про суїцид, галюцинації з почуттям провини чи страхом. На відміну від горя, спрямованого назовні, меланхолія пов'язана з внутрішньою втратою, спрямованою на «Я». [43].

При меланхолійній депресії змінюється особистість: від труднощів у ролях до втрати ідентичності, знижується здатність приймати рішення, виражати думки і брати відповідальність. Послаблення функцій Id, Personality і Ego призводить до глибокого пригнічення. Відновлення зазвичай повне, але стан сприймається як жахливий сон або інший вимір. Горю властивий біль втрати конкретної людини чи мети, а в меланхолії — втрата умов для зв'язку з об'єктом прив'язаності.

Ступінь тяжкості депресії визначається рівнем «невключеності в буття-між» — відсутністю контакту з іншими. Порушення цієї функції призводить до втрати контролю Его і занурення в ступор. Особливо важлива дисфункція Id — частини психіки, що пов'язує нас зі світом до усвідомлення розриву з ним. При її пригніченні порушується сприйняття часу, простору і намірів, і життя перестає бути цілісним. Це ускладнює терапію, бо звичайний контакт стає неможливим. Головна ознака депресії — повна відсутність інтересу, що є відчуженням навіть від себе.

У важкій депресії сповільнюється сприйняття, пацієнт втрачає інтерес і бажання, мовчить і нерухомо сидить, нічого не здається важливим. Намір взаємодії відсутній, бо він виникає на межі контакту. Депресія — це стан міжособистісних відносин, що відображає втрату надії на контакт зі значущою людиною. Вона включає глибокий зв'язок, невдачу у встановленні контакту та емоційну відсутність цієї особи у відносинах.

Людині з меланхолією потрібна особлива підтримка, часто з медикаментозною допомогою, тому важливо передбачити консультації з психіатром для безпеки пацієнта і зниження тривоги терапевта. Психотерапія проходить на двох рівнях. Перший — робота з депресивним полем у терапевтичних відносинах, де терапевт стає опорою, хоча пацієнт під час фази депресії не завжди це усвідомлює. Важливо формувати глибокі стосунки, що підтримують пацієнта навіть у кризі. Терапевт має залишатися уважним і стриманим, уникаючи надмірних інтервенцій, і бути готовим до агресії пацієнта, допомагаючи усвідомити її та перетворити на конструктивний контакт, щоб запобігти аутоагресії. Другий рівень терапії можливий у стабільні періоди, коли пацієнт може працювати з симптомами, приймати обмеження і шукати способи реалізації життєвої творчості. Завдання терапевта — підтримати інтеграцію досвіду депресії в особисту історію, зміцнити особистість, обмежити страждання і надати їм нові смисли.

Депресивний досвід унікальний і пов'язаний з особистою історією та міжособистісними стосунками. Він може бути способом пристосування до складних ситуацій, допомагаючи пережити кризу і змінити поведінку. Проте, якщо депресія стає постійною моделлю, вона погіршує здатність справлятися з викликами, посилює стан і знижує потенціал. Розуміння депресії як творчого пристосування або фіксованої моделі допомагає в діагностиці та терапії, де важливо досліджувати її вплив на особисту історію, стосунки і розвиток клієнта.

Якщо людина використовує депресивний спосіб реагування на навколишній світ як спосіб творчого пристосування, це називають

депресивним пристосуванням [11; с.25]. Такий механізм має свої переваги і зберігся в процесі еволюції як адаптивний, що довів свою корисність. Коли людина втрачає інтерес до чогось недосяжного в житті, вона уникає боротьби, яка могла б завдати їй серйозних травм або навіть загрожувати життю. Крім того, відмовляючись від певного соціального статусу і уникаючи конфліктів, вона зберігає енергію для повсякденних справ. Подібно до того, як тварини впадають у зимову сплячку, людина, досягаючи межі, де подальша активність (боротьба, уникнення чи маніпуляції) стає безрезультатною, застосовує депресивне пристосування.

Однак те, що спочатку було корисним адаптивним механізмом, може перерости у виснажливий, закріплений депресивний гештальт — стан страждання, який сильно обмежує здатність людини до творчого пристосування [18; с.392].

Депресія формується під впливом біологічних, соціальних і психологічних факторів. Генетика визначає чутливість людини до стресу. Біологічні теорії пов'язують депресію з дефіцитом пластичності ЦНС, через що мозок працює стереотипно зі зміненими нейронними імпульсами. Це пояснює фіксований гештальт на біологічному рівні. Антидепресанти і психотерапія допомагають розблокувати цей стан і відновити нейронну гнучкість. Л. Грінберг, Дж. Уотсон і Д. Голдман описують, що ранні втрати з приниженням чи безпорадністю формують емоційні депресогенні схеми. При нагадуванні травми ці схеми активуються, обмежуючи сприйняття нового досвіду і викликаючи почуття нестачі любові, приниження, безвиході та безпорадності. Це створює депресивну організацію «Я» з почуттями страху, самотності, небезпеки і сорому, а також негативним ставленням до себе і інших.[45].

Втрата творчого пристосування проявляється у повторюваних стереотипних порушеннях циклу контакту: відхід, усвідомлення, мобілізація, дія, контакт, асиміляція і знову відхід. У депресивної людини високий рівень усвідомлення, але вона застрягає перед дією, зупиняючись на етапі

мобілізації. Часто бракує енергії, мотивації і самопідтримки, що призводить до ізоляції, замкненого кола і іноді спроб суїциду [18].

Замість відкритого вираження своїх імпульсів і бажань, депресивна особистість спрямовує їх на себе — вдається до ретрофлексії. Вона не відкриває свої потреби, пов'язані з навколишнім світом, а натомість висуває до себе нездійсненні вимоги. Це викликає ще більшу фрустрацію, посилює невпевненість, пригнічує волю і бажання. Така взаємодія організму і середовища посилює депресивну організацію «Я», роблячи людину ще менш здатною до встановлення контакту. Ретрофлексія зупиняє її ще до того, як дія може привести до контакту [18; с.389].

Організація поля відносин, характерна для депресивної особистості, часто повторюється і в терапевтичній ситуації, де терапевт стає частиною цієї «депресивної структури» поля [18; с.405]. Зазвичай реакція родини чи близьких на депресію пацієнта має дві протилежні фази: спочатку вони намагаються його підтримати й підбадьорити («Все буде добре, давай розважись»), але якщо це не дає результату і виснажує їх, вони дистанціюються, іноді навіть із прихованою агресією.

Терапевт із високим самоусвідомленням уникає жорстких реакцій на депресивного пацієнта, зберігає відкритість, не звинувачує і підтримує надію, що сприяє змінам у пацієнта. Частотою реакцією є страх і бажання дистанціюватися, що виникають у контексті конкретної взаємодії. Контрперенос може проявлятися відчуттям важкості, безсилля і сумнівів у власній компетентності. Робота з депресивним пацієнтом нагадує магнетичну владу депресії: терапевт може тримати дистанцію або зануритися у спільний досвід, ризикуючи «депресивним зараженням». Концепт «заразності депресії» пояснює цей процес, не звинувачуючи пацієнта.

Терапевт має залишатися присутнім у контакті з пацієнтом, не втрачаючи надії навіть у складних моментах. Важливо створити безпечне, структуроване середовище, підтримувати пацієнта і навчати його приймати допомогу та розвивати самопідтримку. Інтервенції слід обирати обережно,

обмежуючи їх сенс поточною ситуацією, щоб уникнути посилення симптомів. Головне — пов'язати депресивний досвід із конкретними подіями життя, не дозволяючи йому охопити всю життєву сферу [11].

У терапії депресії важливо працювати з ретрофлексією — спрямуванням агресії та критики проти себе замість інших. Терапевт досліджує ці патерни і стимулює пацієнта поступово спрямовувати енергію назовні, підтримуючи моменти міжособистісної взаємодії. Важливо, щоб пацієнт накопичив внутрішню впевненість для вираження емоцій. Робота з ретрофлексією допомагає замінити самоізоляцію новими способами захисту і контактів, відновити гнучкість у взаємодії з іншими через безпечні стосунки з терапевтом. Мета — відновити здатність адаптуватися і вільно вступати у взаємодію.

Варто підкреслити, що гештальт-терапевт не розглядає депресивного пацієнта як об'єкт для застосування процедур, а працює з відносинами, що виникають між ним і пацієнтом у «тут-і-тепер». Терапевт досліджує ці патерни і експериментує з новими, незвичними способами поведінки та взаємодії.

Терапевт приймає емоції пацієнта щиро і без осуду [11; с.39], але не погоджується з його залишенням у депресивному стані. Він уникає повторення реакцій родини, які підтримують застарілі патерни, створюючи безпечний простір для нових взаємодій. Терапевт свідомо уникатиме автоматичних реакцій на спроби пацієнта викликати жалість, допомагаючи вийти за межі депресії. Головне — не втрачати надію і залишатися поруч, навіть коли пацієнт здається «відсутнім» на глибинному рівні.

Висновок до першого розділу:

Депресивний стан — передумова виникнення та розвитку депресивних розладів особистості. Депресивний стан — це афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами у всіх особистісних сферах: зниженням сили інтенцій у мотиваційній сфері у бік відмови від

досягнення бажаних цілей, затягування з виконанням обов'язків; викривленнями когнітивних уявлень щодо власних можливостей долати складнощі та розв'язувати актуальні проблеми, гальмування реалізації поведінкових програм у поведінковій сфері у бік пасивності й уникання докладання вольових зусиль. Суб'єктивно людина в стані депресії, в першу чергу, переживає сумні емоції й переживання – пригніченість, смуток, відчай. Аналіз наукових джерел дозволяє зробити висновок про те, що депресивні стани є серйозною проблемою, особливо в умовах військових конфліктів, коли стресові фактори значно збільшуються. Війна може стати каталізатором для розвитку депресії як у чоловіків, так і в жінок, призводити до формування хронічних станів.

За даними міжнародних організацій з охорони здоров'я, депресія з фізичними симптомами у жінок зустрічається вдвічі частіше, ніж у чоловіків. У жінок переважають такі симптоми: втома, сонливість і загальмованість, у чоловіків — безсоння та збудження. Психоемоційний стан чоловіків значною мірою залежить від їхньої статевої функції. З'ясовано, що у чоловіків депресивні стани частіше проявляються у формі зовнішньої агресії та деструктивних форм поведінки. Вони також можуть приховувати свої почуття та уникати звернення за психологічною допомогою. У жінок же депресія частіше проявляється у формі внутрішніх конфліктів, вияву емоційної вразливості та критичності до себе. Особливістю розвитку депресивних станів у чоловіків є часто надмірна самотійність та неспроможність виявляти вразливість, тоді як у жінок це може бути пов'язано з неефективним виконанням певних ролей, відчуттям невідповідності соціальним очікуванням.

Враховуючи вищезазначені особливості прояву депресивних станів у чоловіків та жінок в умовах війни, важливо розробляти індивідуалізовані підходи до психологічної підтримки та терапії. Чоловіки можуть потребувати більшої уваги до вияву їхніх почуттів та емоційної підтримки, в той час як у жінок важливо зосередитися на розвитку їхньої емоційної виразності та

створенні сприятливого середовища для самовираження. Також необхідно враховувати соціокультурні аспекти, такі як статеві ролі та стереотипи, що можуть впливати на прояв депресивних станів у різних статевих груп. Гештальт-терапія пропонує організовувати роботу з пацієнтами, які переживають депресію, з урахуванням різних типів їхнього досвіду, зокрема: 1) переживання скорботи - через прийняття і проживання болю; 2) відчуття загальної пригніченості - через відновлення контактів з почуттями і пошуку сенсу; 3) меланхолійний досвід - через відновлення зв'язку з життям, 4) домінуючий негативний образ себе - через переосмислення негативних переконань, переживання провини; 5) органічні причини появи депресивних розладів - через комплексний підхід подолання залежності, з медичною і психологічною підтримкою.

Втрата творчого пристосування розглядається як один з чинників формування хронічного депресивного стану, внаслідок формування стереотипних порушень циклу контакту: відхід, усвідомлення, мобілізація, дія, контакт, асиміляція і знову відхід. У депресивної людини високий рівень усвідомлення, але вона застрягає перед дією, зупиняючись на етапі мобілізації. Пошук додаткових ментальних ресурсів, корекція мотивації і опанування технік самопідтримки, зможе допомогти розірвати замкнене коло, сприятиме покращенню емоційного стану людини.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

2.1. Порівняльний аналіз прояву депресивних станів у чоловіків та жінок

Основною метою нашого наукового дослідження є визначення розбіжностей в проявах депресивних станів у чоловіків та жінок, визначення чинників, які обумовлюють міру вираженості депресивних станів українців під час війни.

Дослідження проводилося в онлайн-форматі за допомогою гугл-форми. Посилання на гугл-форму розповсюджувалася в Телеграм-групах, спільних чатах. На початку гугл-форми учасникам дослідження надавалася інформована згода, де повідомлялися такі моменти:

- мета дослідження: вивчення емоційних станів українців під час війни;
- добровільність участі: можливість відмовитися від участі в дослідженні без пояснень та санкцій з боку організаторів;
- потенційні переваги: можливість отримати зворотній зв'язок за результатами опитування;
- потенційні ризики: можливість погіршення стану внаслідок заповнення методик, що містять питання про депресивні думки та переживання;
- координати практикуючих психологів, які можуть надати психологічну допомогу у разі погіршення самопочуття;
- координати дослідника та його наукового керівника, до яких можна звернутися у разі виникнення пропозицій чи скарг;
- засоби використання отриманих даних та представлення їх у звітах: дотримання конфіденційності, відсутність в гугл-формах питань, які збирають дані, за якими можна ідентифікувати учасників,

повідомлення результатів лише в узагальненому вигляді.

У дослідженні брало участь 83 особи, з яких 31 чоловік і 52 жінки з числа учасників програм підготовки гештальт-терапевтів Національної асоціації гештальт-терапевтів України, супервізорських груп Національної асоціації гештальт-терапевтів України, клієнтів гештальт-терапевтів, супервізорів Національної асоціації гештальт-терапевтів України. Відсотковий розподіл вибірки за основними характеристиками, які враховувалися в дослідженні, наведений у табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Відсотковий розподіл досліджуваних за основними характеристиками вибірки

№	Показник	Категорії	Кількість	Відсоток
1.	Стать	Жіноча	52	62,7
		Чоловіча	31	37,3
2.	Вік	до 30 років	9	10,8
		31-40 років	39	47,0
		41-50 років	27	32,5
		понад 50 років	8	9,6
3.	Місце перебування	Україна, без зміни місця перебування	44	53,0
		Україна, повернення з закордону	13	15,7
		Україна, внутрішнє переміщення	6	7,2
		За кордоном	20	24,1
4.	Освіта	Відсутність вищої освіти	3	3,6
		Бакалавр	21	25,3
		Магістр/спеціаліст	53	63,9
		Науковий ступінь	6	7,2

Для діагностики симптомів прояву депресивного стану була використана **Шкала депресії А. Бека [38]**.

Методика була розроблена А. Беком та його командою у 1961 році, вона спирається на клінічні спостереження авторів, містить обмежений набір найбільш значущих симптомів депресії. 21 симптом можна поділити на дві умовні групи: «когнітивно-афективні розлади» (13 симптомів) та «соматичні прояви» (8 симптомів). Українською мовою методика перекладена, однак відсутні дані щодо її адаптації, проведення клінічних випробувань на

вибірках пацієнтів з діагнозом депресивних розладів. Методика містить 21 категорію, які складаються з 4 тверджень, що відображають різну міру прояву специфічних симптомів депресії. Ці твердження упорядковані за мірою вираження симптому, а отже чим більше балів набирає людина за шкалою, тим більш в неї виражені симптоми депресивного стану.

У методиці рекомендовано використовувати такі тестові норми, які отримані на оригінальній англомовній популяції в мирні часи. Дані норми можуть бути неінформативними для українською вибірки, учасники якої понад 3 роки живуть в стресовій ситуації реальної небезпеки для життя:

- 0—13 — норма;
- 14—19 — легка депресія;
- 20—28 — помірна депресія;
- 29—63 — важка депресія.

Ми вважаємо, що оскільки методика враховує як симптоми, визначені в DSM-5, так і скарги на самопочуття та погіршення благополуччя, а також у зв'язку з тим, що діагноз депресія ставиться лише психіатром на підставі клінічного інтерв'ю та аналізу історії хвороби, а не за результатами самооцінювання, то ми будемо говорити не про міру вираженості депресії, а про міру депресивного стану. У таблиці 2.2 представлений розподіл частот за тестовими нормами, які відображають міру прояву депресивного стану.

