

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ
В УМОВАХ ВІЙНИ

Кваліфікаційна робота студента
групи ЗППм-24
ступінь вищої освіти магістр
спеціальності 053 Психологія
Ступака Кирила Євгенійовича

Керівник кандидат психологічних наук,
доцент Шаповал І. М.

Кривий Ріг – 2025

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Ступак Кирило Євгенійович**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав і не одержував недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлений. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.



(підпис здобувача) **Кирило Ступак**

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.....	8
1.1. Поняття депресивного стану в сучасній психологічній науці	8
1.2. Психологічні чинники формування депресивних станів у період війни	21
1.3. Копінг-стратегії та стресостійкість як модератори депресивних станів.	27
Висновки до першого розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	37
2.1. Методологічні засади та організація дослідження	37
2.2. Аналіз результатів дослідження	39
Висновки до другого розділу	49
РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ	52
3.1. Когнітивно-поведінкова терапія як ефективний підхід до лікування депресивних станів в умовах війни	52
3.2. Тренінгова програма «Стійкість у часи невизначеності»	57
Висновок до третього розділу.....	71
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна РФ проти України стала тривалою екзистенційною кризою для всього українського суспільства. Щоденна реальність повітряних тривог, обстрілів, втрат, вимушеного переміщення, економічної нестабільності та невизначеності майбутнього створює потужне й тривале стресове навантаження на психіку людей. За таких умов зростає поширеність депресивних станів, тривоги, хронічного стресу, з'являються прояви емоційного виснаження, втрата мотивації, безнадійність та дезадаптивні форми подолання труднощів. Попри зростання уваги науковців і практиків до проблеми психічного здоров'я в умовах війни, потребують подальшого вивчення саме особливості депресивних станів українців у контексті тривалої воєнної загрози, їхній зв'язок із суб'єктивно переживаним стресом, тривогою та специфікою копінг-стратегій. Актуальним є також питання розроблення та впровадження психологічних інтервенцій, зокрема на засадах когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на зниження депресивних проявів та зміцнення адаптивних способів подолання.

Отже, актуальність обраної теми зумовлена, з одного боку, високою поширеністю депресивних станів у населення України в умовах війни, а з іншого – необхідністю науково обґрунтованих підходів до їхнього виявлення, аналізу та психологічної корекції в сучасних суспільно-історичних реаліях.

Джерельна база дослідження. Джерельну базу кваліфікаційної роботи становлять: праці вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені теоретичному аналізу депресії та депресивних станів, їхніх клініко-психологічних і соціально-психологічних особливостей; дослідження, що розкривають вплив хронічного стресу, травматичних подій, воєнних дій та вимушеного переміщення на психічний стан особистості; роботи, присвячені вивченню копінг-стратегій, життєстійкості, адаптаційних ресурсів особистості в умовах кризових ситуацій; нормативно-правові документи України та рекомендації

міжнародних організацій (ВООЗ, інші професійні спільноти), що регламентують підходи до охорони психічного здоров'я населення в умовах надзвичайних ситуацій; емпіричні дані, отримані у процесі дослідження депресивних станів українців у період війни.

Мета дослідження – комплексно дослідити особливості депресивних станів українців у період війни, виявити їхній зв'язок зі сприйманим стресом, тривогою та копінг-стратегіями поведінки, а також обґрунтувати напрями психологічної допомоги, спрямованої на зниження депресивних проявів і підвищення адаптивності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену депресії та депресивних станів у сучасній психологічній науці.
2. Розкрити вплив війни та пов'язаних із нею стресогенних чинників на психоемоційний стан українців.
3. Обґрунтувати програму та методи емпіричного дослідження депресивних, тривожних і стресових проявів у респондентів в умовах війни.
4. Здійснити емпіричне дослідження рівня сприйманого стресу, депресивних станів, тривоги, стресу та копінг-стратегій у вибірці українців за допомогою валідних психодіагностичних методик.
5. На основі отриманих результатів окреслити напрями та можливості психологічної допомоги (зокрема, з використанням елементів когнітивно-поведінкової терапії) для осіб із депресивними станами в умовах війни.

Об'єкт дослідження – депресивні стани особистості в умовах тривалої воєнної загрози.

Предмет дослідження – психологічні особливості депресивних станів українців у період війни та їхній зв'язок із рівнем сприйманого стресу, тривогою, стресовими проявами й копінг-стратегіями.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань використано комплекс взаємодоповнюваних методів: *теоретичні методи*: аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація

наукових джерел з проблеми депресивних станів, стресу, тривоги та копінг-стратегій; *емпіричні методи*: психодіагностичне обстеження респондентів за стандартизованими опитувальниками, анкетування; *методи математичної статистики*: описова статистика, кореляційний аналіз, інші статистичні процедури для кількісної обробки та інтерпретації отриманих результатів.

Означення бази дослідження та опис вибіркової сукупності. Емпіричне дослідження проводилося на базі Державного університету економіки і технологій (ДУЕТ). До вибірки увійшло 44 респонденти – здобувачі вищої освіти зазначеного закладу, які надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Опитування здійснювалося анонімно з дотриманням етичних принципів психологічної діагностики, конфіденційності отриманої інформації та добровільності участі.

Методики дослідження. Для емпіричного вивчення депресивних станів, тривоги, стресу та копінг-стратегій застосовано такі психодіагностичні інструменти: Шкала сприйманого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale) – для оцінки суб'єктивного рівня стресу в учасників дослідження; Шкала депресії Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) – для вимірювання вираженості депресивних проявів; Опитувальник DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) – для комплексної оцінки рівня депресії, тривоги та стресу; Опитувальник SACS (Strategic Approach to Coping Scale) Ст. Хобфолла – для виявлення особливостей копінг-стратегій (адаптивних і неадаптивних) у поведінці респондентів у стресових ситуаціях.

Використання сукупності цих методик дало змогу здійснити багатовимірний аналіз як емоційних станів, так і поведінкових стратегій подолання стресу в умовах війни.

Наукова новизна дослідження виражається в уточненні та розширенні уявлень про психологічні особливості депресивних станів українців в умовах тривалої воєнної загрози, їхнього зв'язку зі сприйманим стресом, тривогою та копінг-стратегіями. Встановлено специфіку ролі неадаптивних копінг-форм у загостренні депресивних проявів і обґрунтовано психологічні підходи

(зокрема на засадах когнітивно-поведінкової терапії), що сприяють зниженню депресивних станів і підвищенню стресостійкості в умовах війни.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в тому, що отримані дані поглиблюють уявлення про особливості депресивних станів українців у період війни та чинники, які їх зумовлюють. Результати дослідження можуть бути використані практичними психологами закладів вищої освіти, фахівцями центрів психологічної допомоги та соціальних служб при розробленні превентивних і корекційних програм, спрямованих на зниження депресивних проявів, підвищення стресостійкості та формування адаптивних копінг-стратегій. Матеріали роботи також можуть бути впроваджені в освітній процес при підготовці майбутніх психологів.

Надійність та вірогідність дослідження. Надійність і вірогідність отриманих результатів забезпечуються: використанням валідних, апробованих у світовій і вітчизняній практиці психодіагностичних методик; достатньою репрезентативністю вибірки для поставлених завдань; поєднанням якісного та кількісного аналізу даних; застосуванням статистичних методів обробки результатів, що дає змогу підвищити об'єктивність інтерпретації.

Результати апробації кваліфікаційної роботи. Основні теоретичні положення та практичні рекомендації, викладені в роботі, можуть бути представлені у формі доповідей на науково-практичних конференціях, круглих столах, семінарах, а також у вигляді публікацій (тез, статей) за темою дослідження. Одержані результати створюють підґрунтя для подальшої наукової й практичної апробації запропонованих підходів до психологічної допомоги особам із депресивними станами в умовах війни.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів основної частини, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

1.1. Поняття депресивного стану в сучасній психологічній науці

У сучасній психологічній науці тема депресії посідає одне з ключових місць. Це стосується не тільки індивідуального психічного здоров'я, але й соціального благополуччя в цілому. Під час тривалих стресів, нестабільності та воєнних подій депресивні стани набувають особливої актуальності, оскільки стають розповсюдженою формою емоційного реагування людини на небезпеку, втрату та хронічну напругу. Для того, щоб зрозуміти феномен депресії, потрібно розглянути його в історичній ретроспективі, розібрати термінологічне визначення, психологічний зміст та форми прояву, які представлені у вітчизняній та зарубіжній літературі. З'ясування сутності цього поняття дозволяє окреслити подальші напрями дослідження депресивних станів, особливо в умовах воєнного часу, коли психічна стійкість населення проходить серйозне випробування.

Термін «депресія» (від лат. *depressio* – придушення) [21] з'явився у науковій традиції відносно недавно, адже протягом двох тисячоліть подібні стани називали меланхолією. Від найдавніших часів люди стикалися з проявами емоційних і психічних розладів, хоча не мали сучасного розуміння їх природи. Ще жерці Стародавнього Єгипту у IV тисячолітті до н. е. описували стан глибокої туги та пригніченості, який намагалися лікувати релігійними обрядами, молитвами та ритуалами очищення. У Стародавній Індії смуток і душевні страждання також вважали наслідком одержимості злими духами. Спеціально навчені жерці виконували ритуали вигнання демонів, вірячи, що саме це може звільнити людину від душевних мук. Така інтерпретація відображала загальне уявлення того часу – психічні розлади сприймалися не як природні явища, а як втручання надприродних сил. У

працях Гіппократа (460–370 рр. до н. е.) меланхолія вперше отримала медичне пояснення. Він вважав її наслідком порушення балансу тілесних “соків”, зокрема надлишку «чорної жовчі». Симптоми, які описував Гіппократ – зневіра, безсоння, дратівливість, неспокій, відраза до їжі – і сьогодні можна впізнати як типові ознаки депресивних станів. Учений також звертав увагу на різні причини меланхолії: зовнішні життєві події, що виснажують душу (аналог сучасної реактивної депресії), та внутрішні, без очевидних причин (аналог ендогенної депресії) [5]. У добу Відродження сприйняття меланхолії стало ще суперечливішим. Її часто прирівнювали до божевілля, а спроби лікування були жорстокими – застосовували фізичний біль чи тілесні покарання, сподіваючись “відволікти” людину від душевних страждань. Такий підхід відображав нерозуміння психологічної природи меланхолії, але водночас показував, що людство вже починало шукати матеріальні способи впливу на психічний стан. Суттєвий розвиток уявлень про депресію розпочався на початку XX століття, коли формується психоаналітичний напрям. Представники цього підходу трактували депресію як внутрішній психологічний конфлікт, пов’язаний із втратою любові, почуття безпеки або значущого об’єкта. Психоаналіз відкрив розуміння того, що депресія може мати не лише біологічні, а й несвідомі психоемоційні причини, пов’язані з раннім досвідом, залежністю та образою.

Особливу роль у розвитку цих ідей відіграв З. Фройд (S. Freud) [54], який у своїй праці «Сум і меланхолія» розглядав депресію як психобіологічну реакцію на втрату об’єкта прив’язаності. Він наголошував, що втрата значущої людини або символічного об’єкта (ідеї, статусу, віри у власну цінність) може спричинити перенесення агресії на самого себе, що проявляється у почутті провини, безнадії, втраті самооцінки. Цей підхід заклав основу сучасного розуміння депресії як реакції на втрату сенсу або зв’язку зі світом.

Із філософської точки зору, С. К’єркегор (S. Kierkegaard) осмислював депресію як «смертельну хворобу», маючи на увазі не тілесну, а екзистенційну недугу духу, коли людина втрачає віру у власне “я” і сенс існування. Цей

погляд згодом набув особливого значення у контексті сучасного світу, де депресію часто називають «хворобою цивілізації».

У другій половині XIX століття термін «депресія» поступово закріпився в медичній і психологічній науці, витіснивши поняття «меланхолія». Впродовж XX століття вивчення депресії стало більш системним: від опису зовнішніх симптомів дослідники перейшли до розгляду біопсихосоціальної природи цього явища. Сьогодні депресію розглядають як складний багатофакторний феномен, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники й охоплює як індивідуальний, так і суспільний виміри людського життя.

Розуміння сутності депресивних станів потребує передусім уточнення поняття «депресія». Аналіз наукових джерел [9, 18, 19, 20, 21, 24, 29, 30, 32] показує, що дослідження цього феномену охоплює різні галузі знань – психологію, філософію, медицину, педагогіку, біологію та фізіологію. У сучасному науковому просторі проблема депресивних станів розглядається у міждисциплінарному контексті, що дозволяє поєднувати медичні, психологічні та соціальні підходи до її вивчення. «Сучасний тлумачний психологічний словник» В. Б. Шакара [45] трактує *депресію* як афективний стан особистості, який проявляється стійким зниженням емоційного фону, втратою життєвої енергії, мотивації та активності. Для людини в такому стані характерні відчуття глибокої туги, безнадії, емоційного виснаження, а також зниження інтересу до звичних занять і навколишнього світу. Поведінкові прояви депресії включають пасивність, сповільненість дій, відсутність ініціативи, швидку втомлюваність, що в сукупності призводить до помітного зниження ефективності діяльності. У когнітивній сфері спостерігаються песимістичні судження, самозвинувачення, почуття провини за реальні або уявні події минулого, а також відчуття безпорадності та безперспективності. Час у суб'єктивному сприйнятті особи в депресії набуває уповільненого, затягнутого характеру, через що людині здається, що він тече надзвичайно повільно. У цілому цей стан охоплює як емоційну, так і мотиваційно-вольову

та когнітивну сфери психіки, зумовлюючи глибокі внутрішні переживання та відчуття ізоляції [11]. С. Пфайфер (S. Pfeifer) наголошує у своєму дослідженні, що «у всьому світі депресія є головною причиною обмеження працездатності і перебуває на третьому місці серед хвороб, від яких люди страждають найчастіше: серцево-судинних та онкологічних захворювань [35]. Результати масштабного міжнародного дослідження INTERHEART засвідчили, що депресія та тривога, поряд з іншими психосоціальними чинниками, належать до дев'яти ключових факторів ризику, які суттєво впливають на рівень захворюваності та смертності від інфаркту міокарда у всьому світі – незалежно від статі, етнічного походження чи регіону проживання людини [19]. І ця тенденція зростає. Депресія наявна в усіх країнах та культурах – на неї страждає більше 120-ти мільйонів людей. Ось результати, які свідчать про частоту захворювання: 15-20% населення відчуває себе періодично у депресивному стані, 3% впродовж року хворіють на тяжку депресію». Згідно з даними Національного інституту психічного здоров'я США, проблема депресивних розладів має значні епідеміологічні масштаби. Так, за статистикою 2015 року, близько 16,1 мільйона дорослих американців віком від 18 років принаймні один раз упродовж попереднього року (2014) пережили депресивний епізод, що становить приблизно 6,7% усього дорослого населення країни. Водночас серед пацієнтів, які звертаються по допомогу в загальномедичні заклади, частота виявлення депресивних станів сягає близько 30% [35]. Відповідно до даних «Загальнонаціонального дослідження. Індекс здоров'я. Україна–2018», близько 22,6% дорослого населення повідомили, що протягом останнього місяця часто відчували пригнічений настрій, а 19,6% респондентів зазначили втрату інтересу або задоволення від повсякденних справ. Попри це, лише 6,3% осіб, які мали хоча б один із цих симптомів, зверталися по допомогу до медичних працівників [39]. Це свідчить про низький рівень обізнаності населення щодо психічного здоров'я та недостатню готовність звертатися по професійну підтримку. Отже, депресія – це афективний розлад, що характеризується пригніченим настроєм, втратою

інтересу до діяльності, когнітивними та соматичними порушеннями, і в міжнародній класифікації психічних розладів відповідає діагнозу «великий депресивний розлад» (ВДР).