Таблиця 2.2 – Відсотковий розподіл досліджуваних за мірою вираженості депресивного стану

Міра вираженості депресивного стану	Загальні		Чоловіки		Жінки	
	N	%	N	%	N	%
Норма	57	68,7	21	67,7	36	69,2
Легкий депресивний стан	17	20,5	6	19,4	11	21,2
Помірний депресивний стан	6	7,2	2	6,5	4	7,7
Важкий депресивний стан	3	3,6	2	6,5	1	1,9

Як свідчать дані, представлені в таблиці 2.2, значна більшість осіб, учасників дослідження, мають стан, який відповідає нормі. Нагадаємо, що всі досліджувані є дотичними до Національної асоціації гештальт-терапевтів

України, а отже вони в той чи іншій мірі розуміють корисність психологічної допомоги, розуміються на психо-емоційних станах особистості, на важливості моніторингу власних станів у стресових ситуаціях. Але навіть попри дотичність учасників до навчальних програм надання психотерапевтичних послуг, 3,6% опитаних повідомляють про важкий депресивний стан, з яким вони вже не можуть самотійно впоратися, про представленість багатьох симптомів депресії, 7,2% - про помірно виражений депресивний стан. Отримані нами дані суперечать загальній статистиці, оскільки у нас відсутні розбіжності в розподілі жінок та чоловіків за рівнями вираженості депресивного стану. Розподіли майже ідентичні.

За даними ВООЗ, 3,8% населення планети страждають від депресії, включаючи 5% дорослих (4% серед чоловіків та 6% серед жінок) та 5,7% дорослих старше 60 років [18]. Оскільки повідомляється, що за статистикою депресія приблизно на 50% частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків, ми вирішили провести порівняльний аналіз та визначити розбіжності за статтю. Для цього був використаний непараметричний критерій Манна-Вітні, розрахунки проводилися в пакеті Jamovi. У таблиці 2.3 наведені дані за всіма симптомами та скаргами зі Шкали депресії А. Бека.

Як свідчать отримані результати нам не вдалося на нашій вибірці встановити значущі розбіжності за трьома інтегративними показниками шкали А. Бека, а з 21 симптому лише за трьома проявились статеві розбіжності, а саме: за показником наміру скоїти самогубство ($p=0,046$), самооцінки зміни своєї ваги ($p=0,035$), втрати інтересу до статевого життя ($p=0,041$). У табл. 2.4 представлені описові статистики за цими трьома симптомами та за трьома інтегративними показниками.

Як свідчать описові статистики, жінки в тривалій стресовій ситуації мають нижче рівень зануреності в думки про скоєння самогубства ($M=0,176$), ніж чоловіки ($M=0,379$). 4 особи чоловічої статі, що становить 12,9% підгрупи чоловіків, позначили свій стан як «Я хочу вмерти і планую самогубство», на противагу групі жінок, серед яких лише 2 особи, що

становить 3,8%, у такий спосіб позначили свій намір стосовно самогубства. Нав'язливі думки щодо скоєння самогубства чи смерті є важливим симптомом депресивного розладу, який має враховуватися психологом, який проводить скринінгову оцінку стану особистості, що перебуває в тривалих стресових умовах. Зміна у вазі - також симптом депресивного розладу особистості.

Таблиця 2.3 – Порівняльний аналіз симптомів депресивного стану

№	Симптом/скарга	Емпіричне значення за критерієм Манна-Вітні	p-рівень значущості
1	Пригніченість	718	0.810
2	Тривога	622	0.187
3	Переживання невдач	725	0.840
4	Ангедонія	720	0.819
5	Відчуття провини	649	0.311
6	Відчуття необхідності бути покараним	713	0.669
7	Неприйняття своїх недоліків	639	0.192
8	Схильність до самокритики	622	0.174
9	Думки про самогубство	590	0.046
10	Переживання суму	725	0.841
11	Роздратованість	614	0.172
12	Втрата інтересу до інших людей	645	0.284
13	Важкість прийняття рішень	733	0.946
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	733	0.941
15	Втрата працездатності	739	1.000
16	Погіршення сну	680	0.499
17	Втомлюваність	724	0.865
18	Втрата апетиту	735	0.939
19	Втрата ваги	604	0.035
20	Наявність фізичних симптомів	735	0.959
21	Втрата інтересу до статевого життя	551	0.041
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		592	0.138
Соматичні прояви (14-21)		717	0.821
Міра вираженості депресивного стану		656	0.402

В нашому дослідженні встановлено, що чоловіки також мають більш високий рівень відчуття втрати ваги ($M=0,517$), порівняно з групою жінок ($M=0,137$). 2 особи чоловічої статі (6,5% від усіх чоловіків, які взяли участь в дослідженні) оцінили зміну в своїй вазі як втрату понад 7 кг, в той час, як лише 1 жінка (2% від усіх жінок) оцінила зміну своєї ваги на 5 кг. Більшість

учасників обох статей або не помічають втрату ваги, або оцінюють втрати на рівні 1-3 кг, що не є критичним. За третім симптомом, «втрата інтересу до статевого життя», який не належить до симптомів депресивних розладів, тому може розглядатися як скарга, супутній симптом, жінки демонструють більш високий рівень ($M=0,863$), ніж чоловіки ($M=0,517$). Лише один чоловік (3,2% від чоловічої підгрупи) та 2 жінки (3,8% від жіночої вибірки) повідомили про повну втрату інтересу до статевого життя, однак про зменшення статевого потягу повідомили 2 особи чоловічої статі (6,5%) та 8 осіб жіночої статі (15,4%), що демонструє той факт, що у більшості жінок під впливом стресу зменшується сексуальний потяг.

Таблиця 2.4 – Описові статистики у підгрупах чоловіків та жінок за значущими симптомами депресивного стану

Симптом	Стать	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Думки про самогубство	жіноча	0.176	0.0539	0.0682	0.285	0	0.385
	чоловіча	0.379	0.0917	0.1915	0.567	0	0.494
Втрата ваги	жіноча	0.137	0.0687	0.0000	0.275	0	0.491
	чоловіча	0.517	0.2023	0.1028	0.932	0	1.090
Втрата інтересу до статевого життя	жіноча	0.863	0.1155	0.6307	1.095	1	0.825
	чоловіча	0.517	0.1457	0.2188	0.816	0	0.785
Когнітивно-афективні розлади	жіноча	5.529	0.7081	4.1071	6.952	4	5.057
	чоловіча	7.207	1.0532	5.0494	9.364	5	5.672
Соматичні прояви	жіноча	4.569	0.4213	3.7225	5.415	4	3.008
	чоловіча	4.655	0.6792	3.2640	6.046	4	3.657
Міра вираженості депресивного стану	жіноча	10.098	1.0295	8.0303	12.166	8	7.352
	чоловіча	11.862	1.6353	8.5123	15.212	9	8.806

Примітка: M – середнє значення; SE - похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

Цікавим є той факт, що попри наявність різниці в середніх значеннях за показником міри когнітивно-афективних розладів, $M=5,5$ балів в підгрупі жінок та $M=7,2$ в підгрупі чоловіків, не було виявлено статистично-значущої відмінності, що ми пов'язуємо з двома факторами: 1) обмеженість підгруп за кількістю; 2) великі значення стандартних відхилень в обох підгрупах. Останнє говорить про те, що стан українців є дуже різним, є люди, яким ще вистачає внутрішніх ресурсів підтримувати своє благополуччя та ментальне

здоров'я, але вже є ті, хто не справляється з цим, а отже потребує регулярної психологічної допомоги, тривалого періоду відновлення психологічних ресурсів, нормалізації свого стану. У Додатку А в табл. А.1 наведені описові статистики за підгрупами чоловіків та жінок. Найвищу різноманітність демонструють чоловіки за такими симптомами: «тривога» ($SD=0,83$), «відчуття необхідності бути покараним» ($SD=0,89$), «роздратованість» ($SD=0,87$), «втрата інтересу до інших людей» ($SD=0,83$), «невдоволеність власним зовнішнім виглядом» ($SD=0,81$), «зміна ваги» ($SD=1,1$). Жінки демонструють меншу варіативність в оцінках своїх симптомів депресивного стану, найбільші значення отримані за такими симптомами та скаргами: «втрата інтересу до статевих стосунків» ($SD=0,83$), «втрата працездатності» ($SD=0,76$), «роздратованість» ($SD=0,78$), «відчуття необхідності бути покараною» ($SD=0,75$).

Таким чином, не визначені розбіжності в проявах депресивного стану в підгрупах чоловіків та жінок, які взяли участь в дослідженні. Не виявлені розбіжності як за сумарним показником, так і за двома інтегративними показниками, які відображають когнітивно-емоційні прояви та соматичні скарги. У жінок за самооцінками значно нижче потяг до статевих стосунків, а в чоловіків значно більш виявлені потяги до скоєння самогубства та втрати ваги. Відсутність розбіжностей ми пояснюємо тривалою стресовою ситуацією, яка виснажує психологічні ресурси, впливає на здатність осіб відновлюватися після стресу, нормалізувати свій стан. Припустимо, що саме тривалий стрес більше впливає на здатність чоловіків відновлюватися, що опосередковано погіршує їх емоційне тло, сприяє більш глибокому зануренню в депресивний стан. А також така нетипова картина щодо відсутності значущих розбіжностей може бути пов'язана зі специфікою вибірки, всі досліджувані дотичні до сфери надання психологічної допомоги, мають обізнаність стосовно психо-емоційної гігієни. Третю причину ми бачимо у великих індивідуальних розбіжностях, і в підгрупі жінок, і чоловіків є ті особи, які успішно відновлюють свої ресурси, підтримують

свій психо-емоційний стан на оптимальному рівні, а є і ті, хто вже має тривалі психологічні проблеми, які заважають їм своєчасно нормалізувати свій стан, успішно регулювати і стан, і поведінку. У наступних розділах ми розглянемо чинники, які обумовлюють переживання депресивного стану під час війни. Спочатку зосередимо увагу на соціально-психологічних чинниках, а потім на більш особистісних.

2.2. Соціально-психологічні чинники переживання депресивного стану під час війни

У гугл-форму була включена невелика анкета, яка збирала дані не лише за соціально-демографічними показниками (стать, вік, місце проживання, освіта), представлені в табл. 2.1, а й за певними соціально-психологічними характеристиками, які пов'язані з особистісним досвідом отримання медичної та психологічної допомоги з приводу депресії, депресивних станів. У табл. 2.5 ми систематизували інформацію, отриману від учасників.

Таблиця 2.5 – Відсотковий розподіл учасників дослідження за соціально-психологічними характеристиками

№	Показник	Категорії	N	%
1	Досвід звернення до психіатра з приводу депресії	Ні	53	63,9
		Так, ще до початку війни	8	9,6
		Так, після початку повномасштабної війни	15	18,1
		Так, є досвід і до війни, і під час війни	7	8,4
2	Досвід прийому антидепресантів	Ні	53	63,9
		Так, ще до початку війни	9	10,8
		Так, після початку повномасштабної війни	17	20,5
		Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	4,8
3	Досвід роботи з психологом / психотерапевтом	Ні	11	13,3
		Так, звернувся ще до початку війни	32	38,6
		Так, звернувся після початку повномасштабної війни	15	18,1
		Так, звертався і до війни, і під час війни	25	30,1

4	Тривалість роботи з психологом / психотерапевтом	Не маю такого досвіду	11	13,3
		Декілька консультацій (до 10)	12	14,5
		Від кількох місяців до 1 року	8	9,6
		Від 1 до 3 років	14	16,9
		Понад 3 роки	38	45,8
5	Оцінка ефективності дії антидепресантів	Ні	3	3,6
		Так	29	34,
		Відсутній досвід прийняття антидепресантів	51	61,4
6	Оцінка ефективності допомоги у роботі з психологом	Ні	5	6,0
		Так	66	79,5
		Відсутній досвід роботи з психологом	12	14,5

Певні категорії відповідей були збільшені для того, щоб в подальшому була можливість виконати перевірку припущень щодо впливу цих чинників на міру переживання депресивних станів, прояву окремих симптомів. Почнемо по порядку. Спершу перевірено припущення щодо зв'язку віку з особливостями переживання депресивних станів. У табл. 2.6 представлені результати однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA за непараметричним критерієм Крускала-Воліса, де незалежною змінною виступає вік, а залежними змінними – симптоми та скарги, які супроводжують депресивний стан.

Таблиця 2.6 – Зв'язок віку з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	5.1736	3	0.160	0.0631
2	Тривога	7.9990	3	0.046	0.0975
3	Переживання невдач	3.4221	3	0.331	0.0417
4	Ангедонія	8.9510	3	0.030	0.1092
5	Відчуття провини	3.0670	3	0.381	0.0374
6	Відчуття необхідності бути покараним	2.8149	3	0.421	0.0343
7	Неприйняття своїх недоліків	1.9836	3	0.576	0.0242
8	Схильність до самокритики	9.6177	3	0.022	0.1173
9	Думки про самогубство	0.0528	3	0.997	6.44e-4
10	Переживання суму	3.2564	3	0.354	0.0397
11	Роздратованість	4.5405	3	0.209	0.0554
12	Втрата інтересу до інших людей	2.6077	3	0.456	0.0318
13	Важкість прийняття рішень	2.3899	3	0.496	0.0291
14	Невдоволеність власним	2.2554	3	0.521	0.0275

	зовнішнім виглядом				
15	Втрата працездатності	6.1172	3	0.106	0.0746
16	Погіршення сну	3.0131	3	0.390	0.0367
17	Втомлюваність	2.3922	3	0.495	0.0292
18	Втрата апетиту	4.4755	3	0.214	0.0546
19	Втрата ваги	0.8312	3	0.842	0.0101
20	Наявність фізичних симптомів	1.7770	3	0.620	0.0217
21	Втрата інтересу до статевого життя	3.0577	3	0.383	0.0373
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		6.8436	3	0.077	0.0835
Соматичні прояви (14-21)		1.5134	3	0.679	0.0185
Міра вираженості депресивного стану		4.0338	3	0.258	0.0492

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Отримано 3 значущі зв'язки віку з симптомом тривоги ($p=0,046$), ангедонії ($p=0,03$) та вираженої схильності до самокритики ($p=0,022$). Інтегративні показники міри вираженості депресивного стану не виявили залежність від віку. У табл. 2.7 наведені описові статистики, які демонструють середні значення та медіани за кожним симптомом. Додатково був взятий критерій Двасс-Стіл-Крітчлоу-Флігнера для попарного порівняння підгруп за кожною категорією (W-критерій). Так, було встановлено, що за симптомом тривоги були значущі розбіжності в групах «31-40 років» та «понад 50 років» ($W=-3,7$; $p=0,044$). Отже, є тенденція до зниження тривоги з віком під час війни. За симптомом прояву ангедонії встановлена значуща розбіжність в підгрупах «до 30 років» та «понад 50 років» ($W=-3,94$; $p=0,027$). Середні значення, наведені в табл. 2.7, демонструють зниження симптомів прояву ангедонії з віком. Аналогічна тенденція до зниження схильності до самокритики з віком була виявлена в підгрупах «до 30 років» та «41-50 років» ($W=-3,985$; $p=0,025$).

Таблиця 2.7 – Описові статистики у різновікових підгрупах за значущими симптомами депресивного стану

Симптом	Вік	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Тривога	до 30 р.	9	1.111	0.3093	0.3978	1.824	1	0.928
	31-40 р.	39	0.872	0.1113	0.6465	1.097	1	0.695
	41-50 р.	27	0.704	0.1492	0.3970	1.010	1	0.775

	понад 50 р.	8	0.250	0.1637	-0.137	0.637	0	0.463
Ангедонія	до 30 р.	9	0.667	0.1667	0.2823	1.051	1	0.500
	31-40 р.	39	0.410	0.0798	0.2487	0.572	0	0.498
	41-50 р.	27	0.296	0.0896	0.1122	0.480	0	0.465
	понад 50 р.	8	0.000	0.0000	0.0000	0.000	0	0.000
Схильність до самокритики	до 30 р.	9	1.000	0.2357	0.4565	1.544	1	0.707
	31-40 р.	39	0.538	0.1029	0.3301	0.747	0	0.643
	41-50 р.	27	0.296	0.1043	0.0820	0.511	0	0.542
	понад 50 р.	8	0.250	0.1637	-0.137	0.637	0	0.463

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE – похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

Виявлена тенденція до зниження симптомів тривоги, ангедонії (втрати здатності переживати задоволеність) та схильності до самокритики з віком. Ця тенденція потребує уточнення на вибірці з більш врівноваженою кількістю осіб в кожній віковій категорії. У табл. 2.8 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку рівня освіти з симптомами переживання депресивного стану.