Попри значну поширеність депресії, вона не є однорідним явищем і може проявлятися у різних формах. Типи депресивних розладів відрізняються між собою за перебігом, тривалістю, інтенсивністю та поєднанням симптомів, хоча основні їх прояви залишаються подібними. Визначення конкретного підтипу депресії має важливе значення, оскільки різні форми цього розладу потребують індивідуалізованих підходів до лікування. Крім того, існують суттєві відмінності у переживанні депресії та способах її прояву залежно від віку, статі та культурного контексту особистості. *Депресивний епізод* [49] є найбільш поширеною та характерною формою прояву депресії. Він може розвиватися як раптово –протягом кількох днів, так і поступово – упродовж кількох тижнів, а його тривалість зазвичай охоплює від кількох тижнів до кількох місяців. Для встановлення діагнозу депресивного епізоду необхідна наявність визначеної кількості симптомів, що зберігаються не менше двох тижнів поспіль [14]. Дослідження свідчать, що більшість осіб, які пережили один депресивний епізод, мають схильність до повторних його проявів, тобто до розвитку рецидивуючого депресивного розладу. Водночас ризик повторних епізодів може бути істотно знижений завдяки своєчасному та адекватному лікуванню. У випадках, коли депресивні епізоди не є поодинокими, а повторюються через певні проміжки часу, доцільно говорити про *рекурентний депресивний розлад*. Відповідно до класифікацій DSM-5 та МКХ-11, цей розлад характеризується періодичним виникненням епізодів пригніченого настрою, між якими можуть спостерігатися фази часткового або повного відновлення психоемоційного стану. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 60% осіб, які пережили великий депресивний епізод, у подальшому стикаються з його повтореннями [13]. Таким чином, рекурентність не є проявом слабкості особистості чи відсутності сили волі –

це характерна особливість перебігу депресивного розладу, що може мати глибинні психологічні та нейробіологічні механізми.

Психогенна (реактивна) депресія [16] – це форма депресивного розладу, що виникає як психологічна реакція на зовнішній стресовий чинник або життєву подію. У науковій літературі її також називають *ситуативною депресією*, адже вона безпосередньо пов'язана з конкретною ситуацією, яка викликає емоційне виснаження. Симптоми цього виду депресії часто нагадують прояви великого депресивного розладу, проте мають іншу природу виникнення – вони є наслідком емоційної реакції на травмувальні або складні життєві обставини. Розвиток психогенної депресії зазвичай зумовлений дією сильного стресу, спричиненого зовнішніми подіями, такими як втрата близької людини, розлучення, звільнення з роботи, діагностування тяжкої соматичної хвороби чи інші подібні кризи. Водночас важливо зазначити, що причинами реактивної депресії можуть бути не лише негативні події. Іноді навіть позитивні життєві зміни, наприклад, вступ до університету, народження дитини чи повернення після військової служби можуть супроводжуватись високим рівнем емоційного напруження, викликаючи суперечливі почуття: тривогу, невизначеність, страх або смуток. Науковці підкреслюють, що виникнення будь-якої форми депресії зазвичай пов'язане із взаємодією внутрішніх і зовнішніх чинників. Тому стресова подія може стати лише тригером, який активує депресивний епізод у людини, що вже має підвищену вразливість через генетичні, біохімічні або особистісні особливості. Порівняно з іншими видами депресії, реактивна депресія має коротший перебіг – зазвичай триває кілька місяців, хоча її симптоми можуть бути вираженими, болісними та травмуючими. За відсутності належної підтримки чи лікування навіть цей тимчасовий стан може суттєво вплинути на якість життя та психоемоційну стабільність людини.

Ендогенна депресія [16] – як випливає з самої назви, ендогенна депресія (від грец. *endon* – «всередині») виникає без впливу зовнішніх, або екзогенних чинників. Її розвиток не пов'язаний із пережитим стресом чи травматичною

подією, тобто вона не має очевидної зовнішньої причини. Основну роль у формуванні цього виду депресії відіграють генетичні, нейробіологічні та біохімічні механізми, тому її часто визначають як біологічно обумовлену форму депресії. До недавнього часу у психіатрії та клінічній психології розрізняли ендогенну та екзогенну (психогенну) депресію як окремі типи великого депресивного розладу. Однак сучасна міжнародна діагностична практика (зокрема, за критеріями DSM-5 та МКХ-11) переважно не поділяє ці стани. Нині більшість фахівців встановлюють загальний діагноз «великий депресивний розлад» (ВДР), незалежно від того, чи має він переважно біологічну, чи психогенну етіологію. Таким чином, термін «ендогенна депресія» поступово втратив статус окремої нозологічної одиниці, проте залишився у науковій та клінічній мові як описовий термін, що вказує на перевагу внутрішніх, біологічних механізмів у розвитку розладу. Симптоми ендогенної депресії, як правило, мають тяжкий і виражений характер, суттєво впливаючи на працездатність, соціальну активність та емоційне функціонування людини. Водночас цей тип депресії добре піддається лікуванню, особливо за умови своєчасного звернення до фахівців. Серед основних методів терапії ендогенної депресії застосовуються антидепресанти, стабілізатори настрою та, у складних випадках, електросудомна терапія (ЕСТ). Упродовж останніх десятиліть у клінічну практику також активно впроваджується транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) – сучасний неінвазивний метод впливу на мозкову активність, який продемонстрував високу ефективність у лікуванні резистентних форм депресії. С. Пфайфер зазначає, що для ендогенних форм депресії характерні специфічні симптоми, що виникають без очевидних зовнішніх причин і часто мають спадкову схильність. Зазвичай спостерігається раннє пробудження, посилення депресивних проявів у ранкові години та певне полегшення стану ввечері. У низці випадків ці прояви можуть супроводжуватися глибоким внутрішнім смутком екзистенційного характеру, самозвинуваченням, необґрунтованим страхом за власне здоров'я, відчуттям безнадії чи страхом зuboжіння. Такі

симптоми часто поєднують у собі біологічні, психічні та соматичні чинники, що підкреслює комплексну природу ендогенних депресій [35].

Ажитована, або тривожна депресія, у сучасній літературі частіше визначається як розлад тривожно-депресивного спектра, що поєднує ознаки депресивного стану з вираженими проявами тривоги. На відміну від класичних форм депресії, де домінує загальмованість, для цього виду характерне рухове та ідеаторне збудження: людина відчуває постійне внутрішнє напруження, не може зосередитися, переживає численні тривожні думки про можливі небезпеки або майбутні події. Пацієнти з таким типом депресії зазвичай мають підвищену психомоторну активність – вони багато говорять, не знаходять собі місця, часто перебирають у свідомості різні варіанти дій, щоб запобігти уявним загрозам. У стані вираженої тривоги можливе розвитку тривожного раптусу – короткочасного епізоду панічного збудження з аутоагресивними проявами. Погіршення самопочуття найчастіше спостерігається у вечірній час, коли посилюються тривога та порушення сну, зокрема труднощі із засинанням. Ю. Асєєва та ін. вказують, що, з точки зору патогенезу, тривожно-депресивні розлади розглядаються як результат комбінованого впливу психологічного та фізіологічного стресу. Під дією тривалого дистресу, особливо в умовах екстремальних ситуацій (зокрема війни, втрати житла, соціальної нестабільності), активується гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь, що спричиняє підвищене виділення кортизолу – гормону стресу. Постійне підвищення рівня кортизолу веде до виснаження нервової системи, порушення регуляції емоцій і когнітивних процесів, що лежить в основі розвитку тривожно-депресивної симптоматики. Серед чинників, які впливають на виникнення цього розладу, значну роль відіграють індивідуально-психологічні особливості (підвищена тривожність, схильність до депресивних реакцій), попередній досвід психотравм і рівень соціальної підтримки. Люди, які мають сильні соціальні зв'язки, підтримку сім'ї чи громади, зазвичай менш схильні до розвитку тривожно-депресивних станів, навіть за умов тривалого стресу [2]. Таким чином, ажитована депресія – це

складна форма емоційного розладу, у якій тісно переплітаються тривожний компонент, депресивна симптоматика та фізіологічні реакції на хронічний стрес, що потребує комплексного підходу до діагностики й лікування. Депресивні стани, особливо за умов тривалого або неконтрольованого перебігу, можуть ускладнюватися зниженням ефективності терапії, що створює передумови для формування резистентної депресії.

Резистентна депресія – однією з найсерйозніших проблем у лікуванні депресивних розладів є резистентність до терапії, тобто відсутність стабільного покращення навіть за умови застосування адекватного лікування. Дослідження фахівців зі США свідчать, що лише близько 30% пацієнтів із великим депресивним розладом (ВДР) досягають повної ремісії, тоді як решта 70% реагують на терапію частково або взагалі не демонструють помітних змін у стані. У випадках, коли депресія не піддається лікуванню звичними методами, незалежно від її форми чи походження, говорять про резистентну (терапевтично резистентну) депресію. При цьому серед науковців немає єдиного визначення цього явища. Одні дослідники розглядають його як відсутність клінічного ефекту після прийому двох антидепресантів із різних фармакологічних груп, тоді як інші вважають, що про резистентність можна говорити лише після невдалих спроб принаймні чотирьох різних видів лікування. Незалежно від формального визначення, головною ознакою резистентної депресії є стійке збереження симптомів, незважаючи на тривале медикаментозне або психотерапевтичне втручання. Для пацієнтів це може проявлятися у відсутності покращення настрою, збереженні відчуття безсилля чи втрати інтересу до життя, або ж у неможливості переносити побічні ефекти призначених препаратів [60].

Наступним складним різновидом депресивних станів, який має свої діагностичні особливості, є маскована (прихована) депресія, що часто залишається поза увагою через відсутність «типових» емоційних та поведінкових симптомів. *Маскована, або прихована депресія* [24] – це стан, при якому провідними стають соматичні прояви, переважно вегетативного

- характеру. Такі симптоми часто імітують різні фізичні або соматичні захворювання, тоді як психопатологічні ознаки з'являються пізніше або залишаються у прихованій формі, відходячи на другий план. Цей стан становить підвищений ризик для пацієнта/клієнта, оскільки справжня причина нездужання тривалий час може залишатися непоміченою. Зниження життєвого тону та поява вегетосоматичних симптомів розвиваються відповідно до принципу *locus minoris resistentiae* – «місця найменшого опору», тобто у тій системі організму, яка є найвразливішою. Причини виникнення маскованої депресії можуть бути різноманітними. Серед основних виділяють:
- депресивну (невротичну) реакцію на тривалий або інтенсивний стресовий чинник;
 - психогенну проблему чи несприятливі життєві обставини, у яких перебуває людина;
 - психічну реакцію на соматичне захворювання, коли фізичні недуги провокують розвиток депресивних симптомів;
 - змішані форми, що поєднують кілька чинників;
 - сезонні варіанти депресії, пов'язані зі зміною тривалості світлового дня (зокрема, ранньовесняні або зимові епізоди, спричинені дефіцитом природного освітлення).

Цей феномен найчастіше спостерігається серед чоловіків, працівників медичної сфери, а також осіб із вираженими механізмами психологічного захисту або тих, чия соціальна/професійна роль вимагає емоційної стриманості та не допускає демонстрації вразливості [32]. У той час як резистентна депресія характеризується неефективністю терапевтичних втручань, маскована депресія є прикладом порушення, де сама наявність депресивного стану може бути замаскована під інші клінічні прояви.

Поряд із маскованими формами депресії, що ускладнюють діагностику через прихований характер симптомів, у практиці також виділяють тривалі, хронічні стани пригніченості, які за своєю природою менш виражені, але більш стійкі. До таких належить дистимія. *Дистимія (дистимічний розлад;*

персистентний депресивний розлад) [32] характеризується тривалим, помірним зниженням настрою, яке зберігається протягом щонайменше двох років і спостерігається більшу частину часу. Для цього стану притаманні постійні депресивні симптоми, серед яких – зниження інтересу або задоволення від щоденної діяльності, труднощі з концентрацією уваги, підвищена розсіяність, почуття провини або власної нікчемності, відчуття безнадійності щодо майбутнього. Часто спостерігаються порушення сну (як безсоння, так і надмірна сонливість), зміни апетиту (зниження чи підвищення), а також втомлюваність та зниження енергії. Важливою діагностичною ознакою дистимії є те, що протягом перших двох років перебігу розладу не спостерігається двотижневого періоду, який би відповідав критеріям депресивного епізоду. Іншими словами, симптоми при дистимії залишаються стабільно помірними, без глибоких фаз, характерних для великої депресії, але їхня тривалість значно перевищує типову тривалість епізоду. Дистимія відрізняється від звичайного зниженого настрою тим, що виникає без очевидних причин, триває тривалий час і супроводжується не просто смутком, а стійким песимізмом, загальмованістю мислення, ворожістю та негативним ставленням до себе й оточення. Вона може проявлятися у формі дисфорії – злості, роздратованості, агресії чи незадоволення своїм життям, які часто маскуються під сум або почуття провини. Через хронічний перебіг дистимії такі люди можуть викликати співчуття, хоча їхній стан часто змушує страждати близьких. Це своєрідна «сила слабкості», як і при великій депресії: хворі утримують увагу до себе своєю нещасливістю та потребою в опіці. Таким чином, дистимія є спробою впоратися з проблемою залежності через розпач, безсилля, смуток і навіть суїцидальні думки [10].

На відміну від депресивних станів наведених вище, у практиці спостерігаються розлади, що поєднують як депресивні, так і протилежні – маніакальні стани. *Біполярний розлад (маніакально-депресивний розлад, біполярно-афективний розлад, БАР)* – це психічний розлад, який раніше мав назву маніакально-депресивний психоз. Така термінологія тривалий час

залишалася загальноприйнятою в клінічній практиці. У сучасній класифікації психічних розладів – DSM-5 (США), а також у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) Всесвітньої організації охорони здоров'я – для цього розладу закріплено назву *біполярний афективний розлад*. Як зазначає І. Марценковський, під цим поняттям розуміють комплексний афективний розлад, який характеризується чергуванням маніакальних (або гіпоманіакальних) і депресивних епізодів, а також можливими змішаними станами. У періоди між епізодами (інтермісіями) можуть зберігатися резидуальні симптоми або прояви коморбідних психічних і поведінкових розладів. Пацієнти з БАР зазвичай мають повторювані цикли патологічних змін настрою, де фази піднесення (манії чи гіпоманії) і пригніченості (депресії) чергуються з періодами відносно стабільного емоційного стану (еутимії) [23]. Отже якщо дистимія є прикладом стабільно зниженого емоційного фону, то біполярний розлад демонструє іншу динаміку афективної сфери – чергування депресії та емоційного збудження.

Окремо (після оновлення МКХ-10 до нової редакції МКХ-11) слід розглядати поняття, яке має назву «післяпологова депресія». Цей стан вирізняється особливим етіологічним механізмом, пов'язаним із періодом вагітності, пологів і раннього материнства що створює достатньо «унікальні» умови для розвитку афективного розладу. *Післяпологова депресія* [8] є одним із найпоширеніших психоемоційних розладів, що виникають у період після народження дитини. Науковці дедалі частіше наголошують, що перехід від самотійного життя до ролі матері є складним процесом, який супроводжується високим рівнем стресу та може становити ризик для психічного здоров'я жінки. Хоча поява дитини зазвичай асоціюється з позитивними емоціями, радощами материнства та новим сенсом життя, цей період нерідко пов'язаний із підвищеним емоційним напруженням, втомою, порушеннями сну та відчуттям невизначеності. Симптоми післяпологової депресії збігаються з клінічними проявами великого депресивного розладу, однак ключовою діагностичною ознакою є її виникнення у післяпологовому

періоді. Сучасні дослідження трактують цей розлад ширше – як частину перинатальної депресії, що може проявлятися в будь-який час протягом першого року після пологів. Окремі наукові праці вказують, що грудне вигодовування може частково зменшувати ризик розвитку емоційних розладів, оскільки підвищений рівень гормону пролактину, який стимулює вироблення молока, сприяє стабілізації психоемоційного стану. Водночас завершення періоду лактації, особливо якщо воно відбувається раптово, може супроводжуватися гормональними змінами, що підвищують вразливість до депресивних симптомів. З огляду на рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2003), згідно з якими грудне вигодовування триває щонайменше шість місяців, ознаки емоційного розладу можуть проявитися навіть через кілька місяців після народження дитини, коли відбувається припинення годування грудьми.

Окрім описаних вище форм депресивних станів, у сучасній психології, зокрема в клінічній її галузі, виокремлюють також низку рідкісних, але важливих у діагностичному та терапевтичному аспектах варіантів депресій. У науковому доробку Л. Півень, Є. Рибитви та Є. Кучеренко описані такі різновиди: *депресія виснаження Кільгольца* – стан, що формується на тлі тривалого психоемоційного перенапруження та втрати внутрішніх ресурсів; *ендореактивна дистимія Вайббрехта* – проміжна форма між особистісною вразливістю та реакцією на зовнішні стресові чинники; *депресія звільнення Бюргер-Принца* – прояв емоційної спустошеності, що виникає після зникнення або втрати значущих зовнішніх обмежень; *екзистенційна депресія Хауфнера* – глибокий психоемоційний стан, пов'язаний із втратою сенсу життя, духовною ізоляцією та почуттям відчуження від соціального середовища. Також до рідких типів науковці відносять *масковані депресії*, *депресія виснаження*, *ендореактивна дистимія*, *депресія звільнення* чи *екзистенційна депресія*, ще раз підкреслює багатогранність і складність феномену депресії, а також різноманітність її етіопатогенетичних механізмів [32]. Це свідчить про те, що депресивні стани не можуть розглядатися одновимірно – вони завжди є

результатом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, які формують індивідуальну картину захворювання в кожному окремому випадку.

Отже, аналіз джерел показує, що депресія є багатокомпонентним психічним феноменом, який поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні прояви. Її сутність полягає у стійкому зниженні настрою, втраті життєвої енергії, мотивації та інтересу до навколишнього світу, що суттєво впливає на соціальне функціонування особистості. Упродовж історії розвитку психології й медицини уявлення про депресію змінювалися, починаючи з опису її як меланхолії, до сучасного розуміння як клінічного та соціально-психологічного розладу. У науковій літературі розрізняють різні види депресивних станів – від легких, реактивних і ситуативних до тяжких, ендогенних чи резистентних. Так само існують й атипові форми (маскована, післяпологова, дистимія, біполярний афективний розлад), які відображають різного роду причини і механізми розвитку цього явища. Усвідомлення форм прояву депресії створює основу для більш глибокого розуміння її природи, механізмів розвитку та ефективних шляхів психологічної допомоги.

1.2. Психологічні чинники формування депресивних станів у період війни

Повномасштабна війна в Україні спричинила глибокі соціально-психологічні наслідки, які позначилися на психічному здоров'ї українців. Військові дії, втрата близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність та постійне відчуття небезпеки створили умови хронічного стресу, що істотно підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних розладів. Зміни у звичному способі життя, невизначеність майбутнього та емоційне виснаження стали типовими реакціями населення на екстремальні обставини, у яких перебуває країна вже понад три з половиною роки.

У реаліях війни людина стикається з великою кількістю стресорів, які глибоко травмують психіку, не пристосовану до таких екстремальних умов. Серед найпоширеніших – сигнали повітряної тривоги, що попереджають про можливі обстріли чи інші загрози, звуки вибухів і стрілянини, постійний моніторинг тривожних новин, страх за власне життя та безпеку близьких, а також відчуття безсилля перед неконтрольованими подіями. Навіть під час тимчасового затишшя напруження не зникає, його підтримує постійна невизначеність і очікування нової небезпеки. Американські та ізраїльські вчені дійшли висновку, що тривале перебування в умовах війни має руйнівний вплив на психічне й фізичне здоров'я людини. Постійний стрес і напруга з часом можуть призвести до розвитку депресії, посттравматичного стресового розладу, формування залежностей, психічних і соматичних розладів, що в цілому спричиняє погіршення морального стану та загального добробуту особистості [47].

Як зазначає Х. Прігерсон (H. Prigerson), війна є джерелом хронічного, виснажливого стресу, який суттєво впливає на мотиваційну сферу людини. Серед цивільних та військових осіб спостерігається зменшення креативності, самоефективності та ентузіазму, погіршення взаємин із близькими, а також зростання агресивності, егоцентризму та прагнення до ізоляції від соціальних контактів [58]. Такі зміни не лише відображають вплив стресу, але й створюють «сприятливий ґрунт» для розвитку депресивних розладів, які стають одним із найпоширеніших психоемоційних наслідків війни.

Депресивні стани [6] мають глибокий і всебічний вплив на фізичне, психічне та соціальне функціонування людини, значно підвищуючи ризик передчасної смертності. Депресія позбавляє людину здатності відчувати задоволення, порушує щоденну активність і знижує якість життя. За результатами епідеміологічних досліджень, депресія має більш руйнівний вплив на соціальне функціонування, ніж такі хронічні соматичні хвороби, як стенокардія, артрит, бронхіальна астма чи діабет. Дослідники відзначають, що депресивні розлади дедалі частіше розглядаються як один із ключових

чинників соціально-економічних втрат, пов'язаних зі станом здоров'я населення, особливо в умовах воєнних дій і тривалого стресу.

Ю. Асєєва та ін. у своєму дослідженні наголошують, що тривожно-депресивні розлади формуються внаслідок взаємодії психологічного та фізіологічного стресу. Екстремальні умови, зокрема військові події, активують гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь, що спричиняє підвищене виділення кортизолу – основного гормону стресу. Тривале збереження його на високому рівні призводить до виснаження нервової системи, порушення емоційної регуляції та когнітивних процесів, що, у свою чергу, впливає на передумови для розвитку депресивних і тривожних розладів. Зовнішні чинники такі як війна, втрата житла, соціальна нестабільність стають хронічними джерелами стресу, які підсилюють відчуття безпорадності, невпевненості та безнадії, що є головними компонентами депресивного стану. Невизначеність майбутнього та постійна загроза життю підтримують стан тривалої напруги, посилюючи рівень тривоги та емоційного виснаження. При цьому реакція на стресові події варіюється індивідуально й залежить від низки факторів:

- психологічних особливостей (люди зі схильністю до тривожності чи депресивності більш уразливі до афективних розладів);
- попереднього досвіду травм, який може підвищувати сприйнятливості до дистресу;
- соціальної підтримки, що виступає захисним чинником (особи, які отримують емоційну підтримку від родини чи громади, менш схильні до формування тривожно-депресивних розладів) [2].

Значущим джерелом емпіричних даних щодо емоційного стану українців [12] є результати національного онлайн-дослідження “Емоційно-психологічний стан українців”, проведеного Українським інститутом майбутнього у лютому 2023 року. У дослідженні взяли участь 1200 респондентів із різних регіонів України (окрім тимчасово окупованих територій). Опитування проводилося методом самооцінки психоемоційного стану протягом останнього місяця. Загальний середній показник фізичного

самопочуття серед українців становив 3,35 бала, тоді як емоційно-психологічного стану – лише 2,94 бала за п'ятибальною шкалою, що свідчить про суттєве емоційне виснаження. Найбільш безпечним місцем респонденти називали власний дім (72%), тоді як у публічних просторах рівень відчуття безпеки був помітно нижчим.

Застосована дослідниками методика оцінювання емоційного стану (EST-Q) дозволила виокремити три основні субшкали:

- Депресивний стан – поєднання пригніченості, втрати інтересу, самозвинувачення, безнадії, дратівливості та тривоги;
- Психологічне виснаження – втома, напруженість, емоційна спустошеність, зниження концентрації;
- Розлади сну – труднощі із засинанням і часті пробудження.

За результатами опитування, близько 40% українців постійно або часто відчувають втому, млявість і порушення сну, а кожен третій – тривогу, напруження, дратівливість і зниження емоційної стійкості. Найбільш поширеними емоціями, що характеризують настрій населення, стали тривога (57%), очікування покращень (46%) і надія (41%), тоді як почуття щастя, радості та задоволення фіксувалися менш ніж у 10% опитаних [33]. Тобто отримані результати свідчать про високий рівень емоційного напруження та депресивних проявів серед населення України, що є природною реакцією на тривале перебування у стані війни. Стрес, втрата відчуття безпеки, обмеження соціальних контактів і постійна тривога за майбутнє призводять до формування депресивних станів різного ступеня важкості. Такі тенденції вказують на нагальну потребу у розвитку системи психологічної підтримки, просвітницьких програм і доступу до психотерапевтичної допомоги, особливо серед соціально вразливих груп. Збереження психічного здоров'я громадян в умовах війни стає важливою складовою національної стійкості та відновлення українського суспільства.

Тенденції зростання емоційного напруження та поширеності депресивних станів серед українців підтверджуються й окремими

емпіричними дослідженнями, які фіксують специфіку проявів тривожності та депресії у різних соціальних групах. Так Н. Шиліна [46] у своєму дослідженні виявила, що рівень депресивних проявів і показники особистісної тривожності є вищими серед студентів-біженців порівняно з іншими категоріями молоді. Науковиця зазначає, що рівень тривожності та депресивних проявів серед студентів різних категорій суттєво відрізняється залежно від умов їхнього проживання. Зокрема, найвищі показники депресивних станів і особистісної тривожності спостерігаються серед студентів-біженців, тоді як внутрішньо переміщені особи та ті, хто залишився у своїх населених пунктах, демонструють нижчі рівні цих показників. У той же час ситуативна тривожність виявилася більш вираженою у студентів, які перебувають в Україні. Авторка пояснює це тим, що ситуативна тривожність тісно пов'язана з потребою швидко реагувати на загрозові обставини, тому в таких умовах природно активізуються стани збудження, готовності до дії та адаптаційної мобільності. Натомість у студентів, які перебувають за кордоном, відсутність безпосередньої загрози життю поєднується з труднощами соціальної адаптації – необхідністю пристосуватися до нових культурних норм, засвоїти мову, інтегруватися в інше суспільне середовище. Це, своєю чергою, зумовлює інші форми емоційного реагування – пасивність, апатію, підвищену втомлюваність і зниження загальної активності.

Разом з тим Ю. Кузьменко у своїй роботі зосереджується на психологічних особливостях осіб, які пережили втрату близьких через війну в Україні. Дослідниця підкреслює, що втрата впливає на когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну сфери функціонування особистості, змінюючи спосіб сприйняття себе та навколишнього світу. Серед основних психологічних проявів реакції на втрату виділено: плач, агресивні або істероїдні реакції, депресивні стани (іноді з елементами психотичної симптоматики), страх, провини, рухове збудження, нервові тремтіння, апатію, а також порушення смислової цілісності особистості та втрату відчуття внутрішньої єдності. Такі зміни часто супроводжуються загостреним

відчуттям унікальності власного болю, що може призвести до дезорганізації психічної діяльності та труднощів соціальної адаптації. На початковому етапі переживання втрати зазвичай проявляється як гостра стресова реакція (ГСР), яка за наявності додаткових психотравмувальних чинників (зокрема, через загибель близьких) може перерости у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Психоемоційний стан таких осіб характеризується чергуванням періодів емоційного збудження та апатії, що свідчить про глибоку внутрішню дестабілізацію [22].

Оскільки депресивні стани пов'язані не тільки з психологічною, а й мають виражену нейробіологічну складову, у межах нашого дослідження доцільно спиратися на висновки нейропсихіатрів, які дозволяють глибше зрозуміти механізми впливу стресу та війни на мозок і психіку людини. Як зазначає Н. Отрощенко, сучасна нейропсихіатрія стикається з серйозним викликом – стрес-індукованими розладами, спричиненими війною, які набули масштабного поширення у світі. За даними досліджень, депресію мають близько 28,9% постраждалих, тривогу – 30,7%, а посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) спостерігається у 23,5% населення. В Україні ці тенденції набули серйозного характеру через низку потужних психотравмувальних подій останніх десятиліть: Чорнобильську катастрофу, пандемію COVID-19, затяжну гібридну війну на сході та півдні країни, що згодом переросла у повномасштабне вторгнення. Усі ці події створили глибоку кризу психічного здоров'я та стали серйозним випробуванням для суспільства й медичної системи. Фахівці виділяють кілька механізмів формування психопатологічних розладів під впливом стресу – стресорний, психосоматичний, соматопсихічний і церебральний. До останнього належать порушення соматоневрологічного та цереброваскулярного характеру, що впливають на роботу мозку. Клінічні та психометричні дослідження демонструють, що у постраждалих переважають емоційні, поведінкові та когнітивні прояви постстресових тривожних і депресивних розладів. Руйнівальні наслідки тривалого стресу можуть порушувати нейрохімічні процеси, баланс

нейромедіаторів і нервову передачу, що, виступає одним із ключових патогенетичних механізмів розвитку депресії, спричиненої дистресом [31].

Таким чином, результати численних досліджень свідчать, що війна в Україні спричинила глибоку кризу психічного здоров'я населення, яка проявляється переважно у формі тривожно-депресивних розладів, емоційного виснаження, посттравматичного стресового розладу та порушень адаптації. Хронічний стрес, постійна загроза життю, втрата близьких, вимушене переміщення й соціальна нестабільність створюють довготривале психотравмувальне середовище, яке негативно впливає на всі рівні функціонування особистості: емоційний, когнітивний, поведінковий і нейробиологічний. Емпіричні дані підтверджують значне поширення емоційного виснаження та пригніченості у різних соціальних групах, що свідчить про потребу у розробці масштабних програм психологічної підтримки та реабілітації. Саме тому подальший розгляд доцільно зосередити на механізмах психологічного копіngu, оцінці індивідуальної реакції на стресові події та шляхах формування ефективних стратегій подолання депресивних станів в умовах війни.

1.3. Копінг-стратегії та стресостійкість як модератори депресивних станів

В умовах затяжної війни психіка людини зазнає потужного впливу хронічного стресу, який вимагає від неї значних адаптаційних ресурсів. Як було зазначено вище, депресивні та тривожні стани є типовою реакцією на надмірне психоемоційне навантаження, втрату відчуття безпеки та невизначеність майбутнього. У таких обставинах особливої актуальності набуває проблема психологічного копіngu – системи внутрішніх і зовнішніх стратегій, які допомагають людині справлятися зі стресовими ситуаціями, зберігати психічну рівновагу та підтримувати базове відчуття контролю над власним життям.

Поняття копіngu (від англ. cope – «впоратися», «подолати», «пережити») трактується як [15] сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових зусиль, спрямованих на подолання труднощів і стресових ситуацій, що виникають у процесі взаємодії людини з навколишнім середовищем.

Кожен із цих компонентів виконує свою специфічну функцію:

- *когнітивні зусилля* полягають в аналізі проблеми, пошуку її причин, плануванні дій і розробленні можливих шляхів вирішення;
- *емоційні зусилля* допомагають людині регулювати внутрішні переживання, знижувати напруження та знаходити емоційну підтримку серед близьких;
- *поведінкові зусилля* передбачають реалізацію конкретних дій, спрямованих на досягнення бажаного результату чи зміну ситуації.

Копінг-поведінка охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові механізми, спрямовані на зниження дистресу, адаптацію до змінених умов і збереження особистісної цілісності. З позиції когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), процес подолання стресу включає два ключові компоненти: *оцінку ступеня загрози* (тобто інтерпретацію події як небезпечної, неконтрольованої чи такої, що перевищує особисті ресурси) та вибір *власної стратегії копіngu* – активної або пасивної, проблемно-орієнтованої чи емоційно-орієнтованої. Саме спосіб, у який людина осмислює подію та реагує на неї, визначає ризик розвитку або подолання депресивних проявів.

Дослідження копінг-стратегій в контексті війни має ще більш важливе значення, адже ефективне подолання труднощів є не тільки питанням власного благополуччя, а й чинником суспільної стійкості. Розуміння того як працюють механізми когнітивної оцінки загрози та вибір стратегії подолання можуть дозволити краще зрозуміти чому одним людям вдається зберігати внутрішню рівновагу навіть у страшних смертельно-небезпечних умовах, тоді як в інших проявляється схильність до депресивних та тривожних реакцій.

Важливо розмежовувати поняття копінг-стратегій та психологічних захисних механізмів, оскільки попри їхню спільну мету вони відрізняються

рівнем усвідомленості, гнучкістю та адаптивністю. Л. Степаненко, спираючись на дослідження І. Никоненко [42], зазначає, що між механізмами психологічного захисту та копінг-стратегіями існують принципові відмінності. Механізми психологічного захисту діють несвідомо, автоматично знижуючи напруження шляхом викривлення реальності для збереження цілісності психіки, тоді як копінг-стратегії – це свідомі, цілеспрямовані дії, спрямовані на активне подолання стресової ситуації. Захисні механізми активізуються миттєво, забезпечуючи короточасне зниження тривоги, але не усувають першопричину проблеми. Натомість копінг-стратегії вимагають більших когнітивних, емоційних та поведінкових зусиль, однак сприяють реальному вирішенню ситуації та довготривалій адаптації. Таким чином, обидва ці механізми виконують адаптаційну функцію, але на різних рівнях: захист забезпечує тимчасову стабілізацію емоційного стану, тоді як копінг формує ефективну стратегію саморегуляції, допомагаючи людині зберегти контроль і знайти шляхи виходу зі стресогенних обставин. Разом вони виступають взаємодоповнюючими елементами системи психологічної саморегуляції.