Таблиця 2.8 – Зв'язок рівня освіти з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	2.428	2	0.297	0.03073
2	Тривога	2.963	2	0.227	0.03750
3	Переживання невдач	9.679	2	0.008	0.12252
4	Ангедонія	0.532	2	0.766	0.00674
5	Відчуття провини	3.094	2	0.213	0.03916
6	Відчуття необхідності бути покараним	2.260	2	0.323	0.02861
7	Неприйняття своїх недоліків	3.141	2	0.208	0.03976
8	Схильність до самокритики	1.643	2	0.440	0.02079
9	Думки про самогубство	5.667	2	0.059	0.07173
10	Переживання суму	7.022	2	0.030	0.08889
11	Роздратованість	4.988	2	0.083	0.06314
12	Втрата інтересу до інших людей	2.635	2	0.268	0.03335
13	Важкість прийняття рішень	1.725	2	0.422	0.02184
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	2.539	2	0.281	0.03214
15	Втрата працездатності	1.918	2	0.383	0.02427
16	Погіршення сну	6.107	2	0.047	0.07730
17	Втомлюваність	6.391	2	0.041	0.08090
18	Втрата апетиту	10.500	2	0.005	0.13291

19	Втрата ваги	1.981	2	0.371	0.02507
20	Наявність фізичних симптомів	1.786	2	0.409	0.02261
21	Втрата інтересу до статевого життя	1.330	2	0.514	0.01683
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		4.288	2	0.117	0.05428
Соматичні прояви (14-21)		4.717	2	0.095	0.05971
Міра вираженості депресивного стану		5.077	2	0.079	0.06427

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Отримані значущі зв'язки рівня освіти з такими симптомами: переживання невдачі ($p=0,008$), суму ($p=0,030$), погіршення сну ($p=0,047$), втомлюваності ($p=0,041$) та втрати апетиту ($p=0,005$). У табл. 2.9 наведені описові статистики, які демонструють середні значення та медіани за кожним симптомом. За показником переживання невдач виявлено поступове зростання міри вираженості симптому від підгрупи «бакалавр» до «маю науковий ступінь». Отримані значущі відмінності в підгрупах «бакалавр» та «маю науковий ступінь» ($W=3,98$; $p=0,014$); «магістр» та «маю науковий ступінь» ($W=3,81$; $p=0,019$). Переживання суму, навпаки має тенденцію до зниження з підвищенням рівня освіти. Встановлені розбіжності в підгрупах «бакалавр» та «магістр» ($W=-3,68$; $p=0,025$). Виявлена тенденція до зниження частоти зустрічі симптомів погіршення сну та втрати апетиту з підвищенням рівня освіти. Отримані значущі відмінності в підгрупах «бакалавр» та «магістр» за симптомом погіршення сну ($W=-3,34$; $p=0,048$) та втрати апетиту ($W=-4,27$; $p=0,007$). Нелінійна залежність за середніми значеннями спостерігається за симптомом втомлюваності. Встановлено зниження частоти скарг на втому при порівнянні частоти в підгрупах «бакалавр» та «магістр» ($W=-3,416$; $p=0,042$), але потім знов підвищення на рівні «маю науковий ступінь».

Таблиця 2.9 – Описові статистики у підгрупах з різним рівнем освіти за значущими симптомами депресивного стану

Симптом	Рівень освіти	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Переживання невдач	бакалавр	21	0.1905	0.1483	-0.119	0.500	0	0.680
	магістр	53	0.2075	0.0624	0.0824	0.333	0	0.454

	н. ступінь	6	1.0000	0.4472	-0.150	2.150	1	1.095
Переживання суму	бакалавр	21	0.5238	0.1636	0.1826	0.865	0	0.750
	магістр	53	0.1509	0.0496	0.0513	0.251	0	0.361
	н. ступінь	6	0.1667	0.1667	-0.262	0.595	0	0.408
Погіршення сну	бакалавр	21	1.0000	0.1543	0.6781	1.322	1	0.707
	магістр	53	0.5849	0.0782	0.4279	0.742	1	0.570
	н. ступінь	6	0.5000	0.2236	-0.075	1.075	0.5	0.548
Втомлюваність	бакалавр	21	1.0952	0.1176	0.8499	1.341	1	0.539
	магістр	53	0.7358	0.0900	0.5553	0.916	1	0.655
	н. ступінь	6	1.1667	0.4014	0.1349	2.198	1.5	0.983
Втрата апетиту	бакалавр	21	0.3333	0.1260	0.0705	0.596	0	0.577
	магістр	53	0.0755	0.0593	-0.044	0.195	0	0.432
	н. ступінь	6	0.0000	0.0000	0.0000	0.000	0	0.000

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE - похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

Таким чином, встановлено, що чим вище рівень освіти, тим частіше люди скаржаться на переживання з приводу невдач, однак менше скарг демонструють за переживаннями смутку, погіршення сну та втрати апетиту. Міра прояву симптому втомлюваності має нелінійний характер залежно від рівня освіти, найнижчий рівень демонструють особи з освітою магістра. У табл. 2.10 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку місця проживання під час війни з симптомами переживання депресивного стану.

Таблиця 2.10 – Зв'язок місця проживання з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	2.2323	3	0.526	0.02722
2	Тривога	1.5493	3	0.671	0.01889
3	Переживання невдач	0.8205	3	0.845	0.01001
4	Ангедонія	5.9417	3	0.114	0.07246
5	Відчуття провини	4.5462	3	0.208	0.05544
6	Відчуття необхідності бути покараним	5.8898	3	0.117	0.07183
7	Неприйняття своїх недоліків	3.8635	3	0.277	0.04712
8	Схильність до самокритики	3.6713	3	0.299	0.04477
9	Думки про самогубство	4.7206	3	0.193	0.05757
10	Переживання суму	4.9442	3	0.176	0.06029
11	Роздратованість	4.9622	3	0.175	0.06051
12	Втрата інтересу до інших	0.4977	3	0.919	0.00607

	людей				
13	Важкість прийняття рішень	8.1819	3	0.042	0.09978
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	2.1308	3	0.546	0.02599
15	Втрата працездатності	5.4805	3	0.140	0.06684
16	Погіршення сну	0.0904	3	0.993	0.00110
17	Втомлюваність	4.0992	3	0.251	0.04999
18	Втрата апетиту	1.1946	3	0.754	0.01457
19	Втрата ваги	2.3297	3	0.507	0.02841
20	Наявність фізичних симптомів	0.8924	3	0.827	0.01088
21	Втрата інтересу до статевого життя	2.0911	3	0.554	0.02550
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		6.9979	3	0.072	0.08534
Соматичні прояви (14-21)		3.2044	3	0.361	0.03908
Міра вираженості депресивного стану		7.0173	3	0.071	0.08558

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Встановлено лише один симптом депресивного стану, який пов'язаний з місцем перебування людини під час війни. Це – важкість прийняття рішення. За W-критерієм попарного порівняння виявлені значущі розбіжності при порівнянні підгруп «перебуваю за кордоном» та «знаходжусь в Україні, без зміни місця перебування» ($W=-3,64$; $p=0,049$). У табл. 2.11 наведені описові статистики за симптомом важкості прийняття рішення. Можна побачити, що особи, які перебувають за кордоном мають більш виражені труднощі з прийняттям рішення ($M=0,95$). Дану категорію утворили особи, які вже визначилися з тим, чи будуть вони вертатися на Україну після завершення війни, та ті, і їх значна більшість, які ще не визначилися (16,9%). Внаслідок обмеженої кількості осіб в інших категоріях, всі особи, які перебували на момент участі в дослідженні за кордоном, були об'єднані в одну категорію.

Таблиця 2.11 – Описові статистики у підгрупах з різним місцем проживання за симптомом важкості прийняття рішення

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Важкість прийняття рішень	Україна, без зміни місця перебування	44	0.545	0.1000	0.344	0.747	0.00	0.663
	Україна,	6	0.667	0.2108	0.125	1.209	1.00	0.516

	внутрішнє переміщення							
	Україна, повернення з закордону	13	0.462	0.1439	0.148	0.775	0	0.519
	За кордоном	20	0.950	0.1141	0.711	1.189	1.00	0.510

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE - похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

У табл. 2.12 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку досвіду звернення до психіатра з симптомами переживання депресивного стану. Було визначено зв'язок даної незалежної змінної з трьома симптомами депресивного стану, а саме: думки про самогубство ($p=0,031$), втрата апетиту ($p=0,041$), втрата інтересу до статевого життя ($p=0,033$).

Таблиця 2.12 – Зв'язок досвіду звернення до психіатра з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	1.327	3	0.723	0.01618
2	Тривога	0.593	3	0.898	0.00724
3	Переживання невдач	1.096	3	0.778	0.01336
4	Ангедонія	0.194	3	0.979	0.00237
5	Відчуття провини	1.421	3	0.701	0.01733
6	Відчуття необхідності бути покараним	1.781	3	0.619	0.02172
7	Неприйняття своїх недоліків	1.901	3	0.593	0.02318
8	Схильність до самокритики	1.030	3	0.794	0.01256
9	Думки про самогубство	8.887	3	0.031	0.10838
10	Переживання суму	3.054	3	0.383	0.03724
11	Роздратованість	1.642	3	0.650	0.02003
12	Втрата інтересу до інших людей	2.248	3	0.522	0.02742
13	Важкість прийняття рішень	2.882	3	0.410	0.03514
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	1.737	3	0.629	0.02118
15	Втрата працездатності	6.114	3	0.106	0.07457
16	Погіршення сну	0.643	3	0.887	0.00784
17	Втомлюваність	0.413	3	0.937	0.00504
18	Втрата апетиту	8.278	3	0.041	0.10095
19	Втрата ваги	1.437	3	0.697	0.01752
20	Наявність фізичних симптомів	3.789	3	0.285	0.04621
21	Втрата інтересу до статевого	8.736	3	0.033	0.10654

	життя				
Когнітивно-афективні розлади (1-13)	1.944	3	0.584	0.02371	
Соматичні прояви (14-21)	4.487	3	0.213	0.05472	
Міра вираженості депресивного стану	1.897	3	0.594	0.02313	

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

За критерієм попарного порівняння були визначені значущі розбіжності за симптомом «думки про самогубство» в підгрупах «відсутній досвід відвідування психіатра» та «є досвід і до, і під час війни» ($W=3,775$; $p=0,038$). Більш часто замислюються про самогубство ті особи, які зверталися до психіатра і до війни, і під час. Припустимо, що вони мають схильність до депресивних розладів, яка не залежить від контексту, що і змусило їх ще до початку війни звернутися за консультацією до психіатра. У табл. 2.13 наведені описові статистики за симптомами, які виявляють залежність від досвіду звернення до психіатра.

Таблиця 2.13 – Описові статистики у підгрупах з різним досвідом звернення до психіатра

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Думки про самогубство	Ні	53	0.2264	0.0580	0.10996	0.343	0	0.423
	Так, після початку війни	15	0.2000	0.1069	-0.0293	0.429	0	0.414
	Так, ще до початку війни	8	0.1250	0.1250	-0.1706	0.421	0	0.354
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	7	0.7143	0.1844	0.26301	1.166	1	0.488
Втрата апетиту	Ні	53	0.0566	0.0320	-0.0077	0.121	0	0.233
	Так, після початку війни	15	0.1333	0.0909	-0.0615	0.328	0	0.352
	Так, ще до початку війни	8	0.7500	0.4119	-0.2239	1.724	0	1.165
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	7	0.1429	0.1429	-0.2067	0.492	0	0.378
Втрата інтересу до статевого життя	Ні	53	0.5283	0.0956	0.33639	0.720	0	0.696
	Так, після початку війни	15	0.8000	0.1746	0.42558	1.174	1	0.676
	Так, ще до початку війни	8	1.5000	0.3780	0.60626	2.394	2	1.069
	Так, є досвід	7	1.0000	0.4364	-0.0679	2.068	1	1.155

	прийому і до війни, і під час війни							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE – похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

За симптомом втрати апетиту виявлені розбіжності в підгрупах «відсутній досвід відвідування психіатра» та «є досвід ще до початку війни» ($W=4,124$; $p=0,019$). Категорія осіб, яка мала досвід звернення до психіатра ще до повномасштабного вторгнення ($M=0,75$), має більші проблеми з апетитом, ніж ті, хто не звертався до психіатра ($M=0,057$). Схожа динаміка прослідковується і з симптомом втрати інтересу до статевого життя ($W=3,74$; $p=0,041$). Найбільші проблеми з сексуальним потягом мають ті особи, які зверталися з приводу депресивних станів до психіатра ще до початку війни ($M=1,5$). В них частота та міра втрати інтересу до статевого життя значно більші, ніж в підгрупі осіб, які ніколи не зверталися до психіатра ($M=0,53$). Припустимо, що ці симптоми (поява думок про самогубство, втрата апетиту, втрата інтересу до статевого життя) переживаються людьми як лякаючі, гнітючі, що змушує їх звертатися за консультацією до спеціалістів.

У табл. 2.14 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку досвіду прийняття антидепресантів з симптомами переживання депресивного стану.

Таблиця 2.14 – Зв'язок досвіду прийняття антидепресантів з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	1.745	3	0.627	0.0213
2	Тривога	1.852	3	0.604	0.0226
3	Переживання невдач	8.402	3	0.038	0.1025
4	Ангедонія	1.778	3	0.620	0.0217
5	Відчуття провини	7.803	3	0.050	0.0952
6	Відчуття необхідності бути покараним	11.884	3	0.008	0.1449
7	Неприйняття своїх недоліків	0.977	3	0.807	0.0119
8	Схильність до самокритики	2.717	3	0.437	0.0331
9	Думки про самогубство	7.113	3	0.068	0.0867

10	Переживання суму	3.653	3	0.301	0.0445
11	Роздратованість	2.380	3	0.497	0.0290
12	Втрата інтересу до інших людей	3.099	3	0.377	0.0378
13	Важкість прийняття рішень	4.936	3	0.177	0.0602
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	4.311	3	0.230	0.0526
15	Втрата працездатності	3.787	3	0.285	0.0462
16	Погіршення сну	2.798	3	0.424	0.0341
17	Втомлюваність	2.857	3	0.414	0.0348
18	Втрата апетиту	6.404	3	0.094	0.0781
19	Втрата ваги	1.760	3	0.624	0.0215
20	Наявність фізичних симптомів	4.870	3	0.182	0.0594
21	Втрата інтересу до статевого життя	10.959	3	0.012	0.1336
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		2.780	3	0.427	0.0339
Соматичні прояви (14-21)		7.934	3	0.047	0.0968
Міра вираженості депресивного стану		4.493	3	0.213	0.0548

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Виявлені зв'язки прийняття антидепресантів з такими симптомами та скаргами депресивного стану особистості: переживання невдач ($p=0,038$), відчуття провини ($p=0,05$), відчуття необхідності бути покараним ($p=0,008$), втрата інтересу до статевого життя ($p=0,012$). Також отриманий зв'язок прийняття антидепресантів з інтегративним показником соматичних розладів ($p=0,047$). Основною тенденцією, яка проявляється за всіма симптомами, є така: особи, які приймали антидепресанти ще до початку війни мають більш часті та виражені симптоми депресивного стану, вони більш страждають під час війни від погіршення емоційного тла їхнього життя, появи ознак депресивних розладів.

Так, майже за всіма симптомами виявлені розбіжності між підгрупами осіб, які не мають досвіду прийняття антидепресантів, та тими, хто приймав їх до початку війни, а саме: переживання невдач ($W=3,54$; $p=0,06$), відчуття провини ($W=3,56$; $p=0,057$), відчуття необхідності бути покараним ($W=3,76$; $p=0,039$), втрата інтересу до статевого життя ($W=4,002$; $p=0,024$). У табл. 2.15 наведені описові статистики за симптомами, які виявляють залежність від досвіду прийняття антидепресантів.

Соматичні прояви є також найвищими у тих, хто розпочав приймати анти депресанти ще до початку війни, але не робить цього під час повномасштабного вторгнення ($M=7,55$), найнижчі значення за цим інтегративним показником демонструють ті, хто робив це і до війни, і продовжує підтримувати свій емоційний стан через ліки під час повномасштабного вторгнення ($M=3,000$).

Таблиця 2.15 – Описові статистики у підгрупах з різним досвідом прийняття антидепресантів

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	M d	SD
Переживання невдач	Ні	53	0.245	0.0804	0.0840	0.407	0	0.585
	Так, після початку війни	17	0.176	0.0953	-0.0256	0.379	0	0.393
	Так, до початку війни	9	1.000	0.4082	0.0586	1.941	1	1.225
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	0.000	0.0000	0.0000	0.000	0	0.000
Відчуття провини	Ні	53	0.472	0.0918	0.2876	0.656	0	0.668
	Так, після початку війни	17	0.647	0.1195	0.3938	0.900	1	0.493
	Так, до початку війни	9	1.222	0.3239	0.4752	1.969	1	0.972
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	0.500	0.2887	-0.4187	1.419	0.5	0.577
Відчуття необхідності бути покараним	Ні	53	0.226	0.0879	0.0501	0.403	0	0.640
	Так, після початку війни	17	0.118	0.1176	-0.1318	0.367	0	0.485
	Так, до початку війни	9	1.111	0.4547	0.0625	2.160	0	1.364
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	1.000	0.5774	-0.8374	2.837	1	1.155
Втрата інтересу до статевого життя	Ні	53	0.509	0.0918	0.3251	0.694	0	0.669
	Так, після початку війни	17	0.941	0.1813	0.5568	1.326	1	0.748
	Так, до початку війни	9	1.444	0.3379	0.6652	2.224	2	1.014
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	0.750	0.7500	-1.6368	3.137	0	1.500
Соматичні прояви	Ні	53	3.868	0.3502	3.1651	4.571	4	2.550
	Так, після початку війни	17	5.412	0.7672	3.7853	7.038	5	3.163
	Так, до початку війни	9	7.556	1.7006	3.6340	11.477	7	5.102
	Так, є досвід прийому і до війни, і під час війни	4	3.000	1.4720	-1.6844	7.684	3	2.944

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE - похибка середнього значення;

ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

У табл. 2.16 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку досвіду відвідування психолога/психотерапевта з симптомами переживання депресивного стану.

Таблиця 2.16 – Зв'язок досвіду відвідування психолога/психотерапевта з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	p-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	2.796	3	0.424	0.03410
2	Тривога	6.501	3	0.090	0.07928
3	Переживання невдач	7.248	3	0.064	0.08838
4	Ангедонія	3.047	3	0.384	0.03716
5	Відчуття провини	8.565	3	0.036	0.10445
6	Відчуття необхідності бути покараним	1.284	3	0.733	0.01566
7	Неприйняття своїх недоліків	3.229	3	0.358	0.03938
8	Схильність до самокритики	3.235	3	0.357	0.03945
9	Думки про самогубство	1.100	3	0.777	0.01341
10	Переживання суму	6.350	3	0.096	0.07744
11	Роздратованість	2.650	3	0.449	0.03231
12	Втрата інтересу до інших людей	3.305	3	0.347	0.04030
13	Важкість прийняття рішень	8.063	3	0.045	0.09834
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	5.020	3	0.170	0.06123
15	Втрата працездатності	2.475	3	0.480	0.03018
16	Погіршення сну	3.996	3	0.262	0.04873
17	Втомлюваність	7.754	3	0.051	0.09456
18	Втрата апетиту	2.468	3	0.481	0.03010
19	Втрата ваги	0.558	3	0.906	0.00680
20	Наявність фізичних симптомів	3.428	3	0.330	0.04180
21	Втрата інтересу до статевого життя	9.414	3	0.024	0.11481
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		5.588	3	0.133	0.06815
Соматичні прояви (14-21)		8.216	3	0.042	0.10019
Міра вираженості депресивного стану		7.242	3	0.065	0.08832

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df –

кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Виявлені зв'язки досвіду відвідування психолога або психотерапевта з такими симптомами та скаргами депресивного стану особистості: відчуття провини ($p=0,036$), важкість прийняття рішення ($p=0,045$), втрата інтересу до статевих життів ($p=0,024$). Також виявлений зв'язок відвідування психолога з інтегративним показником соматичних проявів депресивного стану ($p=0,042$). У табл. 2.17 наведені описові статистики за симптомами, які виявляють залежність від досвіду відвідування спеціалістів з надання психологічної допомоги.

Таблиця 2.17 – Описові статистики у підгрупах з різним досвідом отримання психологічної допомоги

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Відчуття провини	Ні	11	0.364	0.1521	0.0247	0.703	0	0.505
	Так, до початку війни	32	0.844	0.1279	0.5830	1.105	1	0.723
	Так, після початку війни	15	0.600	0.2350	0.0959	1.104	0	0.910
	Так, є досвід і до війни, і під час війни	25	0.360	0.0980	0.1578	0.562	0	0.490
Важкість прийняття рішень	Ні	11	0.273	0.1408	-0.041	0.587	0	0.467
	Так, до початку війни	32	0.844	0.1197	0.5996	1.088	1	0.677
	Так, після початку війни	15	0.467	0.1333	0.1807	0.753	0	0.516
	Так, є досвід і до війни, і під час війни	25	0.640	0.1137	0.4053	0.875	1	0.569
Втрата інтересу до статевих життів	Ні	11	0.273	0.1408	-0.041	0.587	0	0.467
	Так, до початку війни	32	0.969	0.1454	0.6722	1.265	1	0.822
	Так, після початку війни	15	0.400	0.1633	0.0498	0.750	0	0.632
	Так, є досвід і до війни, і під час війни	25	0.760	0.1851	0.3779	1.142	1	0.926
Соматичні прояви	Ні	11	2.818	0.7112	1.2336	4.403	2	2.359
	Так, до початку війни	32	5.719	0.6193	4.4557	6.982	5	3.503
	Так, після початку війни	15	4.067	0.8075	2.3347	5.799	4	3.127
	Так, є досвід і до війни, і під час війни	25	4.080	0.5800	2.8829	5.277	4	2.900

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE - похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

За показниками попарного порівняння виявлено, що існують значущі

розбіжності в підгрупах «звертався ще до початку війни» та «звертався і до початку війни, і під час війни» ($W=-3,79$; $p=0,037$) за симптомом відчуття провини. Більш високий рівень переживання провини демонструють ті, хто звертався до психолога до війни, але не підтримує цю практику під час повномасштабного вторгнення ($M=0,84$). Найнижчий рівень зафіксований у тих осіб, хто продовжує відвідування спеціалістів з психологічної допомоги ($M=0,36$). Цікаво, що відсутні значущі розбіжності між підгрупами тих, хто «отримує підтримку і до, і під час війни», і тими, хто взагалі не звертався до психолога за допомогою ($p=1,0$). Найнижчі прояви за симптомами важкості прийняття рішення та втрати інтересу до статевого життя демонструють особи, які ніколи не зверталися за психологічною допомогою ($M=0,273$ в обох випадках). У цієї категорії осіб і менше виявляються скарги на соматичні прояви депресивного стану ($M=2,818$), порівняно з іншими категоріями. За W -критерієм попарного порівняння виявлені значущі розбіжності в підгрупах осіб, які не відвідували психолога, та зверталися про допомогу ще до початку війни, але не отримують підтримку під час війни ($W=3,725$; $p=0,042$). Зазначимо, що найгіршу картину за симптомами депресивного стану демонструють ті учасники, які мали досвід відвідування психологів до війни, але припинили спілкування з психологом, а отже і отримання психологічної допомоги, під час війни. Їх стан більш наближений до депресивного, ніж у тих, хто взагалі не мав досвіду відвідування психолога. Можна припустити, що переживання депресивного стану пов'язано з рівнем рефлексії, психологічною чутливістю та вразливістю. Люди, які не замислюються про свій стан, свої проблеми, менше мають депресивних думок, негативних переживань. Відчувати проблеми і не звертатися до спеціаліста – умова, що може сприяти погіршенню стану, формуванню симптоматики депресивних розладів. Цей факт має розглядатися в едукативних програмах щодо самопомоги собі при появі депресивних проявів.

У табл. 2.18 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу,

які перевіряють припущення щодо зв'язку тривалості досвіду відвідування психолога/психотерапевта з симптомами переживання депресивного стану. Як свідчать дані відсутні значущі зв'язки тривалості досвіду відвідування психологів та психотерапевтів з проявами депресивного стану, окрім симптому втрати інтересу до статевого життя ($p=0,039$).

Таблиця 2.18 – Зв'язок тривалості досвіду відвідування психолога з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	р-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	2.56	4	0.634	0.0312
2	Тривога	2.88	4	0.579	0.0351
3	Переживання невдач	2.70	4	0.609	0.0329
4	Ангедонія	2.83	4	0.586	0.0346
5	Відчуття провини	2.62	4	0.623	0.0320
6	Відчуття необхідності бути покараним	1.72	4	0.788	0.0209
7	Неприйняття своїх недоліків	2.23	4	0.693	0.0273
8	Схильність до самокритики	3.77	4	0.439	0.0459
9	Думки про самогубство	4.19	4	0.381	0.0511
10	Переживання суму	7.28	4	0.122	0.0888
11	Роздратованість	4.86	4	0.302	0.0593
12	Втрата інтересу до інших людей	7.74	4	0.101	0.0944
13	Важкість прийняття рішень	9.39	4	0.052	0.1145
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	3.80	4	0.433	0.0464
15	Втрата працездатності	2.63	4	0.622	0.0320
16	Погіршення сну	5.95	4	0.203	0.0726
17	Втомлюваність	7.77	4	0.100	0.0948
18	Втрата апетиту	3.71	4	0.447	0.0452
19	Втрата ваги	1.46	4	0.834	0.0178
20	Наявність фізичних симптомів	5.40	4	0.249	0.0658
21	Втрата інтересу до статевого життя	10.09	4	0.039	0.1230
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		3.44	4	0.487	0.0419
Соматичні прояви (14-21)		7.82	4	0.098	0.0954
Міра вираженості депресивного стану		5.12	4	0.275	0.0624

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

Не були отримані розбіжності за симптомом втрати інтересу до статевого життя між підгрупами. Одна з причин цього є велика кількість

підгруп досліджуваних, певні з яких є достатньо мало наповнені кількісно. Так, наприклад, в підгрупі «від декількох місяців до 1 року» було всього 8 осіб (9,6%), а в підгрупі «не маю такого досвіду» - 11 осіб (13,3%). У табл. 2.19 наведені описові статистики за симптомом, який виявив залежність від тривалості роботи з психологом/психотерапевтом.

Таблиця 2.19 – Описові статистики у підгрупах з різною тривалістю відвідування психолога

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Втрата інтересу до статевого життя	Відсутній досвід	11	0.273	0.141	-0.0411	0.587	0	0.467
	Декілька консультацій	12	0.417	0.193	-0.0081	0.841	0	0.669
	Від декількох місяців до 1 року	8	0.500	0.267	-0.1320	1.132	0	0.756
	Від 1 до 3 років	14	0.643	0.199	0.21274	1.073	0.5	0.745
	Понад 3 роки	38	1.000	0.146	0.70403	1.296	1	0.900

Примітка: N – кількість; M – середнє значення; SE – похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

Цікаві дані були отримані, оскільки вони свідчать, що чим більше людина працює з психологом/психотерапевтом, тим більше вона переживає втрату інтересу до статевого життя ($M=1,0$). Найнижчі значення за цим симптомом мають ті учасники, які взагалі не відвідували психолога ($M=0,273$). Оскільки ми не встановлювали причинно-наслідкові зв'язки, то не можемо стверджувати, що тривалість є причиною посилення симптому, мова йде, скоріше про наявність третьої змінної, яка зможе пояснити цей зв'язок. Припустимо, що це може бути глибина психологічної проблеми, рівень психічної організації клієнта, рівень резильєнтності й ресурсності тощо.

У табл. 2.20 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку відчуття ефективності дії антидепресантів з симптомами переживання депресивного стану. Були визначені два значущі зв'язки між рівнем задоволеності вживанням антидепресантів та симптомами депресивного стану, а саме: втратою працездатності ($p=0,025$) та втратою ваги ($p=0,045$). Ці зв'язки не надто

сильні, оскільки розмір ефекту не перевищує 10%.

Таблиця 2.20 – Зв'язок відчуття ефективності впливу антидепресантів з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	р-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	0.109	2	0.947	0.00133
2	Тривога	1.113	2	0.573	0.01358
3	Переживання невдач	3.640	2	0.162	0.04439
4	Ангедонія	1.246	2	0.536	0.01520
5	Відчуття провини	4.628	2	0.099	0.05644
6	Відчуття необхідності бути покараним	2.953	2	0.228	0.03601
7	Неприйняття своїх недоліків	0.111	2	0.946	0.00135
8	Схильність до самокритики	0.749	2	0.688	0.00913
9	Думки про самогубство	1.084	2	0.582	0.01322
10	Переживання суму	2.265	2	0.322	0.02762
11	Роздратованість	1.582	2	0.453	0.01930
12	Втрата інтересу до інших людей	1.728	2	0.421	0.02108
13	Важкість прийняття рішень	5.788	2	0.055	0.07058
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	0.620	2	0.734	0.00756
15	Втрата працездатності	7.402	2	0.025	0.09027
16	Погіршення сну	1.183	2	0.554	0.01443
17	Втомлюваність	1.113	2	0.573	0.01357
18	Втрата апетиту	0.779	2	0.677	0.00950
19	Втрата ваги	6.218	2	0.045	0.07582
20	Наявність фізичних симптомів	3.045	2	0.218	0.03714
21	Втрата інтересу до статевого життя	5.295	2	0.071	0.06458
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		1.455	2	0.483	0.01775
Соматичні прояви (14-21)		3.666	2	0.160	0.04471
Міра вираженості депресивного стану		2.380	2	0.304	0.02902

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 – розмір ефекту.

За симптомом втрати працездатності визначені розбіжності між підгрупами осіб, які вважають, що їм антидепресанти допомогли ($M=1,03$), і тими, які знецінюють ефективність цих ліків ($M=0$) ($W=3,26$; $p=0,05$). Проміжну позицію займають ті, хто не мав досвіду використання антидепресантів ($M=0,71$). Стосовно симптому втрати ваги, виявлені розбіжності між підгрупами учасників, яким антидепресанти не допомогли

($M=1,0$), і тими, у кого відсутній досвід вживання ліків ($M=0,196$) ($W=-3,505$; $p=0,035$). Цікаво, що проміжну позицію за мірою вираженості цього симптому демонструють ті, які високо оцінили ефективність впливу антидепресантів за їхнє здоров'я ($M=0,31$). У табл. 2.21 наведені описові статистики за симптомами, які виявляють залежність від відчуття ефективності впливу антидепресантів на стан людини.

Таблиця 2.21 – Описові статистики у підгрупах з різним відчуттям ефективності дії антидепресантів

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Втрата працездатності	Відсутній досвід	51	0.706	0.0982	0.5086	0.903	1	0.701
	Ні, не допомогли	3	0.000	0.0000	0.0000	0.000	0	0.000
	Так, допомогли	29	1.034	0.1445	0.7384	1.331	1	0.778
Втрата ваги	Відсутній досвід	51	0.196	0.0886	0.0180	0.374	0	0.633
	Ні, не допомогли	3	1.000	0.5774	-1.4841	3.484	1	1.000
	Так, допомогли	29	0.310	0.1727	-0.0433	0.664	0	0.930

Пояснення того факту, що особи, яким не допомогли антидепресанти, демонструють більшу втрату ваги, але майже не помічають змін у власній працездатності, можна спробувати пов'язати з певними особистісними характеристиками, типом особистості, когнітивними стилями сприйняття інформації. Навпаки, особи, які відчули покращення власного емоційного стану після курсу антидепресантів, рідко помічають втрату ваги, але сильно зосереджені на втраті працездатності. Підвищена критичність, особистісна сенситивність та певні поведінкові стилі можуть бути тими додатковими змінними, які уточняють та проясняють ці зв'язки. В подальшому планується перевірити ці уточнюючі припущення.