Вагомий внесок у вивчення феномену копінг-стратегій зробили R. S. Lazarus та S. Folkman, яких вважають засновниками цього напрямку досліджень. Після публікації праці Р. Лазаруса «Psychological Stress and Coping» (1984 р.) [57] поняття копіngu почали розглядати як ключовий стабілізуючий механізм, що допомагає людині підтримувати психологічну рівновагу та соціальну адаптацію під час дії стресових факторів. Згідно з транзакційною моделлю стресу, розробленою авторами, стрес і пов'язані з ним емоції є результатом взаємодії між індивідом і середовищем, а характер емоційного реагування визначається суб'єктивною оцінкою ситуації людиною та особливостями контексту, у якому відбувається подія. Використовуються поняття *копінг*, *копінг-стратегії*, *копінг-стилі* та *копінг-поведінка* для позначення індивідуальних способів адаптації людини до складних життєвих ситуацій. Під такими ситуаціями розуміють обставини, що об'єктивно

порушують звичний перебіг життя особистості та створюють труднощі для її самостійного подолання. Основне призначення копінг-поведінки полягає в оптимізації пристосування людини до вимог середовища – шляхом активного впливу на ситуацію, зменшення її стресогенного потенціалу або поступового прийняття. Як зазначає Р. Лазарус, головна мета копінгу полягає у збереженні психологічної рівноваги, фізичного та психічного здоров'я, а також у підтриманні задоволеності міжособистісними взаєминами [56, 57].

У науковій літературі представлено велику кількість класифікацій копінг-стратегій. Н. Родіна зазначає, що на сьогодні у психологічній науці не існує єдиного підходу до розуміння процесу подолання стресу та універсальної класифікації копінг-стратегій. У науковому дискурсі представлено кілька провідних концепцій, серед яких транзакційна теорія, когнітивно-мотиваційно-міжособистісна модель, теорія атрибуції мотивації та емоцій, а також ресурсні й проактивні підходи, що розкривають різні аспекти процесу адаптації людини до стресових обставин [36]. У межах нашого дослідження інтерес становить поділ на активний і пасивний копінг, описаний у монографії Л. Карамушки та Ю. Снігур. Авторки зазначають, що активна копінг-поведінка передбачає усвідомлене, цілеспрямоване реагування, спрямоване на усунення або зменшення впливу стресової ситуації. Натомість пасивний копінг орієнтований переважно на емоційне розвантаження, а не на розв'язання проблеми, й базується на використанні механізмів психологічного захисту або стратегії уникнення. Попри це, дослідники зауважують, що певні форми уникнення можуть мати активний характер, коли людина свідомо дистанціюється від подразника для збереження внутрішніх ресурсів. Копінг, орієнтований на розв'язання проблеми, доведено знижує рівень дистресу й депресивних проявів, тоді як емоційно-орієнтовані або уникаючі стратегії часто призводять до поглиблення симптомів депресії та посилення дезадаптивної поведінки. До форм уникнення належать занурення у хворобу, зловживання алкоголем чи наркотиками, а крайнім проявом – суїцидальні дії. Така стратегія вважається неефективною, оскільки не усуває проблему, а лише

тимчасово зменшує емоційне напруження, з часом погіршуючи як психічний стан, так і загальне здоров'я людини [15].

У процесі копіngu важливу роль відіграє когнітивна оцінка ситуації, яка має два основні етапи: первинний та вторинний. На етапі первинної оцінки людина сприймає подію як можливу втрату, загрозу або виклик. Якщо ситуація асоціюється з втратою, вона сприймається як така, що завдала шкоди; у разі її оцінки як загрози – очікується можливість труднощів чи негативних наслідків; якщо ж подія розглядається як виклик, особа бачить у ній можливість для розвитку та особистісного зростання. Під час вторинної оцінки людина аналізує власні ресурси: фізичні, психологічні, соціальні для подолання ситуації або пом'якшення її наслідків. Р. Лазарус і С. Фолькман також виокремлюють поняття «ситуаційної оцінки контролю», що відображає ступінь впливу, який особа відчуває щодо перебігу подій і можливості їх змінити [56].

Незалежно від масштабу чи складності життєвих ситуацій, вибір копінг-стратегій відображає індивідуальні особливості організації зусиль людини – їхню спрямованість, інтенсивність і характер. Як зазначає Л. Степаненко, ефективність подолання стресових або складних життєвих обставин визначається суб'єктивною оцінкою задоволеності результатом, що проявляється у відчутті гармонії з собою, позитивному ставленні до життя та якісних взаєминах із оточенням [42].

Особливо важливим є вибір копінг-стратегій під час воєнних дій, оскільки саме вони визначають рівень фізичного та психічного благополуччя, а також здатність адаптуватися до екстремальних умов. Правильне застосування ефективних стратегій подолання стресу може стати ключовим чинником підтримання внутрішньої рівноваги та життєстійкості особистості:

1. підтримання психічного здоров'я. Ефективні копінг-стратегії допомагають людині конструктивно виражати та регулювати емоції, що сприяє стабільності психічного стану в умовах війни. Застосування підходів, спрямованих на розвиток ментальної стійкості, підтримує позитивне

ставлення до життя та емоційну врівноваженість. Водночас використання деструктивних способів, таких як зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами, навпаки, поглиблює психічні проблеми та підвищує ризик залежностей;

2. збереження фізичного благополуччя. До конструктивних стратегій належать ті, що включають фізичну активність або турботу про здоровий спосіб життя, адже вони допомагають підтримувати соматичне здоров'я, яке часто перебуває під загрозою під час війни. Однак необдумане використання ризикованих форм поведінки може мати негативні наслідки для фізичного стану;

3. підтримка соціальних зв'язків. Активні копінг-стратегії, засновані на взаємодії та співпраці, сприяють формуванню соціальної підтримки, що є важливим ресурсом у подоланні стресу та зміцненні почуття єдності. Натомість вибір унікальних чи ізоляційних стратегій може призвести до соціальної відчуженості та погіршення психоемоційного стану;

4. ефективне управління стресом. Коректно підібрані копінг-стратегії дозволяють адаптуватися до стресових подій, зберігаючи внутрішню рівновагу та контроль над емоціями. Проте неадекватний вибір способів подолання часто призводить до посилення напруги, емоційного виснаження та загального погіршення психічного стану [28].

І. Ушакова та ін., використовуючи методику «Способи копінг поведінки», яка була розроблена Р. Лазарусом та С. Фолькманом, проаналізували копінг стратегії українців під час воєнного стану. Результати дослідження показали, що респонденти використовують різні копінг-стратегії (автори методики виділяють вісім: конфронтація; дистанціювання; самоконтроль; пошук соціальної підтримки; прийняття відповідальності; втеча-уникнення; планування вирішення проблем; позитивна переоцінка), серед яких найчастіше конфронтаційний копінг, пошук соціальної підтримки та прийняття відповідальності. Близько 58,8% опитаних схильні до імпульсивних дій із елементами конфліктності, що ускладнює планування,

прогнозування результатів і знижує цілеспрямованість поведінки, перетворюючи копінг-реакції радше на спосіб емоційного розрядження. Понад половина учасників (57,4%) активно залучає соціальну підтримку – звертається по допомогу, пораду чи емоційне підкріплення, що свідчить про мобілізацію зовнішніх ресурсів у складних ситуаціях. Майже половина (47%) респондентів визнає власну відповідальність за виникнення проблем і прагне самотійно їх розв'язати, однак іноді це супроводжується надмірною самокритикою. Найменше проявленими виявилися стратегії самоконтролю та планування вирішення проблем – попри те, що саме вони вважаються найбільш ефективними. Ймовірно, тривалий воєнний стрес знижує здатність людини до глибокого аналізу ситуацій і довгострокового планування, що негативно впливає на рівень її саморегуляції [44]. Таким чином, результати дослідження свідчать, що в умовах тривалого стресу більшість людей обирають емоційно забарвлені та реактивні копінг-стратегії, спрямовані на швидке зниження напруження, а не на системне вирішення проблем. Це вказує на потребу розвитку навичок саморегуляції, планування та конструктивного подолання стресу, що має стати важливою складовою психологічної підтримки населення в умовах війни.

Одним зі способів вирішення цього питання є КПТ (Когнітивно-поведінкова терапія), оскільки, як зазначають С. Хобфолл (S. Hobfoll), П. Ватсон (P. Watson) та ін. у своєму науковому доробку, основною рисою воєнної травматизації є надмірна кількість стресогенних чинників, що виходять за межі безпосередньої загрози життю. До них додаються втрата близьких, руйнування усталених соціальних і культурних норм, вимушене переселення та інші форми життєвих втрат. Унаслідок цього відбувається порушення когнітивних схем особистості, які раніше забезпечували відчуття стабільності та безпеки. Дослідження показують, що особи, які пережили бойові дії, частіше демонструють схильність до негативних автоматичних думок і катастрофічного тлумачення власних переживань. Такі зміни призводять до зростання відчуття безпорадності, тривожності та руйнування

цілісного образу «Я» [55]. Когнітивно-поведінкова терапія сьогодні розглядається як один із найефективніших підходів для збереження й відновлення цілісної ідентичності, особливо в умовах глибокої травматизації спричиненої війною. Її сила полягає у структурованості процесу: поступово, крок за кроком, людина проходить шлях від розуміння власного стану й переосмислення деструктивних переконань до інтеграції нового досвіду у своє життя та формування більш зрілого, стійкого самосприйняття. Перспективним напрямом подальших досліджень є розроблення культурно й контекстуально адаптованих протоколів КПТ, а також розширення доказової бази для різних груп постраждалих: військових, ветеранів, цивільних та переселенців. Застосування такого підходу сприятиме плідній психологічній допомозі тим, хто прагне відновити внутрішню рівновагу й повернути відчуття цілісності після пережитих воєнних подій [9]. Отже, когнітивно-поведінкова терапія виступає не лише методом подолання наслідків психічної травми, а й інструментом особистісного відновлення та зміцнення психологічної стійкості. Її застосування дає змогу людині краще впоратися зі стресом та відновити здатність до повноцінного життя навіть після глибоких потрясінь.

Висновки до першого розділу

У ході теоретичного аналізу проблеми депресивних станів було з'ясовано, що депресія є складним багатофакторним феноменом, який поєднує у собі біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Вона проявляється не лише у зміні емоційного стану, а й у порушенні мислення, поведінки, мотивації та фізичного самопочуття. Розгляд різних видів депресивних станів показав, що за своєю природою депресія може мати як клінічний, так і субклінічний характер, але в обох випадках суттєво впливає на якість життя людини, її соціальні зв'язки та самосприйняття.

Аналіз наслідків війни для психічного здоров'я населення України засвідчив, що тривале перебування у стані хронічного стресу, втрати,

невизначеності та небезпеки сприяє формуванню депресивних і тривожних станів різного ступеня важкості. Війна позбавляє людину базового відчуття стабільності та безпеки, змінює звичну систему цінностей і життєвих орієнтирів. Результати національних опитувань підтверджують: значна частина українців переживає втому, апатію, розлади сну, емоційне виснаження, підвищену тривожність і безнадійність щодо майбутнього. Такі реакції є природною, але водночас небезпечною відповіддю психіки на надмірну кількість травмувальних подій. Психологічні та нейропсихіатричні дослідження свідчать, що тривалий вплив стресу порушує нейрохімічні процеси мозку, зокрема баланс нейромедіаторів, що підсилює прояви депресії та ускладнює відновлення емоційної рівноваги.

Окрему роль у збереженні психічного здоров'я під час війни відіграють копінг-стратегії як свідомі способи подолання стресу, що допомагають людині адаптуватися до складних обставин. У сучасній психології копінг розглядається як система когнітивних, емоційних і поведінкових зусиль, спрямованих на контроль або зміну стресової ситуації. На відміну від механізмів психологічного захисту, які діють автоматично, копінг передбачає свідомі дії вирішення проблеми та пошук рішень. В умовах воєнного стану вибір стратегії копіngu стає критично важливим: активні стратегії (планування, пошук підтримки, прийняття відповідальності) сприяють адаптації та зниженню рівня дистресу, тоді як пасивні (уникнення, емоційне відсторонення, самозвинувачення) можуть посилювати депресивні симптоми та втрату контролю над ситуацією.

Особливе значення у цьому контексті має когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка зарекомендувала себе як один із найефективніших підходів у роботі з депресивними та тривожними станами. КПТ дає змогу людині усвідомити зв'язок між думками, емоціями та поведінкою, розпізнати деструктивні переконання й поступово замінити їх на більш адаптивні. Під час воєнного стану цей підхід допомагає інтегрувати новий досвід у власну

історію життя, зменшити почуття безпорадності й відновити внутрішню цілісність та самоповагу.

Підсумовуючи, можна сказати, що депресивні стани, викликані війною, є багатофакторною проблемою, яка потребує системної підтримки. Ефективна робота з ними має поєднувати психотерапевтичні, освітні та профілактичні заходи, спрямовані на розвиток емоційної стійкості, навичок саморегуляції й конструктивного копіngu. Саме формування таких механізмів подолання може стати основою психологічного відновлення українців і важливою умовою післявоєнної реінтеграції суспільств

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Методологічні засади та організація дослідження

Метою емпіричного дослідження було виявлення особливостей стресових реакцій, рівня депресивної та тривожної симптоматики, а також аналіз провідних стратегій подолання стресу серед українців, які перебувають у реаліях повномасштабної війни. Актуальність цього завдання зумовлена тим, що тривалий воєнний стрес спричиняє значні психологічні навантаження, які можуть трансформувати як емоційні стани людини, так і її способи поведінкового реагування. Тому комплексна оцінка цих параметрів дозволяє глибше зрозуміти, як саме сучасні українці адаптуються до складних умов життя та які копінг-механізми виявляються для них найбільш характерними.

Для досягнення поставленої мети було реалізовано поетапну програму емпіричного дослідження, що включала кілька послідовних блоків.

Першим етапом дослідження стало збирання соціально-демографічних даних, що дозволило сформувати деталізований портрет вибірки та забезпечило можливість подальшого порівняльного аналізу за різними групами. У дослідженні взяли участь 44 респонденти у віковому діапазоні від 19 до 79 років, чоловічої та жіночої статі, різного соціального статусу та життєвих умов. Опитування проводилося в онлайн-форматі (Google-форма URL: https://docs.google.com/forms/d/1mXaYVnXRFxc5SrMFN6cb-FB73x3mFpyY5m-DpY_aPD0/edit?usp=drive_web&ouid=102346160351713023592), що дало змогу охопити учасників із різних регіонів України та тих, хто тимчасово перебуває за кордоном.

Соціально-демографічний блок включав такі питання як: вік; стать; рівень освіти; сімейний стан; наявність дітей; основний вид діяльності; перебування в зоні бойових дій; статус внутрішньо переміщеної особи; досвід втрати близьких через війну; наявність постійної соціальної підтримки;

самооцінку матеріального становища. Ці дані дозволили окреслити контекст, у якому перебувають учасники, і стали важливим підґрунтям для подальшої інтерпретації психометричних результатів.

На другому етапі було проведено комплексну психодіагностику з використанням чотирьох валідних і широко застосовуваних у міжнародній практиці інструментів. Кожна методика охоплює різні аспекти емоційного реагування й поведінкової адаптації, що забезпечило багаторівневе дослідження психоемоційного стану особистості.

1) Шкала сприйнятого стресу PSS-10 (Sheldon Cohen) [7]. PSS є однією з найбільш валідних і популярних методик у світі для вимірювання *суб'єктивного рівня стресу*, тобто того, як людина оцінює ступінь неконтрольованості та напруженості свого життя. Методика складається з 10 тверджень, які відображають: відчуття перевантаженості; труднощі в контролі ситуації; напруженість та тривогу; реакції на несподівані події. PSS-10 дозволяє оцінити *актуальний рівень стресового навантаження*, що є особливо важливим у контексті хронічної воєнної загрози.

2) Шкала депресії Цунга (SDS) [27]. Це один із найпоширеніших інструментів для виявлення *клінічно значущих симптомів депресії*. Методика оцінює такі показники: емоційний фон; когнітивні порушення (негативні думки, песимізм); соматичні прояви депресії (втома, порушення сну, апетиту); поведінкові зміни. Шкала дозволяє визначити як легку, так і більш виражену депресивну симптоматику, що робить її цінною для популяційних досліджень під час війни.

3) DASS-21 [25] – шкала депресії, тривоги та стресу. Ця методика вимірює *три окремі емоційні домени*: депресію (втрата інтересу, пригніченість, безнадійність); тривогу (напруга, фізіологічна збудливість, відчуття страху); стрес (перевантаження, дратівливість, зниження толерантності). DASS-21 є чутливою до *ситуаційних змін* і дозволяє побачити, як саме війна впливає на емоційне функціонування людини.

4) Шкала SACS Г. Хобфолла (Strategic Approach to Coping Scale) [26]. Шкала SACS є одним із найдетальніших інструментів для оцінки *поведінкових стратегій подолання стресу*. Вона не просто фіксує наявність копінгів, а класифікує їх за типом активності: асертивні дії (конструктивні способи впливу на ситуацію); агресивні дії (імпульсивні та конфліктні реакції); уникнення (пасивно-захисні форми поведінки); соціально орієнтовані стратегії (пошук підтримки та взаємодії); непрямі дії (обхід проблеми, відкладання рішень); антисоціальні форми поведінки (маніпуляції, тиск). Ця методика дозволяє зрозуміти, *які стратегії є домінантними*, які конструктивними, а які – ризиковими, що є особливо актуально в умовах хронічного стресу та небезпеки.

Після збору даних було проведено кількісний аналіз показників за всіма шкалами, а також їх якісну інтерпретацію у контексті психологічної адаптації. Окрема увага приділялася: інтенсивності стресових реакцій, рівню тривоги та депресії, вираженості копінг-стратегій, співвідношенню конструктивних та деструктивних стратегій, взаємозв'язку між емоційними проявами й поведінковими реакціями. Такий підхід дав змогу сформулювати цілісне уявлення про психологічний стан вибірки. Використані методики дозволили простежити як суб'єктивне переживання стресу й емоційного виснаження, так і конкретні поведінкові способи, до яких люди вдаються, намагаючись адаптуватися до реалій воєнного часу. Це створює надійну основу для подальшої аналітичної частини роботи та глибшого розуміння особливостей психологічної стійкості українців.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Для опрацювання емпіричних даних було використано методи описової статистики (обчислення середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних та максимальних показників), кореляційний аналіз Пірсона [38] для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними, а також U-

критерій Манна–Уїтні для порівняння показників у різних соціально-демографічних групах. Статистичний аналіз проводився на вибірці з 44 респондентів, які повністю заповнили усі опитувальники.

Загальний рівень депресії, тривоги та стресу. Описові статистики за основними психодіагностичними шкалами подано в табл. 2.1. Середній показник сприйманого стресу за шкалою PSS-10 становить $M=19,86$ бала ($SD=7,74$) при можливому діапазоні 0–40 балів, що свідчить про загалом підвищений рівень суб'єктивного напруження у досліджуваних. Середній рівень депресивної симптоматики за шкалою Цунга дорівнює $M=54,80$ бала ($SD=11,42$), що відображає наявність клінічно серйозних проявів депресивного афекту у частини респондентів.

Таблиця 2.1.

Сприйнятий стрес	44	19,86	7,74	5	36
Самооцінка депресії	44	54,8	11,42	29,17	73,61
Депресія (ДАСС-21)	44	13,36	10,78	0	42
Тривоги (ДАСС-21)	44	11,59	10,19	0	36
Стрес (ДАСС-21)	44	19,82	11,83	0	42

За опитувальником DASS-21 було отримано такі середні значення: депресія – $M=13,36$ бала ($SD=10,78$), тривога – $M=11,59$ бала ($SD=10,19$), стрес – $M=19,82$ бала ($SD=11,83$). Найвищими є показники стресу, дещо нижчими – депресії та тривоги, однак усі три компоненти емоційного неблагополуччя демонструють досить широкий розкид значень (від 0 до 42 балів). Розподіли оцінок за PSS-10 та субшкалами DASS-21 мають виражену асиметрію у бік підвищених значень, що вказує на наявність групи осіб із високим рівнем депресивних та тривожно-стресових проявів (рис. 2.1–2.4).

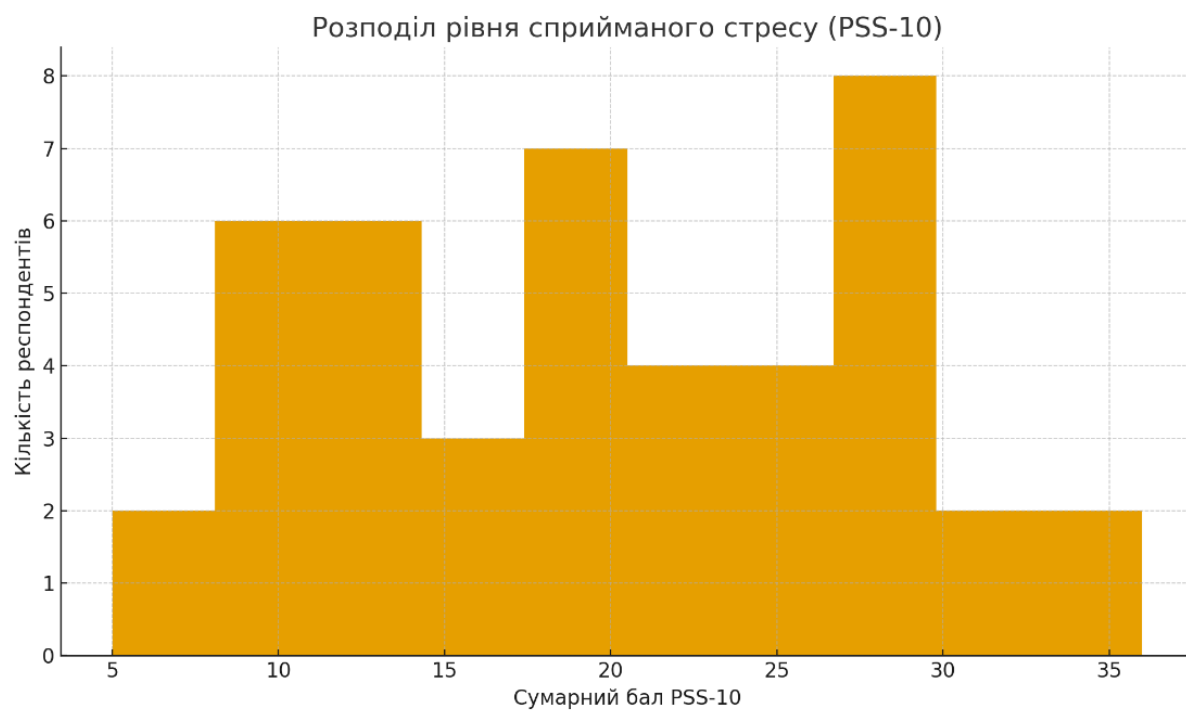


Рис. 2.1. Розподіл рівня сприйманого стресу (PSS-10)

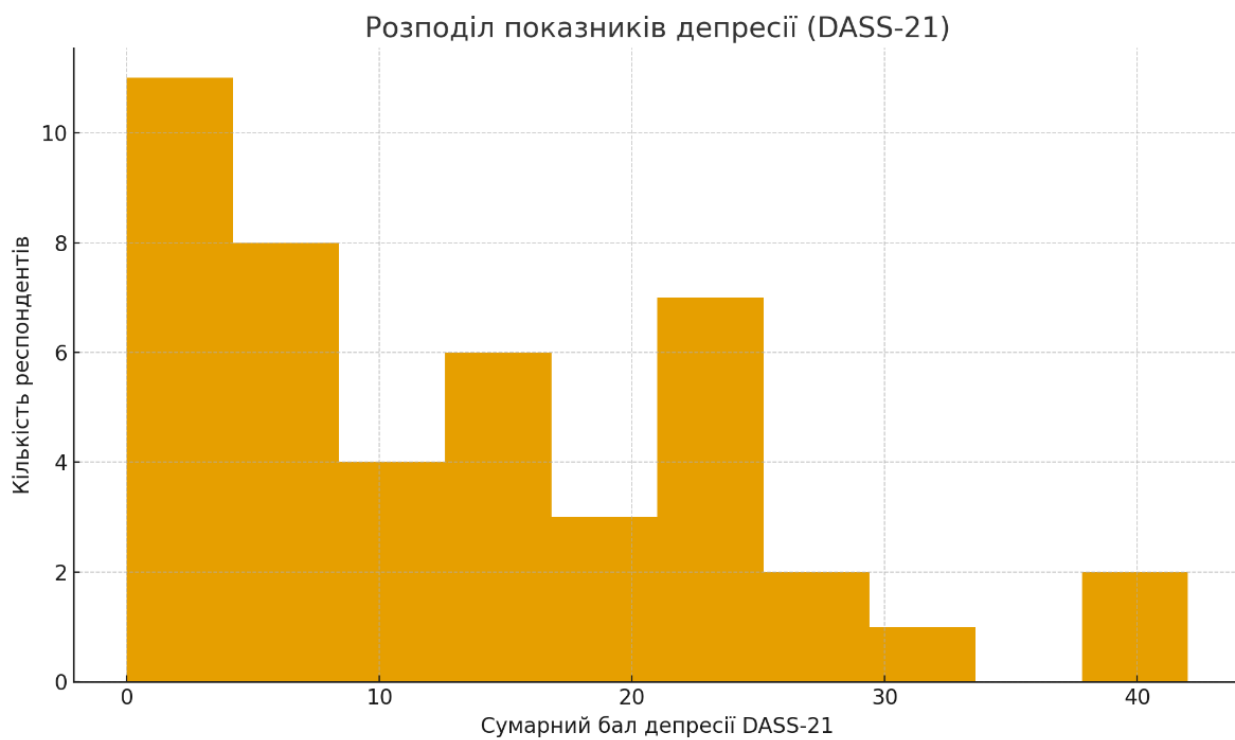


Рис. 2.2. Розподіл показників депресії (DASS-21)

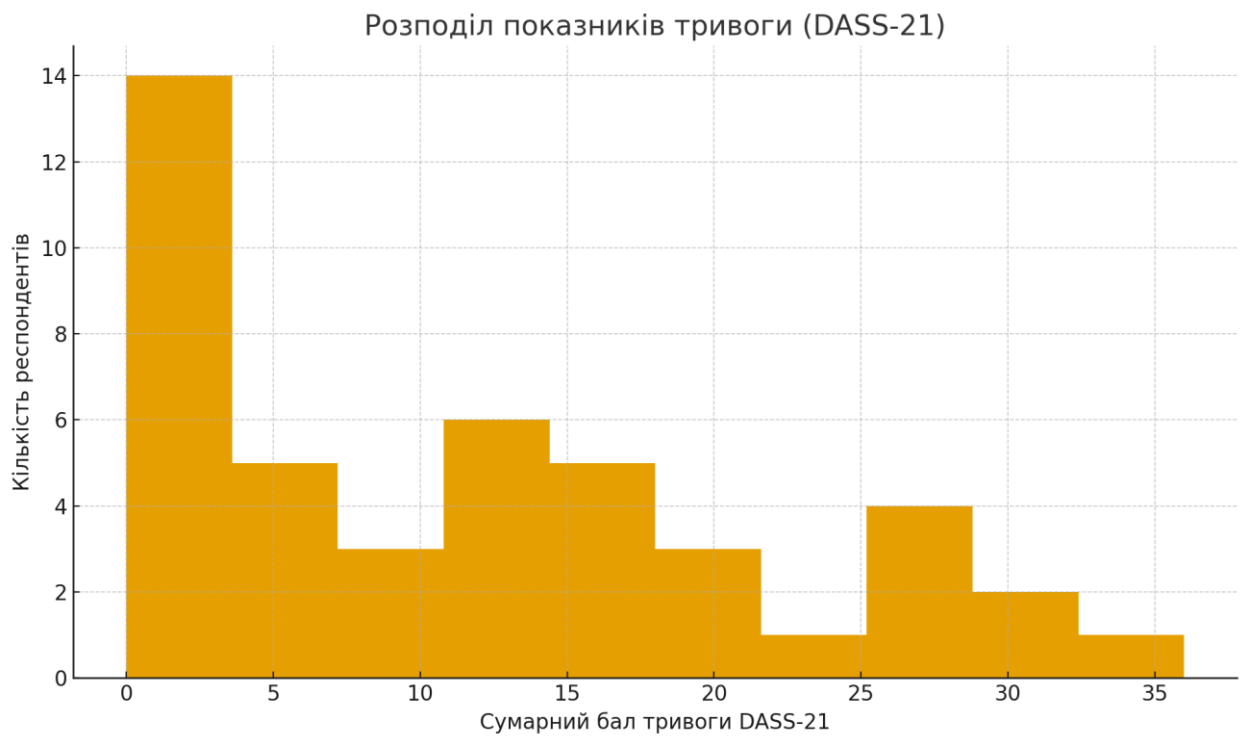


Рис. 2.3. Розподіл показників тривоги (DASS-21)

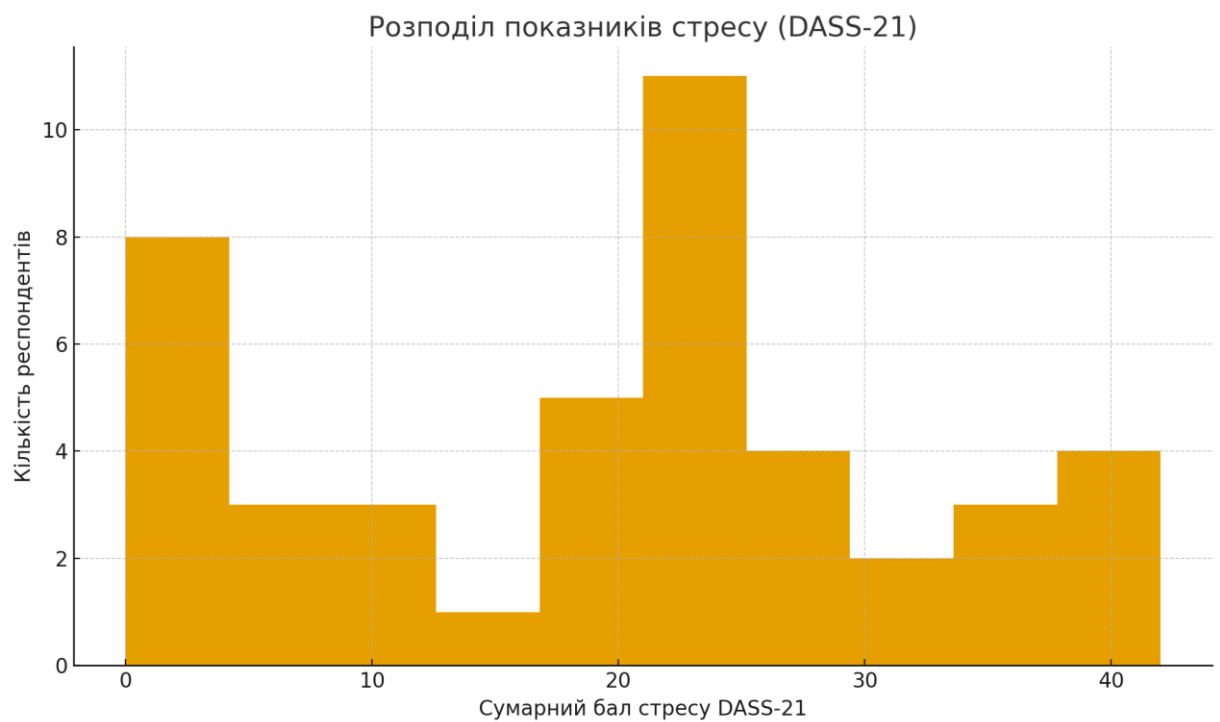


Рис. 2.4. Розподіл показників стресу (DASS-21)

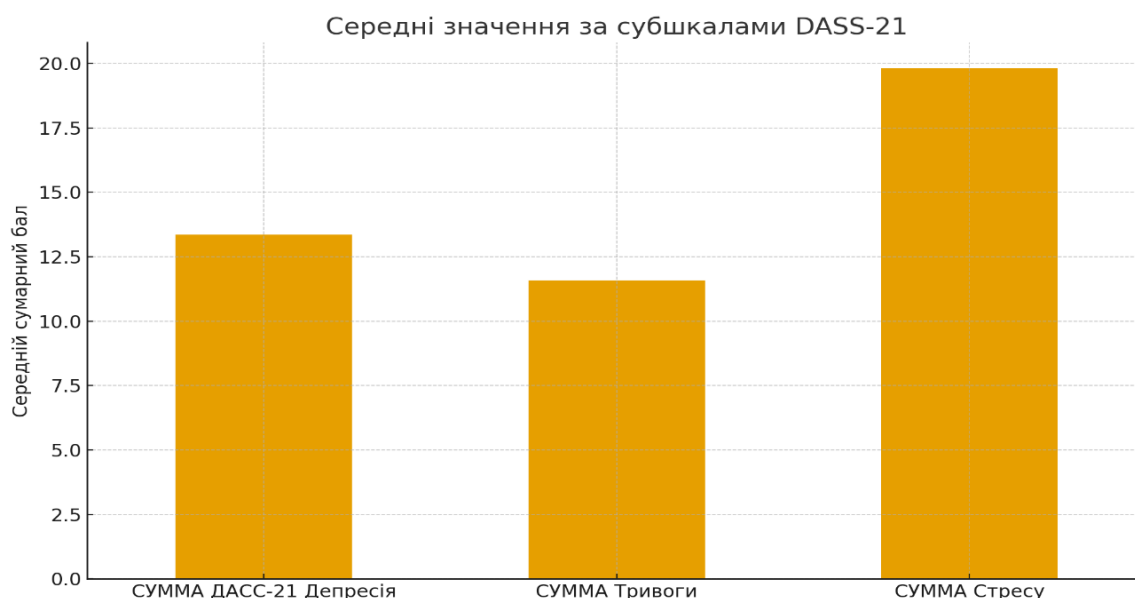


Рис. 2.5. Середні значення за субшкалами (DASS-21)

Фактори війни як джерело психологічного напруження. Додатково респонденти оцінювали суб'єктивний вплив різних наслідків війни: загрози життю, погіршення побутових умов, матеріального становища, перспектив особистого майбутнього та некомфортного соціального оточення. Найбільший середній бал отримав фактор «перспективи майбутнього» ($M=3,66$; $SD=1,33$), дещо нижчими виявилися оцінки загрози життю ($M=3,39$; $SD=1,30$) та погіршення матеріального становища ($M=3,25$; $SD=1,24$). Отже, для опитаних українців найбільш стресогенними є саме екзистенційні та економічні аспекти війни, пов'язані з невизначеністю майбутнього та втратою відчуття безпеки.