У табл. 2.22 представлені дані однофакторного дисперсійного аналізу, які перевіряють припущення щодо зв'язку відчуття ефективності відвідування психолога/психотерапевта з симптомами переживання депресивного стану. Виявлені 5 значущих зв'язків між переживанням ефективності роботи з психологом та симптомами депресивного стану, а

саме: важкість прийняття рішення ($p=0,029$), втомлюваність ($p=0,035$), втрата ваги ($p=0,020$). Встановлено, що саме з цією змінною (відчуття ефективності відвідування психотерапії, роботи з психологом) пов'язаний загальний рівень переживання депресивного стану ($p=0,039$) та соматичних проявів цього стану ($p=0,018$).

Таблиця 2.22 – Зв'язок відчуття ефективності роботи з психологом з симптомами та скаргами за Шкалою депресії А. Бека

№	Симптом/скарга	Хі-квадрат	df	р-рівень значущості	ξ^2
1	Пригніченість	4.5814	2	0.101	0.05587
2	Тривога	4.7944	2	0.091	0.05847
3	Переживання невдач	2.4952	2	0.287	0.03043
4	Ангедонія	2.2789	2	0.320	0.02779
5	Відчуття провини	5.3096	2	0.070	0.06475
6	Відчуття необхідності бути покараним	0.0666	2	0.967	0.00001
7	Неприйняття своїх недоліків	1.1337	2	0.567	0.01383
8	Схильність до самокритики	0.6198	2	0.734	0.00756
9	Думки про самогубство	1.0396	2	0.595	0.01268
10	Переживання суму	4.2452	2	0.120	0.05177
11	Роздратованість	4.5539	2	0.103	0.05554
12	Втрата інтересу до інших людей	0.8011	2	0.670	0.00977
13	Важкість прийняття рішень	7.0941	2	0.029	0.08651
14	Невдоволеність власним зовнішнім виглядом	5.5350	2	0.063	0.06750
15	Втрата працездатності	1.0874	2	0.581	0.01326
16	Погіршення сну	4.6774	2	0.096	0.05704
17	Втомлюваність	6.7312	2	0.035	0.08209
18	Втрата апетиту	1.9384	2	0.379	0.02364
19	Втрата ваги	7.8195	2	0.020	0.09536
20	Наявність фізичних симптомів	3.5682	2	0.168	0.04351
21	Втрата інтересу до статевого життя	4.6972	2	0.096	0.05728
Когнітивно-афективні розлади (1-13)		4.9539	2	0.084	0.06041
Соматичні прояви (14-21)		7.9924	2	0.018	0.09747
Міра вираженості депресивного стану		6.4765	2	0.039	0.07898

Примітка: Хі-квадрат – емпіричне значення за критерієм Краскала-Воліса, df – кількість ступенів свободи, ξ^2 - розмір ефекту.

За критерієм попарного порівняння було виявлено, що існують значущі розбіжності між підгрупами тих осіб, яким допомогла робота з психологом

($M=0,727$), і тими, хто не має досвіду отримання професійної психологічної допомоги ($M=0,250$), за мірою вираженості симптому важкості прийняття самостійного рішення ($W=-3,55$; $p=0,032$). У табл. 2.23 наведені описові статистики за симптомами, які демонструють залежність від відчуття ефективності роботи з психологом.

Таблиця 2.23 – Описові статистики у підгрупах з різним відчуттям ефективності роботи з психологом

Симптом	Місце проживання	N	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Важкість прийняття рішень	Відсутній досвід	12	0.250	0.1306	-0.037	0.537	0	0.452
	Ні, не допоміг	5	0.400	0.2449	-0.280	1.080	0	0.548
	Так, допоміг	66	0.727	0.0765	0.5745	0.880	1	0.621
Втомлюваність	Відсутній досвід	12	0.417	0.1486	0.0895	0.744	0	0.515
	Ні, не допоміг	5	1.200	0.4899	-0.160	2.560	1	1.095
	Так, допоміг	66	0.924	0.0788	0.7669	1.082	1	0.640
Втрата ваги	Відсутній досвід	12	0.417	0.3362	-0.323	1.157	0	1.165
	Ні, не допоміг	5	0.800	0.3742	-0.239	1.839	1	0.837
	Так, допоміг	66	0.197	0.0814	0.0344	0.360	0	0.661
Соматичні прояви	Відсутній досвід	12	2.583	0.6904	1.0638	4.103	2	2.392
	Ні, не допоміг	5	6.800	1.4283	2.8344	10.766	6	3.194
	Так, допоміг	66	4.727	0.3990	3.9303	5.524	4	3.242
Міра вираженості депресивного стану	Відсутній досвід	12	6.250	1.3879	3.1954	9.305	6	4.808
	Ні, не допоміг	5	16.200	4.0423	4.9768	27.423	18	9.039
	Так, допоміг	66	11.242	0.9993	9.2467	13.238	10	8.118

Звертаємо увагу, що проблеми з прийняттям рішень більш виражені в підгрупі людей, які мають успішний досвід роботи з психологом. Схоже, що вони приймають більш раціональні та зважені рішення, відчуваючи при цьому певні сумніви та вагання. Люди, які не мають досвіду отримання психологічної допомоги, рішення приймають більш швидко та легко. Це може бути пов'язано з тим, що вони менше замислюються про своє життя, більше довіряють першій системі, заснованій на минулому досвіді, менше розглядають альтернатив, менше висувують критеріїв щодо ефективності рішень.

За симптомом швидкої втоми встановлені значущі розбіжності в підгрупах осіб ($W=-3,58$; $p=0,031$), які мають позитивний досвід роботи з психологом ($M=0,92$), та тими, хто не має взагалі досвіду отримання психологічної допомоги ($M=0,417$). Ми бачимо, що в підгрупі осіб з негативним досвідом взаємодії з психологом ще більше середнє значення ($M=1,2$) за показником міри вираженості даного симптому, однак відсутні значущі розбіжності, внаслідок малої кількості осіб в цій підгрупі ($N=5$). Особи без досвіду менше відчувають втоми у тривалій стресовій ситуації, ніж ті, хто ефективно працював з психологом над своїми проблемами. Знов таки, можемо припустити, що робота з психологом формує установку до більшої уваги до себе, своїх проблем, до більшої рефлексії та обмірковування причин психологічних проблем, що може сприяти появі певних симптомів та скарг щодо депресивного стану.

Встановлено, що наявні розбіжності за симптомом втрати ваги ($W=-3,99$; $p=0,013$) в підгрупах осіб, які високо оцінюють ефективність свого спілкування з психологом ($M=0,197$), та осіб, які знецінюють або мають негативний досвід взаємодії з психологом ($M=0,800$). Більше відчувають втрату ваги в тривалій стресовій ситуації ті особи, які мають негативний досвід. Зрозуміло, що втрата ваги є соматичним проявом депресивного стану, формування цього симптому потребує час та наявність інших симптомів (втрата апетиту, тривога та ін.). Попередній негативний досвід стримує цих людей звернутися за допомогою у складній ситуації, і як наслідок, їх стан ще більше погіршується.

На рис. 2.2 відображені середні значення осіб, що сформували три підгрупи за оцінкою ефективності роботи з психологом, за показником міри соматичних проявів депресивного стану. Отримані розбіжності між підгрупою осіб, які мали негативний досвід отримання психологічної допомоги ($M=6,8$), та підгрупою тих, хто не мав досвіду роботи з психологом ($M=2,58$) ($W=-3,45$; $p=0,039$). Проміжне значення за мірою соматичних проявів мають особи, які ефективно працювали з психологом ($M=4,72$).

Отже, більше скарг на соматичні проблеми мають ті особи, які мали попередній негативний досвід роботи з психологом/психотерапевтом.

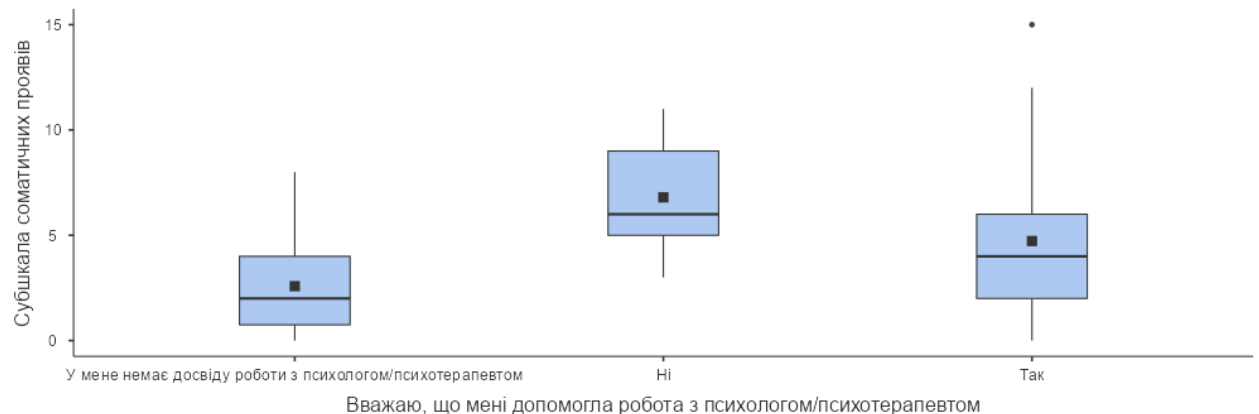


Рисунок 2.2 – Центральні тенденції підгруп осіб з різною ефективністю попереднього досвіду роботи з психологом за субшкалою соматичних проявів

На рис. 2.3 відображені центральні тенденції в підгрупах за показником загальної міри вираженості депресивного стану. Не були отримані значущі розбіжності між підгрупами. Але візуально можна побачити, що відносно найвищий рівень проявів депресії мають особи, які отримали попередній негативний досвід у взаємодії з психологом ($M=16,2$). Відносно найнижчий рівень депресивних проявів мають особи, які не мали досі досвіду отримання психологічної допомоги ($M=6,25$). Знов проміжне значення отримано в підгрупі осіб, які мають позитивний досвід роботи з психологом ($M=11,24$).

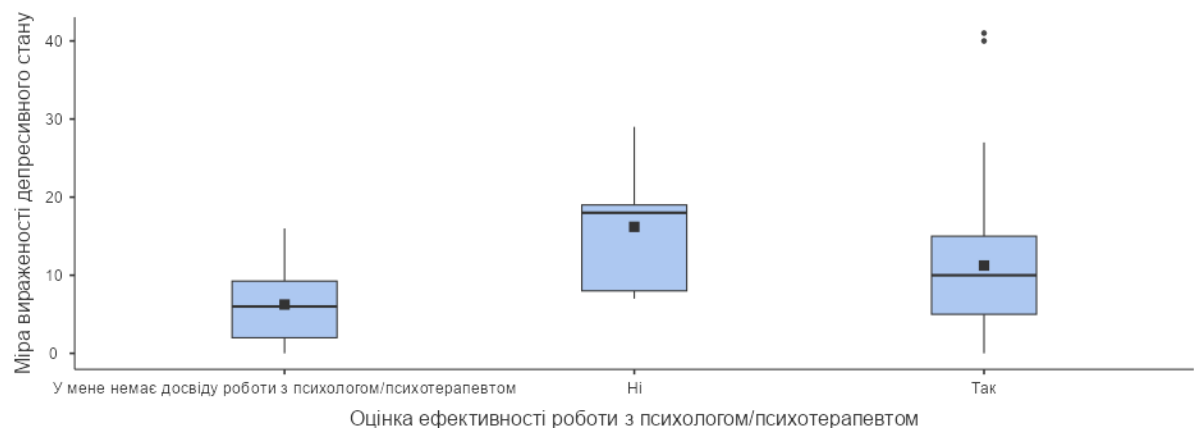


Рисунок 2.3 – Центральні тенденції підгруп осіб з різною ефективністю

попереднього досвіду роботи з психологом за мірою вираженості депресивного стану

Таким чином, оцінка ефективності роботи з психологом/психотерапевтом є найбільш значущим чинником вираженості депресивного стану взагалі та окремих симптомів зокрема, оскільки впливає і на загальний стан, і на прояви окремих симптомів. Найбільшу міру депресивних проявів демонструють особи, які мали попередній негативний досвід роботи з психологами, а найнижчий рівень прояву симптомів депресивного стану мають особи, які взагалі не відвідували психолога, не мали досвіду отримання психологічної допомоги.

2.3. Особистісні чинники депресивних станів чоловіків та жінок

Аналізуючи літературні джерела, ми помітили, що обмежена кількість праць, присвячена аналізу власно особистісних змінних як чинників, які обумовлюють виникнення, характер та перебіг депресивного стану особистості. Ми вирішили перевірити припущення щодо зв'язку цінностей особистості з симптомами депресивного стану. Ми припустили, що низка цінностей буде сприяти, посилювати депресивні прояви, а певні, навпаки, будуть виконувати захисну функцію, знижуючи ймовірність виникнення та поглиблення депресивного стану. Для діагностики домінуючих цінностей особистості була обрана методика «Вивчення цінностей особистості» (Ш. Шварц, адаптація Л. Романюк).

В теорії базових життєвих цінностей Ш. Шварца під цінностями розуміються значущі для особистості бажані цілі, які стають «керівними принципами в житті людини» [58; с.903]. Саме кінцеві цілі виступають критерієм групування цінностей у кілька стійких ціннісних вимірів. Ш. Шварц визначив основні характеристик цінностей, а саме: 1) ядро цінності становлять переконання, які пов'язані з емоціями; 2) через співвіднесення зі значущими цілями цінності стають мотивами діяльності людини; 3) цінності є універсальними, вони «виходять за межі конкретних, специфічних дій або

ситуацій» [17; с.29]; 4) цінності є орієнтирами в процесі оцінювання дій, думок інших людей; 5) цінності утворюють індивідуальні відносно стійкі ієрархічні системи; 6) вплив цінностей на рішення людини є неусвідомленим; 7) між певними цінностями можуть виникати конфлікти, тому людина часто шукає компроміс між кількома релевантними цінностями [59; с.107]. Кругова модель цінностей Ш. Шварца відображена на рис. 2.1.

Відповідно до рисунку, чи ближче одна до одної знаходяться цінності, тим з більшою ймовірністю вони будуть позитивно корелювати: присутність однієї цінності свідчить про більш високий пріоритет і іншої. Навпаки, цінності, які за колом протиставлені одна одній будуть мати від'ємну кореляцію: перевага однієї цінності буде збігатися з низьким статусом іншої. Ця модель є, на думку автора, культурно свободна, отже не залежить від культури.



Рисунок 2.1 – Кругова модель цінностей Ш. Шварца [17; с.37]

Опитувальник «Вивчення цінностей особистості (PVQ-40)» (Ш. Шварц, адаптація Л. Романюк) включає 40 ціннісних описів, які

оцінюються респондентами за шкалою Лайкерта від 1 до 6. Опитувальник дозволяє вимірювати десять цінностей, а також 4 узагальнені категорії цінностей. Основні цінності:

1. Конформність (4 пункти, наприклад, «Він вважає, що люди повинні робити те, що їм говорять»);
2. Традиції (4 пункти, наприклад, «Вона думає, що найкраще чинити згідно з встановленими традиціями»);
3. Доброзичливість (4 пункти, наприклад, «Для неї дуже важливо допомагати оточуючим»);
4. Універсалізм (6 пунктів, наприклад, «Він вважає, що у всіх повинні бути рівні можливості в житті»).
5. Самостійність (4 пункти, наприклад, «Придумувати щось нове і бути винахідливою для неї дуже важливо»);
6. Стимулювання (3 пункти, наприклад, «Він завжди прагне до новизни»);
7. Гедонізм (3 пункти, наприклад, «Для неї важливо робити те, що приносить їй задоволення»);
8. Досягнення (4 пункти, наприклад, «Для неї важливо показати свої здібності»);
9. Влада (3 пункти, наприклад, «Вона хоче, щоб люди робили те, що вона говорить»);
10. Безпека (5 пунктів, наприклад, «Для неї важливо жити в безпечному оточенні»).

В україномовній адаптації опитувальник представлений у чоловічій і жіночій версіях. Версії є ідентичними, крім слів, які вказували на стать респондентів [31]. Також запропоновані 4 узагальнені категорії цінностей, які поєднують ті цінності, які відображають певний значущий аспект життєдіяльності людини, а саме:

- «Турбота про людей та природу» (Універсалізм та Доброзичливість);

- «Збереження» (Безпека, Конформність, Традиції);
- «Самоствердження» (Влада, Досягнення);
- «Відкритість до змін» (Стимуляція, Самостійність та Гедонізм).

Попередньо нами визначені домінуючі цінностей в досліджуваній вибірці, а також ті життєві орієнтири, які не популярні під час війни. Середні значення за цінностями наведені в табл. 2.24. Попередньо за всіма шкалами опитувальника сумарні значення були переведені в середні значення для того, щоб врахувати різну кількість пунктів в шкалах.

Таблиця 2.24 – Описові статистики за мірою сформованості цінностей

№	Цінність	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
1	Конформність	3.29	3.25	0.990
2	Традиції	2.46	2.50	0.759
3	Доброзичливість	4.10	4.25	0.722
4	Універсалізм	4.30	4.33	0.726
5	Самостійність	5.08	5.00	0.547
6	Стимуляція	3.86	3.67	0.969
7	Гедонізм	4.61	4.67	0.766
8	Досягнення	4.35	4.50	0.947
9	Влада	3.92	4.00	0.931
10	Безпека	4.34	4.40	0.652
11	Турбота про людей та природу	4.22	4.30	0.601
12	Збереження	3.44	3.46	0.585
13	Самоствердження	4.16	4.29	0.851
14	Відкритість до змін	4.57	4.60	0.596

Як свідчать дані, представлені в таблиці домінуючими цінностями респондентів є самостійність ($M=5,08$), гедонізм ($M=4,61$) та категорія «Відкритість до змін» ($M=4,57$). І цінність самостійності, і гедонізму як прагнення до задоволення є складовими категорії «Відкритість до змін». Найнижчі значення отримали цінності традиції ($M=2,46$), конформності ($M=3,29$) та категорія «Збереження» ($M=3,44$). Отже, можемо стверджувати, що в складних умовах життя в українській вибірці переважають цінності категорії «Відкритість до змін», найменш проявляються цінності категорії

«Збереження», а проміжну позицію мають цінності «Турботи про людей та природу», «Самоствердження». Така орієнтація на зміни обумовлена складною ситуацією в країні, яка четвертий рік перебуває в стані війни.

Спроба встановити розбіжності в підгрупах чоловіків та жінок відображена в табл. 2.25. Для порівняння був обраний непараметричний критерій Манна-Вітні, який не чутливий до порушень нормального розподілу даних. Встановлено, що існують розбіжності в підгрупах чоловіків та жінок за такими цінностями: конформність ($p < 0,001$), досягнення ($p = 0,004$), влада ($p = 0,001$). Серед узагальнених категорій виявлені розбіжності за цінностями групи «Самоствердження» ($p < 0,001$). У табл. 2.26 представлені описові статистики, отримані за цими цінностями в двох підгрупах. Результати демонструють, що за всіма цінностями, за якими виявлені розбіжності, підгрупа чоловіків має значно вищі середні значення.

Таблиця 2.25 – Порівняльний аналіз цінностей в підгрупах чоловіків та жінок

№	Цінність	Емпіричне значення за критерієм Манна-Вітні	p-рівень значущості
1	Конформність	431	<.001
2	Традиції	683	0.244
3	Доброзичливість	709	0.358
4	Універсалізм	760	0.664
5	Самостійність	650	0.138
6	Стимуляція	622	0.082
7	Гедонізм	753	0.614
8	Досягнення	500	0.004
9	Влада	462	0.001
10	Безпека	602	0.054
11	Турбота про людей та природу	727	0.459
12	Збереження	642	0.122
13	Самоствердження	443	<.001
14	Відкритість до змін	628	0.093

Отже, можемо стверджувати, що в чоловіків відносно вищий пріоритет, ніж у жінок мають цінності, пов'язані з просуванням власних інтересів, підвищенням своєї впливовості, значущості, досягненням об'єктивованих результатів (винагород, статусів в суспільстві).

Таблиця 2.26 – Описові статистики у підгрупах чоловіків та жінок за цінностями, які відрізняються

Симптом	Стать	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Конформність	жіноча	12.0	0.535	10.9	13.1	11.0	3.86
	чоловіча	15.1	0.608	13.8	16.3	15	3.39
Досягнення	жіноча	16.5	0.531	15.4	17.5	17.0	3.83
	чоловіча	18.9	0.579	17.8	20.1	20	3.22
Влада	жіноча	11.0	0.372	10.2	11.7	11.5	2.68
	чоловіча	13.0	0.453	12.1	14.0	14	2.52
Самоствердження	жіноча	27.5	0.802	25.9	29.1	28.0	5.79
	чоловіча	32.0	0.933	30.1	33.9	33	5.19

Примітка: M – середнє значення; SE - похибка середнього значення; ДІ – довірчий інтервал, ДІ lower – нижче значення довірчого інтервалу; ДІ upper – вище значення довірчого інтервалу; Md – медіана, SD – стандартне відхилення.

Зазначимо також, що у чоловіків переважає цінність конформності, а отже для них важливо орієнтуватися та просувати ідеї, які підтримуються більшістю, для них важливо не бути відособленим, ігнорованим іншими.

Оскільки методика Ш. Шварца не є стандартизованою на українській вибірці, то для встановлення зв'язків між мірою вираженості депресивного стану та цінностями особистості була використана процедура кореляційного аналізу за формулою Спірмена. Коефіцієнт кореляції Спірмена є більш придатним для порядкових вимірів на обмежених за обсягом вибірок [47]. Процедура кореляційного аналізу окремо проводилася для підгруп чоловіків та жінок. У табл. 2.27 представлені коефіцієнти кореляції, отримані на підгрупі чоловіків.

Таблиця 2.27 – Коефіцієнти кореляції міри вираженості депресивного стану з цінностями в групі чоловіків

№	Цінність	Коефіцієнт кореляції за формулою Спірмена	p-рівень значущості
1	Конформність	0.497	0.004
2	Традиції	0.197	0.288
3	Доброзичливість	0.049	0.792
4	Універсализм	-0.077	0.680
5	Самостійність	-0.028	0.879
6	Стимуляція	0.043	0.818
7	Гедонізм	0.129	0.489
8	Досягнення	0.286	0.119

9	Влада	0.429	0.016
10	Безпека	0.262	0.155
11	Турбота про людей та природу	-0.018	0.925
12	Збереження	0.439	0.013
13	Самоствердження	0.359	0.047
14	Відкритість до змін	0.111	0.551

Встановлені значущі взаємозв'язки між мірою вираженості депресивного стану особистості та кількісною мірою таких цінностей: конформності ($p=0.004$), влади ($p=0,016$), категорій «Збереження» ($p=0,013$) та «Самоствердження» ($p=0,047$). Отже, у чоловіків, які орієнтовані у своєму житті на отримання більшої влади над іншими, визнання своєї позиції більшістю, виправдання очікувань з боку інших, дотримання суспільних норм та правил, більше проявляються симптоми та скарги, які відповідають депресивному стану. Всі кореляції є помірними за класифікацією Коена [40], а отже їх варто враховувати як значущі чинники. Ці припущення можна буде перевірити у наших подальших дослідженнях.

У табл. 2.28 наведені коефіцієнти кореляції, отримані в підгрупі жінок.

Таблиця 2.28 – Коефіцієнти кореляції міри вираженості депресивного стану з цінностями в групі жінок

№	Цінність	Коефіцієнт кореляції за формулою Спірмена	р-рівень значущості
1	Конформність	0.302	0.029
2	Традиції	-0.013	0.930
3	Доброзичливість	0.044	0.757
4	Універсалізм	0.011	0.936
5	Самостійність	-0.139	0.326
6	Стимуляція	0.056	0.694
7	Гедонізм	-0.202	0.151
8	Досягнення	0.094	0.508
9	Влада	-0.159	0.262
10	Безпека	-0.050	0.724
11	Турбота про людей та природу	0.024	0.865
12	Збереження	0.147	0.298
13	Самоствердження	-0.006	0.964
14	Відкритість до змін	-0.089	0.529

У жінок визначений лише один помірний за силою значущий коефіцієнт кореляції, який демонструє взаємозв'язок між цінністю

конформізму та мірою вираженості депресивного стану. Оскільки коефіцієнт кореляції є додатнім, як і в підгрупі чоловіків, то це свідчить, що частіше і більше симптомів депресивного стану можна очікувати у жінок, які намагаються дотримуватися суспільних норм, виправдовувати очікування інших осіб, орієнтуватися на загальновизнаних авторитетів, не виділятися від інших осіб в колективах та спільнотах ($p=0,029$).

Підсумовуючи, зазначимо, що міра вираженості депресивного стану чоловіків має більше значущих взаємозв'язків зі складовими ціннісної сфери особистості, пов'язана з надмірним проявом тенденцій до збереження існуючого статусу-кво, самоствердження через владні стосунки. У жінок більшу схильність до депресивних станів проявляють ті жінки, які орієнтуються на думки оточуючих, існуючі тенденції в суспільстві, погляди авторитетних осіб.

Оскільки в умовах постійної небезпеки важливою характеристикою особистості стає стійкість, резильєнтність, то ми вирішили перевірити припущення про те, що рівні прояву життєстійкості та його складових пов'язані з мірою вираженості депресивного стану. Згідно з визначенням С. Мадді, життєстійкість – «особистісна риса, що передбачає певну структуру установок, здібностей та стратегій ..., які сприяють набуттю резильєнтності під впливом життєвих подій завдяки перетворенню складних життєвих обставин, стресових подій на можливості для особистісного зростання (підвищення продуктивності праці, набуття життєвого досвіду)» [2; с.68]. Більшість сучасних дослідників пов'язують життєстійкість зі здатністю особистості ефективно існувати, вирішувати свої нагальні життєві завдання всупереч складним життєвим обставинам. Відповідно до моделі С. Мадді, високу життєстійкість забезпечує залученість в життя, сформований самоконтроль та готовність приймати ризик.

Для діагностики рівня життєстійкості був використаний **україномовний «Тест життєстійкості (С. Мадді)»**. Попри наявність скороченої адаптованої україномовної версії [22], у роботі обрана повна

версія методики, яка поки не пройшла всіх етапів адаптації. Здатність особистості витримувати стресову ситуацію, зберігати внутрішню збалансованість і успішність діяльності діагностувалася за 45 твердженнями, які оцінювалися за 4-бальною шкалою [54]. Чотири показники методики включають загальний бал життестійкості та бали за трьома субшкалами: залученість (установка на активну участь у подіях, що відбуваються в житті), контроль (установка на моніторинг та постійне регулювання процесу взаємодії зі світом) і прийняття ризику (установка на отримання нового досвіду у важких або нових ситуацій, пошук нових викликів для власного розвитку) [14].

У табл. 2.29 представлений відсотковий розподіл учасників дослідження за рівнями життестійкості.

Таблиця 2.29 – Відсотковий розподіл учасників дослідження за рівнями життестійкості

№	Показник	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
		N	%	N	%	N	%
1	Залученість	26	31,3	51	61,4	6	7,3
2	Контроль	12	14,5	60	72,3	11	13,2
3	Прийняття ризику	4	4,8	44	53,0	35	42,2
4	Життестійкість	16	19,3	54	65,1	13	15,6

Отримані результати свідчать, що в умовах війни люди частіше демонструють високе прийняття ризику (42,2%), ніж інші аспекти життестійкості. Так, лише 7,3% респондентів показали високий рівень залученості у життєві події, лише 13,2% демонструють високу здатність контролювати події власного життя, ефективно регулювати міру своєї активності відповідно до зовнішніх запитів та наявних ресурсів. Як наслідок, лише у 15,6% опитаних рівень життестійкості відповідає високому рівню. Зазначимо, що були використані тестові норми, які не адаптовані під українську вибірку, не враховують тривалу стресову ситуацію, отже вони умовно відображають стан досліджуваних. Хоча можна погодитися, і про це свідчить достатня кількість досліджень, проведених за останні 2-3 роки [21,

27, 57], з тим фактом, що в умовах тривалого стресу у людей спостерігається виснаження ресурсів, складність відновлення після стресу

Проведений порівняльний аналіз підгруп чоловіків та жінок не виявив значущих розбіжностей за критерієм Манна-Вітні. Отже, під час війни жінки та чоловіки проявляють майже однакову життєстійкість, особливо за показником прийняття ризику.

Таблиця 2.30 – Порівняльний аналіз проявів життєстійкості в підгрупах чоловіків та жінок

№	Показник	Емпіричне значення за критерієм Манна-Вітні	p-рівень значущості
1	Залученість	711	0.373
2	Контроль	783	0.828
3	Прийняття ризику	806	1.000
4	Життєстійкість	794	0.914

У табл. 2.31 наведені описові статистики, які демонструють приналежність підгруп чоловіків та жінок єдиній генеральній сукупності, що не дозволяє говорити про розбіжності між ними.

Таблиця 2.31 – Описові статистики у підгрупах чоловіків та жінок за показниками життєстійкості

Симптом	Стать	M	SE	ДІ lower	ДІ upper	Md	SD
Залученість	жіноча	35.0	1.360	32.3	37.8	35.5	9.81
	чоловіча	33.4	1.675	30.0	36.8	36	9.33
Контроль	жіноча	27.9	1.129	25.6	30.2	29.0	8.14
	чоловіча	28.4	1.556	25.2	31.5	30	8.67
Прийняття ризику	жіноча	17.2	0.587	16.1	18.4	17.0	4.24
	чоловіча	16.5	0.986	14.5	18.6	18	5.49
Життєстійкість	жіноча	80.2	2.794	74.5	85.8	83.5	20.15
	чоловіча	78.3	3.890	70.3	86.2	81	21.66

Кореляційний аналіз виявив значущі обернені взаємозв'язки між мірою депресивного стану та різними аспектами життестійкості і в групі чоловіків (див. табл. 2.32), і в групі жінок (див. табл. 2.33). Міри взаємозв'язків за показником значущості схожі, що дозволяє стверджувати, що чим більше людина залучена у життєві події, намагається контролювати своє життя та приймає ризик, тим менш вона схильна до переживання депресивних станів. І навпаки, чим більше виражений депресивний стан, тим менше людина демонструє життестійкість ($p < 0,001$), чинить опір стресовим подіям, переоцінює їх як позитивний досвід.

Таблиця 2.32 – Коефіцієнти кореляції міри вираженості депресивного стану з проявами життестійкості в групі чоловіків

№	Показник	Коефіцієнт кореляції за формулою Спірмена	р-рівень значущості
1	Залученість	-0.724	<0.001
2	Контроль	-0.637	<0.001
3	Прийняття ризику	-0.501	0.004
4	Життестійкість	-0.670	<0.001

Відсутність розбіжностей в кореляційних зв'язках ми пов'язуємо з відсутністю розбіжностей в проявах життестійкості чоловіків та жінок під час війни.

Таблиця 2.33 – Коефіцієнти кореляції міри вираженості депресивного стану з проявами життестійкості в групі жінок

№	Показник	Коефіцієнт кореляції за формулою Спірмена	р-рівень значущості
1	Залученість	-0.687	<0.001
2	Контроль	-0.621	<0.001
3	Прийняття ризику	-0.395	0.004
4	Життестійкість	-0.677	<0.001

Наявність значущих взаємозв'язків між мірою вираженості депресивного стану, цінностями особистості та проявами життестійкості дозволяє нам припустити, що можна визначити предиктори депресивного

стану. Знання предикторів дозволить прогнозувати розвиток депресивних станів у осіб, які мають певні цінності та прояви життєстійкості. Нами був використаний множинний регресійний аналіз окремо в підгрупах чоловіків та жінок. У табл. 2.34 представлені результати в підгрупі чоловіків. Нами були використані у якості залежних змінних 10 цінностей та 3 прояви життєстійкості. Поступово прибиралися ті змінні, які мали найбільші значення за показником значущості (p), поки не залишилися лише ті, які проходять порогове значення ($p < 0,05$). Отримана модель в підгрупі чоловіків за показником загальної міри вираженості депресивного стану поєднує 2 показники, пояснюючи при цьому приблизно 55% індивідуальних проявів ($R=0,745$; $R^2=0,555$). Основними предикторами депресивного стану є рівень контролю та цінність досягнення. Найвищий рівень вираженості депресивного стану демонструють ті чоловіки, які мають високу цінність досягнення, особистісного успіху та низькі установки на контроль свого оточення, активності, результатів. Цікаво, що складові переживання депресивного стану мають різні предиктори. Так, когнітивного-афективні складові гарно апроксимуються ($R=0,709$; $R^2=0,502$) через цінність конформності та готовність приймати ризик в невизначених ситуаціях. Сформована установка на схвалення з боку інших осіб, корегування власної поведінки під вимоги більшості негативного позначається на рівні переживання депресивного стану, навпаки прийняття ризику співвідноситься з більш кращим станом людини. Соматичні складові депресивного стану також можна передбачити через цінність влади та рівень установки на контроль подій власного життя ($R=0,685$; $R^2=0,469$). Чим вище цінність підтримки владних стосунків та низький контроль над подіями свого життя, тим більш у людини виражений депресивний стан.