Таблиця 2.2.

	п (кількість)	М (сер. знач.)	SD (серед. відх.)	Min (мін. знач.)	Max (макс. знач.)
Загроза життю	44	3,39	1,3	1	5
Погірш. побуту	44	2,77	1,03	1	5
Погірш. матеріал.	44	3,25	1,24	1	5
Персп. майбутнього	44	3,66	1,33	1	5
Некофм. оточення	44	2,64	1,06	1	5

Кореляційний аналіз показав, що всі психічні симптоми значуще пов'язані з оцінкою впливу окремих воєнних факторів. Зокрема, некомфортне

соціальне оточення має найтісніший зв'язок з депресивними, тривожними та стресовими проявами ($r \approx 0,52-0,60$; $p < 0,001$), а також зі сприйманим стресом і депресією за Цунгом. Погіршення матеріального становища та песимістичні перспективи майбутнього також корелюють із рівнем депресії, тривоги та стресу ($r \approx 0,36-0,48$; $p \leq 0,05$). Це дає підстави стверджувати, що депресивні стани українців у воєнний час значною мірою зумовлені поєднанням економічної нестабільності, втрати соціальної підтримки та відчуття невизначеності майбутнього.

Таблиця 2.3.

	Загроза життю	Погірш. побуту	Погірш. матеріал.	Персп. майбутнього	Некофм. оточення
Сприйнятий стрес	0,3	0,33	0,37	0,45	0,56
Самооцінка депресії	0,21	0,28	0,43	0,38	0,56
Депресія (ДАСС-21)	0,09	0,29	0,48	0,32	0,6
Тривога (ДАСС-21)	-0,05	0,29	0,36	0,25	0,52
Стрес (ДАСС-21)	0,22	0,27	0,42	0,43	0,56

Взаємозв'язок депресії, тривоги та стресу. Матриця кореляцій між основними шкалами наведена в табл. 2.4. Між усіма показниками психічного неблагополуччя виявлені сильні зв'язки. Зокрема, рівень депресії за шкалою Цунга тісно корелює з депресією ($r=0,82$; $p < 0,001$), тривогою ($r=0,74$; $p < 0,001$) та стресом ($r=0,81$; $p < 0,001$) за DASS-21. Показник сприйманого стресу (PSS-10) також демонструє високі кореляції з депресією ($r=0,69$; $p < 0,001$) і стресом ($r=0,75$; $p < 0,001$). Найтісніший зв'язок спостерігається між субшкалами депресії та стресу опитувальника DASS-21 ($r=0,89$; $p < 0,001$), що відображає їхню структурну єдність у контексті загального емоційного неблагополуччя. Отримані дані дозволяють трактувати депресію, тривогу і стрес як взаємопов'язані компоненти єдиного синдрому психічної дезадаптації в умовах війни.

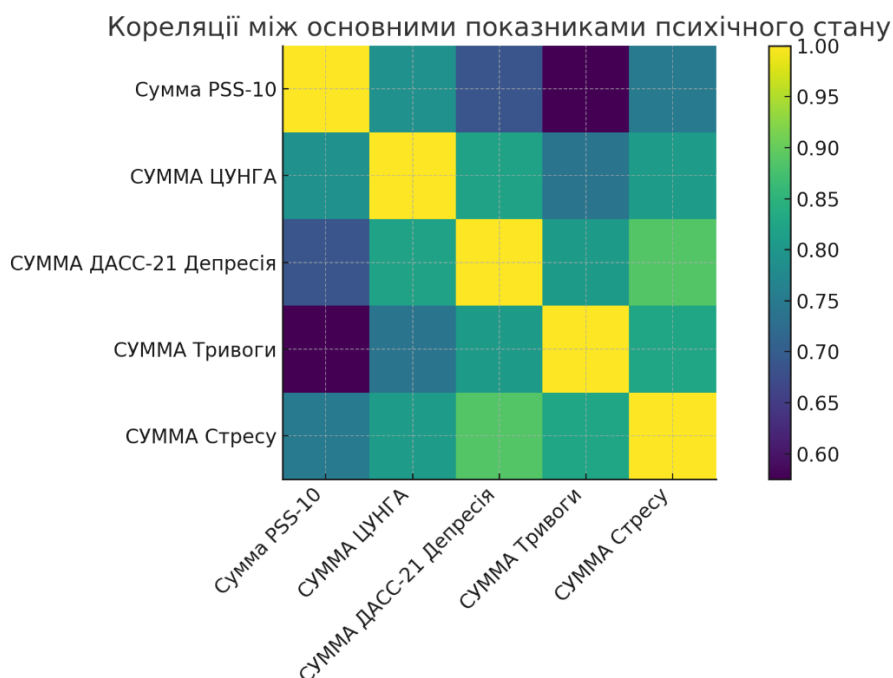


Рис. 2.5. Кореляції між основними показниками психічного стану

Таблиця 2.4.

	Сприй. стрес	Самооцінка депресії	Депресія (ДАСС- 21)	Тривога (ДАСС- 21)	Стрес (ДАСС- 21)
Сприйнятий стрес	1	0,79	0,69	0,58	0,75
Самооцінка депресії	0,79	1	0,82	0,74	0,81
Депресія (ДАСС-21)	0,69	0,82	1	0,81	0,89
Тривога (ДАСС-21)	0,58	0,74	0,81	1	0,83
Стрес (ДАСС-21)	0,75	0,81	0,89	0,83	1

Копінг-стратегії (SACS) як модератори депресивних станів. Шкала SACS містить дев'ять субшкал, що відображають різні поведінкові способи реагування на стресові ситуації: асертивні дії, входження у соціальний контакт, пошук підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, непрямі (маніпулятивні) дії, асоціальні та агресивні дії. Середні значення у вибірці свідчать, що більшість респондентів частіше зверталися до адаптивних форм подолання, таких як асертивні дії ($M \approx 19.36$), соціальний контакт ($M \approx 21.68$) та пошук соціальної підтримки ($M \approx 22.39$). Це узгоджується з особливостями соціокультурного контексту України під час війни: підтримка одне одного,

волонтерство, звертання до соціальних груп та спільнот є типовими формами реагування на хронічні кризові умови.

Таблиця 2.5.

	Сприй. стрес	Самооцінка депресії	Депресія (ДАСС- 21)	Тривога (ДАСС- 21)	Стрес (ДАСС- 21)
Асерт. Дії	-0,2	-0,26	-0,24	-0,28	-0,25
Вступ у соц. контакт	0,1	0,11	0,06	0,13	0,04
Пошук соц. Підтр.	0,15	0,11	0,09	0,06	0,09
Обережні дії	0,06	-0,01	0	-0,11	-0,05
Імпульс. Дії	0,2	0,22	0,17	0,2	0,19
Уникнення	0,43	0,46	0,47	0,32	0,41
Непр.(ман.) дії	-0,18	-0,08	-0,11	0,05	-0,03
Асоц. Дії	-0,24	-0,08	0,02	0,14	-0,02
Агрес. Дії	0,41	0,48	0,51	0,45	0,59

В той же час, результати показали досить помітні середні значення за неадаптивними копінг-стратегіями: уникнення ($M \approx 16.98$), імпульсивність ($M \approx 18.20$), непрямі дії ($M \approx 17.32$) та агресивні реакції ($M \approx 14.95$). Такий показник свідчить, що у ситуації виснаження, тривалої небезпеки та невизначеності частина респондентів переходить до більш реактивних та емоційно-заряджених форм реагування, що не ведуть до вирішення проблеми, а навпаки – можуть посилювати емоційний дистрес.

Кореляційний аналіз (Таблиця 2.5) підтвердив, що саме неадаптивні копінг-стратегії виступають значущими модераторами депресивних та тривожно-стресових станів:

– *Уникнення* продемонструвало стабільні позитивні кореляції зі всіма ключовими психоемоційними показниками (депресія за Цунгом, депресія DASS-21, тривога та стрес; $r \approx 0,43-0,48$; $p \leq 0,01$). Це означає, що чим більше людина уникає проблем чи стресових ситуацій, тим вищою є інтенсивність її негативного емоційного стану. У контексті війни уникнення може проявлятися як психологічне «відсторонення» від реальності, пригнічення

емоцій, ігнорування труднощів або відкладання важливих рішень, що у свою чергу підсилює тривогу та внутрішнє напруження.

– *Агресивні дії* також продемонстрували високі кореляції з депресією, стресом та тривогою ($r \approx 0,41-0,53$; $p \leq 0,01$). У контексті воєнного досвіду такі реакції можуть бути наслідком відчуття безсилля, фрустрації та перевантаження нервової системи. Агресія може виступати як «зрив» або захисна реакція на надмірну загрозу, проте така поведінка не розв'язує проблему і часто збільшує рівень внутрішнього конфлікту та сорому, що згодом підсилює депресивні прояви.

– *Імпульсивні дії та непрямі (маніпулятивні) дії* також мали помірні позитивні зв'язки з негативними емоційними станами, що відображає ригідність і хаотичність поведінки під впливом травматичного стресу.

На противагу цьому, адаптивні копінг-стратегії демонструють іншу тенденцію:

– *Асертивні дії* – здатність відкрито висловлювати свої потреби та межі – показали стабільну, хоча і статистично незначущу тенденцію до негативного зв'язку з тривогою та стресом ($r \approx -0,25 \dots -0,28$). Це означає, що більш активна, конструктивна взаємодія з середовищем може певною мірою протидіяти формуванню депресивних станів.

– *Пошук соціальної підтримки* в умовах війни є важливим ресурсом емоційної стабілізації, і хоча кореляції з психологічними симптомами не були високими, загальна тенденція свідчить: чим більше людина звертається до інших за допомогою, тим нижчий рівень її емоційного виснаження.

Таким чином, у вибірці простежується чітка закономірність: неадаптивні копінги (уникнення, агресія, імпульсивність) є предикторами погіршення психоемоційного стану, тоді як адаптивні (асертивність, соціальна взаємодія, підтримка) виконують захисну функцію.

Групові відмінності за статтю та віком. Для дослідження соціально-демографічних особливостей депресивних станів було проведено порівняння показників між групами чоловіків і жінок, а також респондентів молодшого

(до 20 років) та старшого (41 рік і більше) віку (табл. 2.4, 2.5). У групі жінок середні значення депресії, тривоги і стресу за DASS-21 вищі, ніж у чоловіків; при цьому статистично значущою виявилася різниця за показником тривоги ($U=226,5$; $p=0,045$), де жінки демонструють вираженіший рівень тривожних переживань. Вікові групи відрізняються схожою тенденцією: у респондентів віком від 41 року спостерігаються вищі середні значення сприйманого стресу та стресу за DASS-21, однак ці відмінності не досягають рівня статистичної значущості ($p>0,05$), що можна пов'язати з відносно невеликим обсягом вибірки.

Таблиця 2.6.

Показник	Жінки N	Чоловіки N	Жінки M	Чоловіки M	U	p
Сприйнятий стрес	35	9	20,71	16,56	211	0,122
Самооцінка депресії	35	9	56,03	50	207,5	0,149
Депресія (ДАСС-21)	35	9	14,46	9,11	211,5	0,118
Тривога (ДАСС-21)	35	9	12,86	6,67	226,5	0,045
Стрес (ДАСС-21)	35	9	21,66	12,67	217,5	0,082

Таблиця 2.7.

Показник	до 20	41+	до 40	41+	U	p
Сприйнятий стрес	19	25	17,63	21,56	163,5	0,081
Самооцінка депресії	19	25	53	56,17	202,5	0,413
Депресія (ДАСС-21)	19	25	12,21	14,24	198	0,354
Тривога (ДАСС-21)	19	25	9,16	13,44	172,5	0,124
Стрес (ДАСС-21)	19	25	16,63	22,24	180	0,175

Загалом результати емпіричного дослідження підтверджують, що депресивні стани українців у період війни формуються у тісному зв'язку з хронічним стресом, економічною та соціальною нестабільністю, відчуттям невизначеності майбутнього та використанням неадаптивних копінг-стратегій. Жінки та особи старшого віку є більш уразливими до проявів тривоги і стресу, що слід враховувати при розробці програм психологічної допомоги і профілактики.

Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно оцінити психоемоційний стан українців у період тривалої війни та виявити ключові чинники, що зумовлюють депресивні, тривожні та стресові прояви. Застосування низки валідних методик (PSS-10, шкали Цунга, DASS-21 та SACS) забезпечило багатовимірний аналіз як емоційних станів, так і поведінкових стратегій подолання стресу.

Результати описової статистики засвідчили підвищений рівень сприйманого стресу, значну поширеність депресивної симптоматики та суттєві коливання показників тривоги і стресу серед респондентів. Розподіли за PSS-10 та DASS-21 продемонстрували асиметрію з тяжінням до підвищених значень, що вказує на наявність групи осіб із вираженим психоемоційним виснаженням. Це особливо актуально в контексті хронічного воєнного навантаження, яке об'єктивно збільшує інтенсивність психологічного дистресу.

Аналіз впливу воєнних чинників показав, що найбільш деструктивними щодо психологічного стану виступають невизначеність перспектив майбутнього, погіршення матеріального становища, підвищене відчуття загрози життю та некомфортне соціальне оточення. Ці чинники продемонстрували значущі позитивні кореляції з депресією, тривогою, стресом і сприйманим рівнем напруження. Найтісніший взаємозв'язок спостерігався між некомфортним соціальним середовищем та психопатологічними симптомами, що підкреслює роль соціальної підтримки та безпеки як ключових детермінант психологічної стабільності у воєнний період.

Дослідження структури емоційних станів виявило високі кореляції між показниками депресії, тривоги та стресу. Це підтвердило, що в умовах війни вони функціонують як взаємопов'язані компоненти єдиного синдрому психічної дезадаптації. Найтісніший зв'язок був встановлений між депресією

та стресом за DASS-21, що узгоджується з даними про циклічний характер їх взаємовпливу за умов тривалих стресогенних подій.

Особливу аналітичну цінність становили результати дослідження копінг-стратегій за SACS. Було виявлено, що адаптивні стратегії (асертивні дії, соціальний контакт, пошук підтримки) характеризуються помірним використанням і здатні виконувати стабілізувальну функцію. У протилежність цьому, неадаптивні стратегії – уникнення, агресивні та імпульсивні дії – демонструють значущі позитивні кореляції з депресією, тривогою, стресом і сприйманим рівнем напруження. Це свідчить, що вибір неефективних стратегій поведінкового реагування є одним із важливих модераторів погіршення психоемоційного стану в умовах війни.