Таблиця 2.34 – Предиктори депресивного стану в групі чоловіків

№	Показник	Оцінка	SE	t	p-рівень значущості	St. оцінка
Міра вираженості депресивного стану						
	Константа	17.268	7.832	2.20	0.036	

	Константа	22.424	4.3466	5.16	<.001	
1	Стимуляція	0.684	0.2441	2.80	0.006	0.248
2	Досягнення	0.573	0.1762	3.25	0.002	0.270
3	Гедонізм	-0.722	0.3100	-2.33	0.022	-0.207
4	Контроль	-0.694	0.0746	-9.30	<.001	-0.718
Когнітивно-афективні аспекти депресивного стану						
	Константа	13.627	4.1742	3.26	0.002	
1	Самостійність	0.320	0.2044	1.57	0.121	0.128
2	Залученість	-0.403	0.0465	-8.66	<.001	-0.709
Соматичні прояви депресивного стану						
	Константа	8.935	2.0176	4.43	<.001	
1	Стимуляція	0.237	0.1133	2.09	0.040	0.213
2	Гедонізм	-0.332	0.1439	-2.31	0.024	-0.236
3	Досягнення	0.233	0.0818	2.85	0.006	0.272
4	Контроль	-0.235	0.0346	-6.78	<.001	-0.601

Цікаво, що підтримує розвиток когнітивно-емоційних складових депресивного стану цінність самостійності ($\beta=0,128$): чим вона більше виражена в системі цінностей особистості, тим більш людина може зануритися в депресивний стан. Залученість в життя, навпаки, буде полегшувати стан людини, або блокувати розвиток цього стану ($\beta=-0,709$). Це може стати підставою розробки новітніх засобів профілактики депресії, використовуючи власну самоєфективність та підтримку з боку оточуючих.

Предиктори соматичних розладів дублюють предиктори загального переживання депресивного стану, зберігаючи домінуючим чинником рівень контролю ($\beta=-0,601$), і позитивний вплив цінності гедонізму на стан особистості ($\beta=-0,236$).

Отже, результати регресійного аналізу, проведеного в підгрупах чоловіків та жінок, дозволили уточнити предиктори депресивного стану, визначивши чинники його полегшення та погіршення. В підгрупі чоловіків різні аспекти життестійкості полегшують переживання депресивного стану, а домінування цінностей досягнення, влади та конформізму – погіршують стан, сприяють більшому зануренню в депресивні думки та негативні переживання. В підгрупі жінок важливу роль відіграють не лише аспекти життестійкості, а й цінність гедонізму, насолоди від життя, яка також відіграє роль блокувальника розвитку депресивного стану. Цінності стимуляції,

досягнення та самостійності, навпаки, можуть погіршити стан людини, якщо вони будуть мати високі пріоритети в системі її цінностей.

Висновок до другого розділу:

Більшість учасників дослідження (69%) мають стан, який відповідає нормі. Лише 3,6% опитаних мають виражений депресивний стан. Не були виявлені статеві відмінності за трьома інтегративними показниками Шкали депресії А. Бека, а з 21 симптому лише за трьома проявились статеві розбіжності, а саме: за показниками наміру скоїти самогубство, самооцінки зміни своєї ваги, втрати інтересу до статевого життя. У чоловіків частіше, ніж у жінок зустрічаються депресивні думки стосовно скоєння самогубства, вони під впливом стресової ситуації частіше скаржаться на втрату ваги. Жінки, на відміну від чоловіків, частіше проявляють втрату інтересу до статевого життя.

За процедурою однофакторного дисперсійного аналізу перевірялися припущення щодо зв'язків соціально-психологічних чинників з різними симптомами депресивного стану. Серед психосоціальних чинників розглядалися: вік, освіта, місце перебування, досвід звернення до психіатра, досвід застосування антидепресантів, досвід отримання психологічної допомоги, тривалість отримання психологічної допомоги від психолога/психотерапевта, оцінка ефективності дії антидепресантів, оцінка ефективності роботи з психологом. Виявлена тенденція до зниження симптомів тривоги, ангедонії (втрати здатності переживати задоволеність) та схильності до самокритики з віком. Встановлено, що чим вище рівень освіти, тим частіше люди скаржаться на переживання з приводу невдач, однак менше скарг демонструють за переживаннями смутку, погіршення сну та втрати апетиту. Міра прояву симптому втомлюваності має нелінійний характер залежно від рівня освіти, найнижчий рівень демонструють особи з освітою магістра. Найбільшу складність з прийняттям рішення мають ті особи, які перебувають за кордоном.

Досвід відвідування консультацій у психіатра пов'язаний з такими симптомами: думки про самогубство, втрата апетиту, втрата інтересу до статевого життя. Ці симптоми значно більш виражені у тих осіб, які мали досвід консультацій з психіатром, ніж в тих, хто не мав такого досвіду. Досвід прийняття антидепресантів пов'язаний з великою кількістю симптомів депресивного стану, а саме: переживання невдач, відчуття провини, відчуття необхідності бути покараним, втрата інтересу до статевого життя. Основною тенденцією, яка проявляється за всіма симптомами, є така: особи, які приймали антидепресанти ще до початку війни, однак не застосовують цю практику під час війни, мають більш часті та виражені симптоми депресивного стану, вони більш страждають під час війни від погіршення емоційного тла їхнього життя, появи ознак депресивних розладів. Такі особи демонструють найбільш високі значення за показником соматичних розладів депресивного стану, найнижчі значення за цим показником показують ті особи, які мали досвід прийняття антидепресантів як до, так і під час війни. Отже, прийняття антидепресантів дозволяє стабілізувати емоційний стан людини.

Виявлені зв'язки досвіду відвідування психолога з такими симптомами депресивного стану особистості: відчуття провини, важкість прийняття рішення, втрата інтересу до статевого життя. Також виявлений зв'язок відвідування психолога з інтегративним показником соматичних проявів. Зазначимо, що найгіршу картину за симптомами депресивного стану демонструють ті учасники, які мали досвід відвідування психологів до війни, але припинили спілкування з психологом, а отже і отримання психологічної допомоги, під час війни. Їх стан більше наближений до депресивного, ніж у тих, хто взагалі не мав досвіду відвідування психолога. Тривалість досвіду консультацій з психологом пов'язана з втратою інтересу до статевого життя. Чим більше людина працює з психологом/психотерапевтом, тим більше вона переживає втрату інтересу до статевого життя, що може бути пов'язано з тим, що довгого психологічного втручання потребують ті клієнти, які

звертаються в важкому психологічному стані, маючи широкий спектр симптомів погіршення психічного здоров'я. Найнижчі значення за цим симптомом мають ті учасники, які взагалі не відвідували психолога.

Встановлений зв'язок між оцінкою ефективності свого досвіду вживання антидепресантів та такими симптомами депресивного стану: втрата працездатності, втрата ваги. Особи, яким не допомогли антидепресанти, демонструють більшу втрату ваги, але майже не помічають змін у власній працездатності, навпаки, особи, які відмічають покращення власного стану після прийняття антидепресантів, рідко помічають втрату ваги, але сильно зосереджені на втраті працездатності. Виявлені зв'язки оцінки ефективності співпраці з психологом щодо вирішення власних проблем і такими симптомами депресивного стану: важкість прийняття рішення, втомлюваність, втрата ваги. Проблеми з прийняттям рішень більш виражені в підгрупі людей, які мають успішний досвід роботи з психологом. Схоже, що вони мають установку приймати більш раціональні та зважені рішення. Особи без досвіду отримання психологічної допомоги менше відчують втому у тривалій стресовій ситуації, ніж ті, хто ефективно працював з психологом над своїми проблемами. Більше відчують втрату ваги в тривалій стресовій ситуації ті особи, які мають негативний досвід роботи з психологом, ніж ті, хто мають позитивний досвід співпраці з психологом. Встановлено, що відчуття ефективності роботи з психологом пов'язане з загальним рівнем переживання депресивного стану та соматичних проявів цього стану. Більше скарг на соматичні проблеми, на загальну міру вираженості депресивного стану мають ті особи, які мали попередній негативний досвід роботи з психологом/психотерапевтом. Найменші прояви депресивного стану були діагностовані у тих учасників дослідження, які не мали справ з психологами.

В складних умовах життя в українській вибірці переважають цінності категорії «Відкритість до змін», найменш проявляються цінності категорії «Збереження», а проміжні позиції мають цінності категорій «Турботи про

людей та природу», «Самоствердження». Встановлено, що існують розбіжності в підгрупах чоловіків та жінок за такими цінностями: конформність, досягнення, влада. Серед узагальнених категорій виявлені розбіжності за цінностями групи «Самоствердження». За всіма ціннісними орієнтирами, за якими виявлені розбіжності, підгрупа чоловіків має значно вищі середні значення.

Кореляційний аналіз, проведений окремо в підгрупах чоловіків та жінок, показав, що міра вираженості депресивного стану чоловіків має більше значущих взаємозв'язків зі складовими ціннісної сфери особистості, ніж жінок. Міра вираженості депресивного стану чоловіків пов'язана з надмірним проявом тенденцій до збереження існуючого статусу-кво, орієнтації на думку більшості, самоствердження через владні стосунки. У жінок більшу схильність до депресивних станів проявляють ті жінки, які орієнтуються на думки оточуючих, існуючі тенденції в суспільстві, погляди авторитетних осіб.

Не були виявлені статеві розбіжності за показниками прояву життєстійкості, отже під час війни жінки та чоловіки проявляють майже однакову здатність чинити опір несприятливим обставинам, підтримувати власну адаптивність до змін. Не були виявлені розбіжності і в кореляційних зв'язках між проявами життєстійкості та мірою вираженості депресивного стану в підгрупах чоловіків та жінок. Встановлено, що чим більше виражений депресивний стан, тим менше людина демонструє життєстійкість, проявляє залученість у події свого життя, контролює їхній перебіг та приймає ризик, необхідний для опанування нового досвіду.

За результатами множинного регресійного аналізу було встановлено, що предикторами міри вираженості депресивного стану чоловіків є цінність досягнення (позитивний ефект) і міра контролю над подіями свого життя (негативний ефект). Предикторами міри вираженості депресивного стану жінок є цінності стимуляції та досягнення (позитивний ефект), а також цінність гедонізму та переживання можливості здійснювати контроль над

подіями свого життя (негативний ефект). Менше схильність до депресивних розладів проявляють ті люди, які маю виражений контроль над подіями життя, та не прагнуть до високих досягнень.

ВИСНОВКИ

1. Депресивний стан - афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами у всіх особистісних сферах: зниженням сили інтенцій у мотиваційній сфері у бік відмови від досягнення бажаних цілей, затягування з виконанням обов'язків; викривленнями когнітивних уявлень щодо власних можливостей долати складнощі та розв'язувати актуальні проблеми; гальмування реалізації поведінкових програм у поведінковій сфері у бік пасивності й уникання докладання вольових зусиль. Депресивний стан у роботі розглядається як умова розвитку депресивних розладів особистості (великий депресивний розлад, дистимічний та біполярний розлади та ін.), маркер неефективної адаптації психіки до несприятливих умов життя. Війна і постійна загроза життю розглядаються як каталізатори розвитку депресії як у чоловіків, так і в жінок, чинники формування хронічних депресивних станів.

2. Аналіз статистики міжнародних організацій з охорони здоров'я дозволив сформулювати припущення, що депресивні симптоми у жінок мають зустрічатися частіше, ніж у чоловіків, що у чоловіків будуть переважати симптоми, пов'язані з безсонням та збудженням, а у жінок - втома, сонливість і загальмованість. Встановлено за результатами емпіричних досліджень, що у жінок депресивні стани частіше проявляється у формі внутрішніх конфліктів, вияву емоційної вразливості та критичності до себе, а у чоловіків депресивні стани частіше проявляються у формі зовнішньої агресії та деструктивних форм поведінки. Особливістю розвитку депресивних станів у чоловіків є часто надмірна самотійність та неспроможність виявляти вразливість, тоді як у жінок це може бути пов'язано з неефективним виконанням певних ролей, відчуттям невідповідності соціальним очікуванням.

У роботі визначені напрями індивідуальної психологічної допомоги особам, які мають виражені депресивні стани з метою нормалізації

емоційного фону, профілактики розвитку депресивних розладів. Аналіз літератури дозволив визначити, що чоловіки можуть потребувати більшої уваги до вияву їхніх почуттів та емоційної підтримки, в той час як при наданні психологічної допомоги жінкам важливо зосередитися на розвитку їхньої емоційної виразності та створенні сприятливого середовища для прийняття себе, самовираження. Гештальт-терапія як доказовий метод роботи з депресивними розладами пропонує роботу з пацієнтами, які переживають депресію, спрямовувати у відповідності до різного типу особистісного досвіду, зокрема: 1) зі скорботою працювати через прийняття і проживання болю; 2) з загальною пригніченістю - через відновлення контактів з почуттями і пошуку сенсу; 3) з меланхолійним досвідом - через відновлення зв'язку з життям; 4) з негативним образом себе - через переосмислення негативних переконань, переживання провини; 5) з органічними причинами - через комплексний підхід подолання залежності, з медичною і психологічною підтримкою.

Втрата творчого пристосування розглядається як один з чинників формування хронічного депресивного стану, внаслідок формування стереотипних порушень циклу контакту: відхід, усвідомлення, мобілізація, дія, контакт, асиміляція і знову відхід. Депресивний стан часто супроводжується високим рівнем усвідомлення, але неспроможністю людини перейти до мобілізації зусиль.

3. Встановлено, що більшість учасників дослідження за Шкалою депресії А. Бека мають стан, який відповідає нормі. Лише 3,6% опитаних мають виражений депресивний стан. Не були виявлені статеві відмінності за трьома інтегративними показниками, а саме: за мірою вираженості депресивного стану, когнітивно-афективними та соматичними проявами. Статеві розбіжності були встановлені за трьома симптомами, а саме: думки про самогубство, втрата ваги, втрата інтересу до статевого життя. У чоловіків частіше, ніж у жінок зустрічаються депресивні думки стосовно скоєння самогубства, вони під впливом стресової ситуації частіше скаржаться на

втрату ваги. Жінки, на відміну від чоловіків, частіше повідомляють про втрату інтересу до статевого життя. Встановлено, що відсутні розбіжності в розподілі жінок та чоловіків за рівнями вираженості депресивного стану. Отже, припущення про те, що у жінок частіше, ніж у чоловіків зустрічаються прояви депресії не підтвердилася на нашій вибірці, на рівні аналізу депресивних станів особистості, а не особистісних розладів, в умовах тривалої небезпечної стресової ситуації.

4. За процедурою однофакторного дисперсійного аналізу були визначені соціально-психологічні чинники депресивного стану особистості в умовах війни. Серед психосоціальних чинників розглядалися: вік, освіта, місце перебування, досвід звернення до психіатра, досвід застосування антидепресантів, досвід отримання психологічної допомоги, тривалість отримання психологічної допомоги від психолога/психотерапевта, оцінка ефективності дії антидепресантів, оцінка ефективності роботи з психологом. Виявлена тенденція до зниження симптомів тривоги, ангедонії та схильності до самокритики з віком. Встановлено, що чим вище рівень освіти, тим частіше люди скаржаться на переживання з приводу невдач, однак менше скаржаться на переживання смутку, погіршення сну та втрати апетиту. Найбільшу складність з прийняттям рішення мають ті особи, які перебувають під час війни за кордоном.