Групові порівняння засвідчили, що жінки мають статистично вищий рівень тривоги, ніж чоловіки, що може бути пов'язано з особливостями емоційного реагування та підвищеною чутливістю до загроз у період війни. Старші респонденти (41+) також продемонстрували вищі середні значення стресу та сприйманого напруження, хоча ці відмінності не досягли статистичної значущості, що може бути наслідком обмеженого обсягу вибірки.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що психоемоційний стан українців у період війни визначається комплексною взаємодією зовнішніх (економічних, соціальних, безпекових) та внутрішніх (емоційних і поведінкових) чинників. Депресивні, тривожні та стресові стани формуються під впливом хронічного стресу, невизначеності та втрат, а неадаптивні копінг-стратегії посилюють їх вираженість. Водночас конструктивні стратегії подолання та соціальна підтримка можуть виступати важливим ресурсом психологічної стійкості.

Таким чином, результати другого розділу не лише підтверджують теоретичні положення про вплив стресу та копіngu на емоційний стан особистості, але й дозволяють окреслити практичні напрямки психологічної допомоги в умовах війни: розвиток адаптивних стратегій подолання,

підвищення рівня соціальної підтримки, зменшення поведінкових форм уникнення та агресії. Це створює основу для подальших досліджень і формування ефективних програм психологічної інтервенції для населення, що переживає тривалий воєнний стрес.

РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

3.1. Когнітивно-поведінкова терапія як ефективний підхід до лікування депресивних станів в умовах війни

У контексті повномасштабної війни, яку переживає Україна, спостерігається значне зростання рівня психологічної напруги, тривоги та депресивних станів серед населення. Досвід вимушеної міграції, втрат, руйнування життєвих планів та порушення базового відчуття безпеки призводить до структурних змін у способах мислення та поведінки, що виявляється у широкій симптоматиці депресії. На тлі цих викликів актуальним стає застосування доказових психотерапевтичних методів, серед яких найбільш дослідженим є *когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)*.

КПТ базується на положеннях когнітивної моделі депресії, розробленої А. Беком (A. Beck) [50, 51], згідно з якою депресивні стани підтримуються характерними способами інтерпретації подій – негативними автоматичними думками, когнітивними викривленнями та стійкими переконаннями щодо себе, світу і майбутнього. У ситуації війни ці переконання посилюються специфічними тригерами: небезпека, втрата, невизначеність, зміна соціального середовища. Для багатьох українців виникають думки на кшталт «майбутнього більше немає», «я нічого не контролюю», «я не справлюся», «я ні на що не впливаю». Такі переконання закономірно формують пригнічений настрій, тривожність, вегетативні зміни та поведінкове уникання.

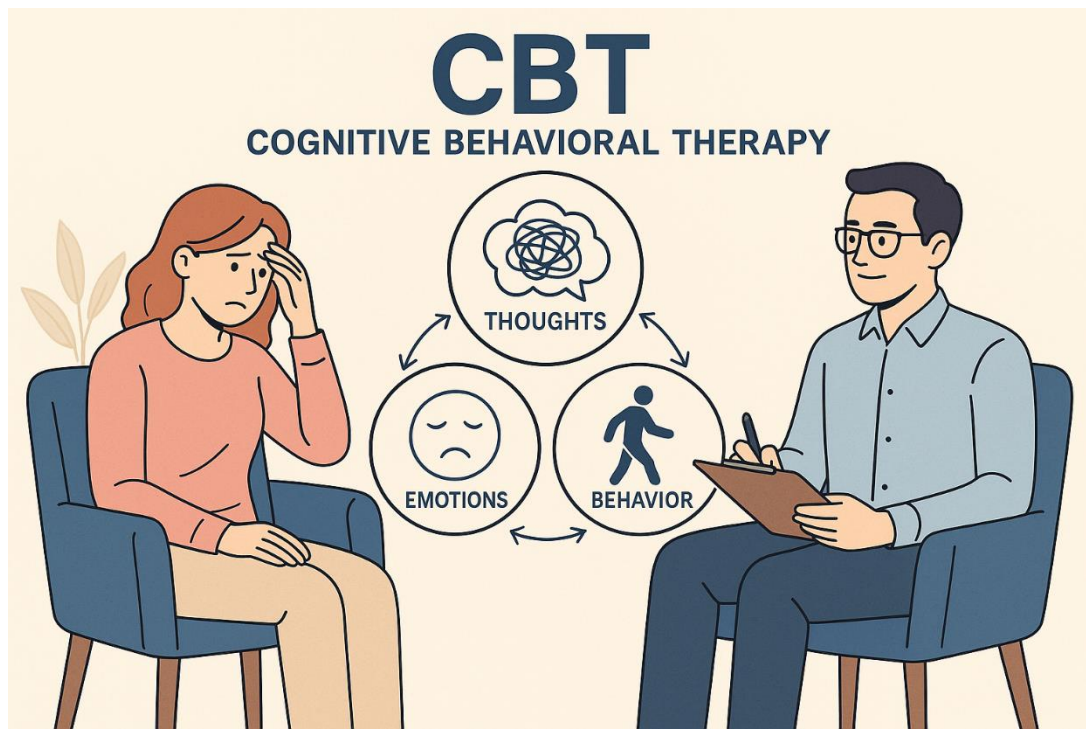


Рис. 3.1. Когнітивний трикутник

У цьому контексті КПТ набуває особливої цінності, оскільки її інструментарій дозволяє працювати як із поверхневими автоматичними думками, так і з глибинними схемами – стійкими патернами самосприйняття та реагування. На рівні протоколів КПТ (адаптованих в Україні) описано чітку структуру терапевтичного втручання: психоедукацію, ідентифікацію автоматичних думок, модифікацію переконань, поведінкову активацію, експерименти та профілактику рецидиву. Ці компоненти зарекомендували себе як ефективні як у клінічних, так і у кризових умовах [37].

Емпіричні дані також підтверджують високу результативність підходу. Зокрема, в Україні КПТ офіційно рекомендована як терапія першої лінії при великому депресивному розладі відповідно до нормативних документів у сфері охорони здоров'я [34]. На міжнародному рівні це корелює з численними метааналізами, де підтверджено ефективність КПТ для різних форм депресії, що демонструє сталість позитивних ефектів когнітивно-поведінкової терапії навіть у дистанційних та самостійних форматах [52]. Це має значний практичний потенціал для України, де доступ до психологічної допомоги часто ускладнений територіально, фінансово або безпеково.

Попри свою базову спрямованість на роботу з думками та поведінкою, КПТ охоплює і більш глибинні рівні особистості, що проявляється у співпраці з підходами, які розвивалися на її основі. Зокрема, у протоколах КПТ згадується *схема-терапія Дж. Янга (J. Young)*, яка пояснює, як ранні дезадаптивні схеми формуються в дитинстві та активуються в умовах стресу. Війна є надзвичайно потужним тригером для цих схем – «вразливість до шкоди», «покинутість», «недостатність самоцінності», «жорсткі стандарти», «самопожертва» [61]. У воєнному контексті такі схеми часто проявляються значно інтенсивніше, ніж у звичайних життєвих умовах. Раптові втрати, вимушене переселення, тривала невизначеність та перебування у стані постійної небезпеки активують емоційно насичені внутрішні моделі, що виникли ще у дитячому досвіді. Наприклад, схема «вразливості до шкоди» в умовах війни може проявлятися у постійних катастрофічних думках, відчутті неминучої загрози та зниженої здатності довіряти власним рішенням. Схема «покинутості» активується в ситуаціях втрати або розлучення з близькими через евакуацію, мобілізацію чи смерть. «Недостатність самоцінності» може загострюватися у людей, які втратили роботу, звичний соціальний статус або опинилися в ролі внутрішньо переміщених осіб і сприймають свою ситуацію як доказ власної неспроможності.

Саме тому інтеграція схемної перспективи в роботу з депресивними станами є надзвичайно доречною. На відміну від класичної КПТ, яка фокусується переважно на зміні автоматичних думок, схема-терапія враховує глибинні структури особистості, що визначають типові реакції на сильний стрес. Вона дає змогу зрозуміти, чому певні думки так легко виникають у людини, чому поведінкові патерни повторюються, та чому симптоми депресії можуть зберігатися навіть після модифікації поверхневих переконань [1].

У контексті війни це має особливу вагу, оскільки саме глибинні схеми часто визначають тривалу вразливість до депресивних епізодів. Люди зі схемою «самопожертви» можуть придушувати власні потреби, допомагаючи іншим, аж доки не вигоряють. Ті, у кого домінує «недостатність

самоцінності», можуть відчувати провину за свою безпорадність, навіть коли вона об'єктивно зумовлена зовнішніми обставинами. А «жорсткі стандарти» можуть сприяти перфекціонізму та постійній самокритиці, що у надзвичайних обставинах стають джерелом сильного виснаження. У поєднанні з КПТ, елементи схема-терапії дозволяють ширше зрозуміти механізми підтримання депресії та пропонують додаткові інструменти для роботи з тими, хто має історію втрат або неблагополучного сімейного досвіду.

Особливої уваги потребує адаптація КПТ до воєнного контексту. По-перше, метод є структурованим, що полегшує його впровадження у форматах короткочасних інтервенцій, онлайн-консультацій або групової роботи, які нині є найбільш реалістичними. По-друге, КПТ передбачає психоедукацію, завдяки якій людина отримує знання про власні реакції та механізми депресії, що суттєво підвищує відчуття контролю – ключовий фактор у посттравматичних умовах. По-третє, поведінкова активація, один із центральних компонентів КПТ, дає можливість людині повернутись до діяльності навіть у ситуаціях, де зовнішні обставини не змінюються, але внутрішні патерни мислення пригнічують активність.

У цьому контексті важливою є структурована подача основних компонентів КПТ-втручання. Знизу подана таблиця, що узагальнює фази терапії (оцінку, формулювання моделі, когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію та профілактику рецидиву), адже вона відображає логіку застосування КПТ у практичних умовах і може бути використана як частина тренінгової програми.

Універсальність і гнучкість когнітивно-поведінкового підходу дозволяють застосовувати його не лише для лікування, але й для профілактики депресивних станів. Саме тому в межах нашої роботи було обґрунтовано доцільність створення тренінгу з основ КПТ. Навички когнітивної реструктуризації, усвідомлення думок, робота зі схемами, поведінкова активація та планування активностей можуть суттєво знизити ризик формування депресивних симптомів або їх хроніфікації [37].

Таблиця 3.1.

Етапи та зміст терапевтичного процесу в КПТ

Фаза терапії	Мета	Основні інтервенції
1. Оцінка й психоедукація	Встановити діагноз, визначити базові автоматичні думки/поведінку, ознайомити з моделлю	Інтерв'ю, заповнення анкет, пояснення моделі «думка → емоція → поведінка»
2. Формулювання проблеми і моделі	Працювати з персональною схемою людини, зрозуміти, як стрес війни вплинув на мислення і поведінку	Складання «мінус-матриці» (тригери → думки → підтримуюча поведінка), визначення цілей
3. Когнітивна реструктуризація	Зменшити вплив негативних автоматичних думок, перевірити їх на реальність	Робота з думками: «чор-біло», «завжди/ніколи», «катастрофа», запитання «Докази?», альтернативні думки
4. Поведінкова активація/експерименти	Збільшення активної поведінки, випробування нових поведінкових стратегій	Планування активностей, розстрочка уникання, поведінкові експерименти (наприклад: „я спробую зв'язатися з другом“, „я зроблю коротку прогулянку навіть якщо думаю ‘я не можу’“)
5. Закріплення навичок, профілактика рецидиву	Підготувати до можливого повернення симптомів, зміцнити нові моделі	Домашні завдання, план «що я зроблю, коли почуватимуся гірше», обговорення сигналів рецидиву
6. Підтримка і завершення	Оцінити результати, сформувати підтримуючу мережу	Пост-тест, обговорення подальших дій, екстремальні варіанти (при потребі – напрямок до спеціалізованої допомоги)

Але, вичайно, використання КПТ має свої особливості, особливо в кризових умовах:

- Пацієнти можуть мати множинні коморбідності (ПТСР, тривога, смертельний досвід), що потребує адаптації стандартних протоколів.

- В умовах війни ресурси можуть бути обмежені: нестача спеціалістів, обмежений час, безпечні локації. Тут важливі скорочені формати, модульні втручання, можлива інтеграція онлайн.
- Необхідно враховувати культурно-соціальні чинники: травма масового характеру, колективний досвід, зміни в соціальних мережах. КПТ має бути адаптована до контексту українського населення.
- Навіть найкраще втручання не замінює потребу в широкій системній підтримці (соціальна допомога, безпека, житло, соціальна інтеграція). КПТ – частина комплексної стратегії, а не єдина відповідь.

Таким чином, поєднання КПТ та елементів схема-терапії дозволяє значно глибше зрозуміти походження й механізми депресивних проявів у людей, які переживають воєнний досвід. Це створює ширший спектр можливостей для психотерапевтичної роботи – від корекції мисленнєвих патернів до трансформації глибинних переконань, що забезпечує більш стійкі результати. Інтеграція схемного підходу також підсилює профілактичні програми для студентів: вона допомагає виявити вразливі схеми ще до того, як вони призведуть до клінічних проявів депресії, і забезпечує розвиток навичок саморегуляції в умовах хронічного стресу війни. Тому ми розробили тренінг, який спирається на ключові елементи та особливості КПТ, що робить програму комплексною та наближеною до сучасних стандартів доказової психологічної допомоги. Цей тренінг може бути інтегрований у систему університетської превентивної роботи, виступаючи інструментом підвищення психологічної стійкості та профілактики депресивних станів в умовах війни.

3.2. Тренінгова програма «Стійкість у часи невизначеності»

Тривала війна в Україні спричинила хронічний стрес, втрати, вимушені переміщення, невизначеність майбутнього. У таких умовах багато здобувачів вищої освіти переживають депресивні стани: емоційне виснаження, відчуття безнадії, втрату інтересу до навчання, труднощі з концентрацією, порушення

сну й апетиту. На цьому фоні зростає ризик формування стійких негативних переконань про себе («я слабкий», «зі мною щось не так»), світ («світ небезпечний», «у країні немає майбутнього») і майбутнє («нічого хорошого не буде»).

Особливої актуальності набувають підходи, що дозволяють поєднати підтримку та навички самодопомоги. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та елементи схема-терапії дають можливість:

- зрозуміти зв'язок між думками, емоціями, тілесними відчуттями та поведінкою;
- навчитися виявляти автоматичні негативні думки й когнітивні спотворення;
- поступово активізувати поведінку й повертати собі відчуття контролю;
- працювати з глибинними схемами безпорадності, покинутості, уразливості.

Тому виникає потреба у тренінговій програмі, яка поєднує психоедукацію, практичні КПТ-техніки, елементи схема-терапії та групову підтримку, і яку реально впровадити на базі ЗВО.

Мета програми

Сприяти зменшенню вираженості депресивних станів та підвищенню психологічної стійкості здобувачів освіти в умовах війни шляхом формування навичок когнітивно-поведінкової самодопомоги, поведінкової активації, роботи з внутрішнім критиком та розвитку підтримуючого внутрішнього діалогу.

Завдання тренінгу

1. Ознайомити учасників із психологічними механізмами депресивних станів у контексті хронічного стресу та війни.
2. Навчити розпізнавати автоматичні негативні думки та когнітивні спотворення (катастрофізація, «чорно-біле мислення», узагальнення тощо).

3. Сформувати базові навички когнітивної реструктуризації: перевірка фактів, пошук альтернативних думок, підсилення реалістичних переконань.

4. Розвинути навички поведінкової активації: планування маленьких кроків, які відновлюють енергію й інтерес до життя.

5. Ознайомити з поняттям схем (за Д. Янгом) та навчити учасників розпізнавати власні вразливі схеми (безпорадність, покинутість, дефективність), а також активізувати «турботливого внутрішнього дорослого».

6. Навчити простим технікам емоційної саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, «тут-і-тепер»).

7. Сприяти розвитку навичок саморефлексії, самопідтримки та пошуку соціальної підтримки.

Очікувані результати:

Після проходження програми учасники:

- краще розуміють власний стан та його зв'язок із воєнними подіями;
- можуть ідентифікувати депресивні думки, відокремлювати факти від інтерпретацій;
- володіють базовими навичками когнітивної реструктуризації та поведінкової активації;
- мають індивідуальний «План дій у важкий день» (структурований протокол самодопомоги);
- відчують зростання внутрішнього контролю («я можу впливати хоча б на частину свого життя»);
- демонструють покращення емоційної включеності у навчання, соціальну активність;
- здатні звертатися по підтримку, а не залишатися наодинці з проблемами.