Думки про самогубство, втрата апетиту, втрата інтересу до статевого життя значно більш виражені у тих осіб, які мали досвід консультацій з психіатром, ніж в тих, хто не мав такого досвіду. Встановлено, що особи, які приймали антидепресанти ще до початку війни, однак не застосовують цю практику під час війни, мають більш часті та виражені симптоми депресивного стану, вони більш страждають під час війни від погіршення емоційного тла їхнього життя, прояви ознак депресивних розладів (переживання невдач, відчуття провини, відчуття необхідності бути покараним, втрата інтересу до статевого життя). Такі особи демонструють найбільш високі значення за показником соматичних розладів депресивного

стану, найнижчі значення за цим показником показують ті особи, які мали досвід прийняття антидепресантів як до, так і під час війни. Отже, прийняття антидепресантів дозволяє стабілізувати емоційний стан людини. Встановлено, що найгіршу картину за симптомами депресивного стану демонструють ті учасники, які мали досвід відвідування психологів до війни, але припинили спілкування з психологом, а отже і отримання психологічної допомоги, під час війни. Їх стан більше наближений до депресивного (відчуття провини, важкість прийняття рішення, втрата інтересу до статевого життя), ніж у тих, хто взагалі не мав досвіду відвідування психолога. Тривалість досвіду консультацій з психологом пов'язана з втратою інтересу до статевого життя. Чим більше людина працює з психологом/психотерапевтом, тим більше вона переживає втрату інтересу до статевого життя, що може бути пов'язано з тим, що довгого психологічного втручання потребують ті клієнти, які звертаються в важкому психологічному стані, маючи широкий спектр симптомів погіршення психічного здоров'я. Найнижчі значення за цим симптомом мають ті учасники, які взагалі не відвідували психолога. Особи, яким не допомогли антидепресанти, демонструють більшу втрату ваги, але майже не помічають змін у власній працездатності, навпаки, особи, які відмічають покращення власного стану після прийняття антидепресантів, рідко помічають втрату ваги, але сильно зосереджені на втраті працездатності. Виявлені зв'язки оцінки ефективності співпраці з психологом щодо вирішення власних проблем і такими симптомами депресивного стану: важкість прийняття рішення, втомлюваність, втрата ваги. Проблеми з прийняттям рішень більш виражені в підгрупі людей, які мають успішний досвід роботи з психологом. Схоже, що вони мають установку приймати більш раціональні та зважені рішення. Особи без досвіду отримання психологічної допомоги менше відчують втому у тривалій стресовій ситуації, ніж ті, хто ефективно працював з психологом над своїми проблемами. Більше відчують втрату ваги в тривалій стресовій ситуації ті особи, які мають негативний досвід роботи з

психологом, ніж ті, хто мають позитивний досвід співпраці з психологом. Встановлено, що відчуття ефективності роботи з психологом пов'язане з загальним рівнем переживання депресивного стану та соматичних проявів цього стану. Більше скарг на соматичні проблеми, на загальну міру вираженості депресивного стану мають ті особи, які мали попередній негативний досвід роботи з психологом/психотерапевтом.

5. Перевірялися припущення щодо обумовленості міри переживання депресивних станів чоловіків та жінок особистісними чинниками, такими як: цінності та різні аспекти життєстійкості. Встановлено, що в складних умовах життя в українській вибірці переважають цінності категорії «Відкритість до змін», найменш проявляються цінності категорії «Збереження», а проміжні позиції мають цінності категорій «Турботи про людей та природу», «Самоствердження». Встановлено, що існують розбіжності в підгрупах чоловіків та жінок за такими цінностями: конформність, досягнення, влада. Серед узагальнених категорій виявлені розбіжності за цінностями групи «Самоствердження». За всіма ціннісними орієнтирами, за якими виявлені розбіжності, підгрупа чоловіків має значно вищі середні значення. Не були виявлені статеві розбіжності за показниками прояву життєстійкості, отже під час війни жінки та чоловіки проявляють майже однакову здатність чинити опір несприятливим обставинам, підтримувати власну адаптивність до змін.

Кореляційний аналіз, проведений окремо в підгрупах чоловіків та жінок, показав, що міра вираженості депресивного стану чоловіків має більше значущих взаємозв'язків зі складовими ціннісної сфери особистості, ніж жінок. Міра вираженості депресивного стану чоловіків пов'язана з надмірним проявом тенденцій до збереження існуючого статусу-кво, орієнтації на думку більшості, самоствердження через владні стосунки (оскільки встановлені значущі кореляційні взаємозв'язки з цінностями «конформність», «влада», категоріями «збереження» та «самоствердження»). У жінок більшу схильність до депресивних станів проявляють ті жінки, які

орієнтуються на думки оточуючих, існуючі тенденції в суспільстві, погляди авторитетних осіб (кореляційний значущий зв'язок з цінністю «конформістський»).

Не були виявлені розбіжності і в кореляційних зв'язках між проявами життєстійкості та мірою вираженості депресивного стану в підгрупах чоловіків та жінок. Встановлено, що чим більше виражений депресивний стан, тим менше людина демонструє життєстійкість, проявляє залученість у події свого життя, контролює їхній перебіг та приймає ризик, необхідний для опанування нового досвіду.

За результатами множинного регресійного аналізу було встановлено, що предикторами міри вираженості депресивного стану чоловіків є цінність досягнення (позитивний ефект) і міра контролю над подіями свого життя (негативний ефект). Предикторами міри вираженості депресивного стану жінок є цінності стимуляції та досягнення (позитивний ефект), а також цінність гедонізму та переживання можливості здійснювати контроль над подіями свого життя (негативний ефект). Менше схильність до депресивних розладів проявляють ті люди, які маю виражений контроль над подіями життя, та не прагнуть до високих досягнень.

Отримані результати планується представити в едукативній програмі організації самопомоги для осіб, схильних до депресивних станів, оскільки виявлені емпіричні закономірності дозволяють не лише пояснити через соціально-психологічні чинники та статеві відмінності особливості перебігу депресивних станів українців під час війни, а й робити прогнози щодо розвитку депресивних станів через предиктори (домінуючі цінності особистості та різні аспекти життєстійкості).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айраксинен Т. Щастя. Відверте і чітке бачення щастя і того, чому у нас його немає. Київ: Ніка-Центр. 2024. 208 с.
2. Брюховецька О.В. Поняття життєстійкості особистості підлітка в сучасних умовах воєнного стану в Україні. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*. 2024. Вип. 29(58). С. 62-79. DOI [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-29\(58\)-62-79](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2024-29(58)-62-79)
3. Варій М.Й., Козяр М.М., Коваль М.С. Військова психологія і педагогіка: посібник. Львів: Вид-во «Сполох». 2003. 621 с.
4. Веракіс А.І., Завалевський Ю.І. Основи психології: навч. посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Р.И.Ф. 2015. 415 с.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). URL: <https://icd.who.int/>
6. Гліжинська О. Дослідження тривожності та ПТСР у дорослих у воєнний час в Україні. Київський журнал сучасної психології та психотерапії. Спеціальний випуск журналу: тези науково-практичної конференції «Психологічні методи та підходи в умовах війни: діагностика, реабілітація, супровід» (11-12 травня 2024 року, м.Київ). Київ, 2024. С.6-8. URL: <https://www.kispp.com/2024/kzhsp-spezvipusk-11-12.05.pdf>
7. Джойс Ф., Сіллз Ш. Навички в гештальт-терапії. Консультування та психотерапія. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки. 2024. 544 с.
8. Діденко М., Зелінська О. Інформаційно-психологічний вплив на людей під час війни. Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. Том 1. № 14. С. 211–214.
9. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О.

Антонишин. Львів: Видавництво «Манускрипт», 2024. 592 с.

10. Духлій П.М., Трофімова Д.О. Вплив війни на психологічний стан громадян України: аналіз емпіричних даних. Габітус: наук. журн. Одеса, 2024. Випуск 68. С.141-150. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.24> // <http://habitus.od.ua/journals/2024/68-2024/26.pdf>

11. Егер Е. Дар 12 уроків, які врятовують ваше життя. Київ: Видавничий дім SKY PRINT. 2022. 128 с.

12. Іванова Т., Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 68–76. URL: DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.10> http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/10_2021/12.pdf

13. Ковальчук, І. П., & Чабан, О. С. Поширеність і клінічні особливості депресивних розладів. Український вісник психоневрології: наук. журн. / ГО «Асоціація неврологів, психіатрів та наркологів України», ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології Нац. акад. мед. наук України». Харків. 2020. № 28(3). С. 15–20.

14. Кокур О.М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с

15. Кокур О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності. Київ: Міленіум. 2004. 265 с.

16. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. Проблеми сучасної психології. 2020. № 49. С.202-223. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/206868/206836>

17. Лешенок У.С. Емпірична ідентифікація політичних орієнтацій на основі життєвих цінностей в українському суспільстві: дисертація на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук за спеціальністю 22.00.02 – методологія та методи соціологічних досліджень. К.: КНУ імені Тараса

Шевченка, 2020. 192 с.

18. Маквільямс Н. Психоаналітична діагностика. Розуміння структури особистості в клінічному процесі (2-ге видання). К.: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 672 с.

19. Молотокас А.А. Особливості прояву депресивних станів у жінок за шкалою Гамільтона. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. Випуск 6. Том 1. 2017. С.181-185
URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/513763.pdf>

20. Норкіна І. Статеворольова соціалізація як засвоєння гендерної ролі. Сучасні стратегії гендерної освіти в умовах євроінтеграції: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 10–11 вересня. 2020 р. Тернопіль, 2020. С. 165–167.

21. Олефір В., Котенко С. Медіаторна роль психологічного капіталу у взаємозв'язку між вимогами навчання та емоційним вигоранням у студентів. *Наука і освіта*. 2024. № 3. С. 97-105.

22. Олефір В.О., Кузнецов М.А., Павлова А.В. Коротка версія тесту життєстійкості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 45(2). С. 158-165.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2013_45%282%29_22

23. Орос М.М. Статеві особливості тривоги: доповідь на науково-практичній конференції «Сучасні аспекти клінічної неврології» 13-14.03.2014 (м.Буковель)
URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2018/ZU_9_2018/ZU_9_2018_st52-53.pdf

24. Орос М.М. Сучасні підходи до діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів. Health.ua.com: Спеціалізований медичний портал. URL: <https://health-ua.com/article/60827-suchasn-pdhodi-do-dagnostiki-ta-korekts-trivozhnih--depresivnih-rozladv>

25. Орос М.М., Тодавчич О.В. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія: наук.журн.* / ТОВ

«Медичний журнал «Нейроньюс». Київ: 2019. № 10 (111). С.34-36. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10%28111%29/pages-34-36/nevrobiologichni-osnovi-depresi-ya-ta-trivozhnogo-rozladu-principi-konservativnogo-likuvannya-#gsc.tab=0>

26. Островська О.М. Психологічні аспекти діагностики та профілактики депресії. — Науковий вісник Херсонського держ. ун-ту. Серія: Психологічні науки. 2020. №1(44). С. 53–57.

27. Погорільська Н.І., Найдьонова Г.О., Карпюк А.В. Ресурси посттравматичного зростання українців і умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Том 35 (74), № 4. С. 57-62.

28. Пфайфер, С. Депресія. Хвороба сучасності. Львів: Свічадо, 2017. 88 с.

29. Рем Л. Депресія. Львів: Свічадо, 2019. 126 с.

30. Романюк Л. В. Психологія цінностей: становлення в розвитку особистості. Кам'янець-Подільський: Вид-во та друк ПП Мошинський В.С., 2013. 388 с.

31. Романюк Л. Психодіагностичні методи дослідження ціннісного становлення особистості. Актуальні проблеми психології «Психологія обдарованості». Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2018. Т. VI. Вип. 14. С. 46–55.

32. Сабо Ш., К. Сабо, Заячківська О. Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні : пер. з угор. / Шандор Сабо, Каталін Сабо, Оксана Заячківська; Львів. нац. мед. ун-т ім. Д. Галицького, Наук. т-во ім. Т. Шевченка; відп. за вид. Дмитро Телішевський; пер. Петер Гергелі; післяслово Арпад Шомоді. Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького: Наукове тов-во ім. Шевченка, 2019. 120 с.: іл.

33. Соляник А.О. Психологічні особливості прояву депресивних станів у жінок в умовах вимушеної міграції. Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 53 с.

34. Холліс Дж. Душевні трясовини. Повернення до життя після важких потрясінь. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки. 2023. 264 с.

35. Хорні К. Наші внутрішні конфлікти. Конструктивна теорія неврозу. Київ: Сварог, 2025. 244 с.
36. Чабан О. С. Ментальне здоров'я в Україні під час війни та після: системний підхід до прогнозу непередбачуваних змін. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2024. 21(582). С. 33–35.
37. Шкарлатюк К.І. Патопсихологія: Навч.посіб. / Катерина Шкарлатюк. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 155 с.
38. Beck A. T. Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psychiatry; Ellis, 4 58, 1962. Pp. 207–216.
39. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979.
40. Dawdy S., Weardon S., Chilko D. Statistics for research. Wiley-Interscience, 2004. 634 p. URL: <https://sdp2013.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/09/statistics-for-research-dowdy.pdf>
41. Depressive disorder (depression). World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
42. Eisenberg N., Lennon R., Roth K. Prosocial development: a longitudinal study. Developmental Psychology. 1983. Vol. 19. № 6. P. 846–855.
43. Freud, S. (1968). Mourning and melancholia. In W. Gaylin (Ed.). The meaning of despair, (pp. 50–69). New York: Science House.
44. Greenberg, E. LOVE, ADMIRATION, OR SAFETY: A System of Gestalt Diagnosis of Borderline, Narcissistic, and Schizoid Adaptations that Focuses on What Is Figure for the Client. Paper given at The 6th European Conference of Gestalt Therapy “Gestalt Therapy: Hermeneutics and Clinical” October 1998, Palermo, Italy. Published in “Studies in Gestalt Therapy” (ed. M. Spagnuolo Lobb) No.8, 1999, Ragusa-Siracusa-Italy URL: <https://silo.tips/download/paper-given-at-the-6-th-european-conference-of-gestalt-therapy-gestalt-therapy-h>
45. Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer

(Eds.), Handbook of experiential psychotherapy (pp. 227–248). The Guilford Press. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02133-010>

46. Guiso L. Culture, gender, and math. *Science*. 2008. Vol. 320. № 5880. P. 1164–1165.

47. Illowsky B., Dean S. *Introductory Statistics*. OpenSTAX, 2013. 913 p. URL: https://assets.openstax.org/oscms-prodcms/media/documents/IntroductoryStatistics-OP_i6tAI7e.pdf

48. Joanne Moncrieff, David Cohen. Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States? URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1472553/>

49. Johnson J.T., Shulman G.A. More alike than meets the eye: perceived gender differences in subjective experience and its display. *Sex roles: A Journal of Research*. 1988. Vol. 19. № 1–2. P. 67–79.

50. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2015.

51. Klerman, G. L., Endicott, Y. Spitzer, R., & Hirschfeld, R. M. (1979). Neurotic depression: Systemic Analysis of Multiple Criteria and Meaning. *The American Journal of Psychiatry*, 136 (1), 57–61 URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.136.1.57>.

52. Kopper B.A., Epperson D.L. Women and gender: sex and sex-role comparisons in the expression of anger. *Psychology of women quarterly*. 1991. №. 15. P. 7–14.

53. Maccoby E., Jacklin C. *The Psychology of Sex Differences*. California: Stanford university press. 1974. 634 p.

54. Maddi S. *Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Quest For Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* / Ed. by P.T.P. Wong, P.S. Fry. Mahwah, NJ, 1998.

55. Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *London: The International Journal of Psychoanalysis*. 9. P. 420–438.

56. Savchenko O., Korvat L., Lavrinenko D. Resourcefulness as an

Important Indicator of Personal Well-Being. In book *Well-Being Across the Globe - New Perspectives - Concepts, Correlates and Geography*. IntechOpen Limited, London, United Kingdom, 2023. DOI:[10.5772/intechopen.112119](https://doi.org/10.5772/intechopen.112119).

57. Savchenko O., Kovalkova T., Korvat L., Lovochkina A., Kalishchuk S., Yelina M. Personal Values as Regulators of Teacher Burnout. *Journal of Higher Education Theory and Practice*. 2022. Vol. 22 (16). P. 51-62. DOI: <https://doi.org/10.33423/jhetp.v22i16.5600>

58. Schwartz S. H., Caprara V., Vecchione M., Bain P., Bianchi G., Caprara M. G., Cieciuch J. Basic Personal Values Underlie and Give Coherence to Political Values: A Cross National Study in 15 Countries. *Political behavior*. 2014. №36. P.899-930.

59. Schwartz S. H., Cieciuch J. Chapter 8 Values. *The ITC International Handbook of Testing and Assessment*. Oxford university press, 2016. P.106-119.

60. Srinivasa R. and R. Lakshminarayana. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. PubMed Central. URL: <https://europepmc.org/article/MED/16757987>

61. Tavis C. The Mismeasure of Woman: Why Women Are Not the Better Sex, the Inferior Sex or the Opposite Sex. New York: Simon and Schuster. 1992. 400 p.