Цільова аудиторія:

Здобувачі вищої освіти (18–35 років), які навчаються в умовах війни (очно, дистанційно, змішано), мають скарги на:

- пригнічений настрій;
- емоційне виснаження;
- втрату інтересу до навчання та звичних активностей;
- відчуття безнадії/безпорадності.

Оптимальний склад групи: 10–14 осіб.

Можливі труднощі під час проведення тренінгу:

- Високий рівень емоційного виснаження, апатія, низька мотивація до участі.
- Уникання теми («у всіх так, немає сенсу говорити»).
- Звичка до самозвинувачення та знецінення власних переживань («мені не так погано, як військовим, не маю права скаржитись»).
- Травматичні спогади (особисті втрати, бойові дії), які можуть активуватися під час обговорень.
- Нерівномірний рівень рефлексивності та психологічної грамотності.
- Обмеження часу (пари, робота, волонтерство).

Формат проведення:

- 4 заняття по 90 хвилин (1 раз на тиждень)
- Форма: очна або онлайн (Zoom, Google Meet, MS Teams).

Необхідні матеріали: фліпчарт/дошка, стікери, фломастери, роздаткові бланки (щоденник думок, план поведінкової активації, шкали), таймер; для онлайн – спільна дошка (Miro, Jamboard).

Структура тренінгової програми

Заняття	Назва	Ключова мета	Основні методи та техніки
1	«Депресія в умовах війни: що зі мною відбувається?»	Психоедукація: нормалізація реакцій, ознайомлення з КПТ-моделлю	Міні-лекція, обговорення, вправа «Мапа мого стану», АВС-модель
2	«Мої думки під час війни: вороги чи союзники?»	Виявлення автоматичних думок, когнітивних спотворень, перші кроки реструктуризації	Щоденник думок, гра «Лови думку», вправа «Суд над думкою», робота з внутрішнім критиком
3	«Коли нічого не хочеться: маленькі кроки дії»	Формування навичок поведінкової активації, пошук ресурсів	Таблиця поведінкової активації, вправа «Щоденний мінімум виживання», «Коло підтримки»
4	«Мій план стійкості: як допомогти собі завтра»	Інтеграція навичок, створення індивідуального плану стійкості, профілактика рецидивів	Вправа «Було – Стало», протокол «Мій важкий день», груповий маніфест, завершальне коло

Структура заняття

ЗАНЯТТЯ 1

«Депресія в умовах війни: що зі мною відбувається?»

Мета: дати учасникам зрозумілу картину депресії як поєднання думок, емоцій, поведінки та тілесних реакцій; нормалізувати реакції на хронічний стрес і травматичні події; представити когнітивно-поведінкову модель як «карту» того, як виникає і підтримується депресія.

Час: 90 хв

Форма: очна/онлайн

Матеріали: фліпчарт/слайди, стікери, бланки «Мапа мого стану», ручки.

Структура заняття

1. Вступ, знайомство, правила безпеки (10 хв)

- Коротка презентація ведучого.
- Пропозиція учасникам назвати ім'я та слово/коротку фразу, що описує їхній стан останнім часом (наприклад: «втома», «напруга», «нічого не хочу»).
- Узгодження **правил*: конфіденційність, право мовчати, повага, відсутність порівнянь «у кого гірше/краще».

2. Емоційна розминка «Термометр мого стану» (10 хв)

На шкалі від 0 до 10 учасники відмічають свій поточний рівень пригніченості/безнадії.

Короткий коментар: «Це не діагноз, а лише спосіб відстежити, як ми змінюємося протягом тренінгу».

3. Міні-лекція «Що таке депресивний стан у воєнних умовах?» (15 хв)

Ведучий у простій мові пояснює:

- різницю між «поганий настрій» і депресивними станами;
- вплив хронічного стресу та війни (постійні тривоги, відключення, новини, втрати);
- що депресія – це не слабкість, а природна реакція психіки, яка потребує підтримки;
- загальна ідея КПТ: думки ↔ емоції ↔ тіло ↔ поведінка.

4. Вправа «Мапа мого стану» (20 хв)

Учасникам роздається бланк із 4 секторами:

1. Думки
2. Емоції
3. Тіло
4. Поведінка

Завдання: згадати один із останніх «важких днів» і коротко вписати:

- 1) які думки крутились у голові;
- 2) які емоції відчували;
- 3) що відбувалося в тілі;
- 4) як поводитися (уникання, ізоляція, прокрастинація, переїдання тощо).

Обговорення в мікрогрупах по 2–3: що було найскладнішим?

5. Пояснення когнітивно-поведінкової моделі (15 хв). Ведучий показує схему (див. Рис. 3.2) і демонструє на прикладі одного учасника (за згодою), як подія → думки → емоції → тіло → поведінка → нові думки.
6. Міні-вправа з ABC-моделлю (15 хв)
 - А (подія): «Прийшло повідомлення про чергову атаку/повітряну тривогу / погані новини».
 - В (думки): «Це ніколи не закінчиться», «немає сенсу вчитися», «моє майбутнє зруйноване».
 - С (наслідки): відчай, безсилля, ізоляція, «залипання» в телефоні. Учасники заповнюють свої А–В–С і діляться прикладами в групі.
7. Рефлексія та домашнє завдання (5–10 хв)
 - Запитання: «Що сьогодні було найбільш корисним/несподіваним?»
 - Домашнє: протягом тижня 1 раз на день коротко заповнювати міні-ABC-змітку про один момент, коли був «спад настрою».

ЗАНЯТТЯ 2

«Мої думки під час війни: вороги чи союзники?»

Мета:

- допомогти учасникам виявити автоматичні негативні думки (АНД);
- навчити розпізнавати когнітивні спотворення;
- зробити перший крок до переформулювання цих думок.

Час: 90 хв

Матеріали: щоденник думок, картки зі спотвореннями, стікери.

Структура заняття

1. Розминка «Що змінилося за тиждень?» (10 хв)
 - Коротке коло: «Одна ситуація, яку я помітив(-ла), коли мені стало важко, і що я про це подумав(-ла)».
2. Міні-лекція «Автоматичні думки та когнітивні пастки» (15 хв.)

Пояснюються:

- автоматичні думки;
- найчастіші спотворення при депресії: катастрофізація, «все або нічого», надмірна генералізація, знецінення позитивного, читання думок, «маю/повинен».

3. Вправа «Лови думку» (20 хв)

- Ведучий пропонує кілька ситуацій, які типові під час війни (наприклад: сирена, новина про обстріл, погана оцінка, конфлікт із близькими).
- Учасники швидко записують першу думку, яка б виникла.
- Потім вони визначають, яку саме когнітивну пастку це відображає.

4. «Суд над думкою» (робота з АНД) (25 хв)

- ❖ Кожен обирає одну свою сильну депресивну думку, наприклад: «Я нічого не досягну в цій країні», «Моє життя зруйноване назавжди».
- ❖ Група ділиться на «прокурорів» (які шукають реальні докази за думку) та «адвокатів» (які знаходять факти проти, альтернативні пояснення).
- ❖ Ведучий допомагає будувати більш збалансовану думку («Так, війна створює багато труднощів, але я вже адаптуюсь, продовжую навчання, є люди, які мене підтримують...»).

5. Міні-блок схема-терапії: «Мій внутрішній критик і мій підтримуючий голос» (15 хв)

- Ведучий коротко пояснює ідею схем: уразлива дитина, покаральний критик, турботливий дорослий.
- Учасники на окремих стікерах пишуть типові фрази внутрішнього критика («ти слабкий», «це все безглуздо») та поруч – відповідь турботливого дорослого («ти живеш у надзвичайно складних умовах і все одно продовжуєш; це сила, а не слабкість»).

6. Домашнє завдання (5 хв)

- Протягом тижня – вести щоденник думок (4 колонки: Ситуація – Думка – Емоція (0–10) – Альтернативна думка).

ЗАНЯТТЯ 3

«Коли нічого не хочеться: маленькі кроки дії»

Мета:

- показати, як уникання та пасивність підтримують депресію;
- навчити будувати план маленьких дій, навіть коли «немає сил»;
- активізувати ресурси та підтримку.

Час: 90 хв

Матеріали: бланки «Поведінкова активація», «Коло підтримки», фломастери.

Структура заняття

1. Розминка «Мій рівень енергії» (10 хв)

- ❖ Учасники обирають метафору свого стану (наприклад: «розряджений телефон», «ліхтарик на мінімумі», «свічка, що ще горить»).
- ❖ Коротко пояснюють, чому саме так.

2. Міні-лекція «Порочне коло депресії» (10 хв)

- ❖ Пояснення: чим більше людина уникає (спілкування, навчання, активностей), тим менше отримує позитиву, тим гірше почувається, тим більше уникає.
- ❖ Ведучий показує просту схему (пов'язану з Рис. 3.2).

3. Вправа «Щоденний мінімум виживання» (20 хв)

Учасникам пропонується обрати 4–5 мінімальних дій, без яких їхній день «розсипається» (сон, їжа, 10 хвилин руху, душ, коротке спілкування, 5 хвилин на повітрі).

Завдання: сформулювати свій «мінімальний пакет», який вони погоджуються намагатися виконувати хоча б 3–4 дні на тиждень.



Рис. 3.2 Схema когнітивно-поведінкової моделі депресивних станів в умовах війни

4. Таблиця поведінкової активації (25 хв). Учасникам пропонується заповнити таблицю на тиждень:

Таблиця 3.3.

Поведінкова активація

День	Маленька приємна активність	Дія, що наближає до моїх цінностей/цілей	Соціальний крок
Пн	10 хв улюбленої музики	15 хв підготовки до пари/екзамену	Написати одному другу
Вт	Чашка чаю без гаджетів	Оновити резюме/портфоліо	Коротке спілкування з одногрупником
...	...	...	...

Наголос: не «геройські» кроки, а маленькі, реалістичні.

Вправа «Коло підтримки» (15 хв)

- ✓ На аркуші малюється коло, в центрі – «Я».
- ✓ Навколо – люди, служби, місця, активності, які можуть підтримати (друг, волонтерський центр, психолог, група однокурсників, релігійна громада, спорт тощо).

Обговорення: що заважає звернутися по підтримку, як можна зробити це трохи простіше.

Домашнє завдання (5 хв)

- ✓ Протягом тижня вести короткі нотатки, що вдалося виконати з таблиці, і відмічати рівень настрою (0–10) в кінці дня.

ЗАНЯТТЯ 4

«Мій план стійкості: як допомогти собі завтра»

Мета заняття:

- закріпити позитивні зміни у ставленні до свого стану та власних можливостей;
- осмислити особистий прогрес за час тренінгу (когнітивний, емоційний, поведінковий);
- сформувати індивідуальний план стійкості на випадок «важких днів»;
- актуалізувати мотивацію до подальшої роботи над собою та, за потреби, звернення по професійну допомогу.

Час: 90 хв

Форма: очна або онлайн

Матеріали: стікери, фломастери, ватман/дошка, бланки «Було – Стало», бланки «Мій план стійкості».

1. Вступ. Емоційна розминка «Мій колір стійкості сьогодні» (10 хв)

Мета: зафіксувати зміни у самосприйнятті та настрої.

Хід вправи:

Учасники обирають колір, з яким зараз асоціюється їхній внутрішній стан (не обов'язково «радісний», можна «теплий, але приглушений», «спокійний», «м'який»). Коротко пояснюють, чому саме цей колір. Створюється візуальна галерея кольорів (або онлайн-дошка).

2. Вправа «Було – Стало» (15 хв)

Мета: допомогти учасникам побачити динаміку змін.

Хід вправи:

Кожен учасник отримує таблицю з двома колонками: «Було (до тренінгу)» / «Стало (після тренінгу)» і заповнює її.

Таблиця 3.4.

Очікувані результат тренінгу

Було (до тренінгу)	Стало (після тренінгу)
Не розумів(-ла), що зі мною відбувається; думав(-ла), що «зі мною щось не так»	Почав(-ла) краще розуміти свій стан, бачу зв'язок між думками, емоціями та поведінкою
Вважав(-ла), що «так почуваються лише слабкі»	Розумію, що це нормальна реакція на ненормальні умови війни, і я маю право на підтримку
Думав(-ла) «немає сенсу щось робити»	Знаю, що маленькі дії можуть змінювати мій стан, навіть якщо мотивації мало
Часто «залипав(-ла)» в телефоні, щоб нічого не відчувати	Вчуся помічати, коли уникаю, і додаю хоча б одну корисну/приємну активність у день
Внутрішній голос був лише критичним	З'явилися фрази підтримки до себе, помічаю не тільки провали, а й маленькі успіхи

Далі – коротке обговорення (2–3 добровольці діляться своїми змінами).

3. Вправа «Мій план стійкості на важкий день» (25 хв)

Мета: створити особистий протокол самодопомоги, до якого можна повернутися, коли стан погіршується.

Хід вправи:

Учасники заповнюють бланк «Мій план стійкості», що складається з трьох блоків:

Коли я помічаю, що мені дуже важко...

- Типові думки:

«Нічого не має сенсу», «я нікому не потрібен», «я нічого не контролюю».

- Типові відчуття в тілі:

(наприклад: важкість, слабкість, напруження в грудях).

- Типова поведінка:
(замикаюсь, лягаю спати, відмінюю плани, нічого не роблю).

1. Що я можу зробити протягом перших 24 годин?

Думки:

- пригадати 1–2 більш збалансовані фрази (з досвіду тренінгу);
- використати техніку «Суд над думкою».

Тіло:

- 5 хвилин дихання (4–2–6),
- теплий душ,
- коротка прогулянка хоча б біля дому.

Поведінка:

- виконати хоча б 2 пункти зі свого «мінімального пакету виживання»;
- зробити 1 маленький крок до навчання/справи (5–10 хв).

2. До кого я можу звернутися по підтримку?

- 2–3 конкретні люди (друг, родич, одногрупник, психолог ЗВО).
- Ресурси: гарячі лінії, волонтерські/психологічні проєкти.

У кінці учасники (за бажанням) діляться одним пунктом, який обов'язково хочуть спробувати.

4. Групова вправа «Маніфест внутрішньої стійкості» (20 хв)

Мета: закріпити підтримуючі установки щодо себе, війни, майбутнього.

Хід вправи:

Група ділиться на 2–3 підгрупи. Завдання – створити маніфест стійкості, що складається з 7–10 тверджень, які починаються, наприклад, з:

- «Я визнаю...»
- «Я маю право...»
- «Я можу...»
- «Я дозволяю собі...»
- «Навіть під час війни я...»

Приклад фрагмента маніфесту:

Я визнаю, що мої реакції – не слабкість, а відповідь на реальну небезпеку. Я маю право на відпочинок, навіть якщо в країні війна. Я можу робити маленькі кроки, і це теж рух уперед. Я дозволяю собі просити про допомогу. Навіть під час війни я залишаюся живою/живим, здатним відчувати, навчатися, любити.

Потім підгрупи презентують свої маніфести; з них можна скласти спільний груповий маніфест, який (за згодою) можна оформити як постер у кабінеті психолога/онлайн-групі.

5. Рефлексія «Я навчився... Я візьму з собою...» (10 хв)

Мета: підсумувати індивідуальний досвід.

Хід вправи:

Кожен заповнює мінікартку:

- Я навчився (навчилась)...
- Я буду практикувати...
- Я звернуся (у разі потреби)...

Кілька учасників діляться в загальному колі.

6. Заключне коло. Завершення тренінгу (10 хв)

Кожен учасник завершує фразу:

- «Що я візьму з цього тренінгу з собою?»

Можливі варіанти (як орієнтир для тексту в роботі): Я візьму із собою розуміння, що зі мною «не щось не так», а я живу в ненормальних умовах. Я візьму з собою знання, що навіть один маленький крок може змінити мій день. Я візьму з собою голос, який іноді скаже мені: «Ти вже робиш достатньо».

Висновок щодо результатів впровадження програми

Після впровадження тренінгу очікується:

1. Зниження суб'єктивної інтенсивності депресивних переживань (за шкалами типу PHQ-9, DASS-21).
2. Формування більш реалістичних переконань щодо себе, майбутнього і можливостей, зменшення вираженості когнітивних спотворень.

3. Зростання навчальної та життєвої мотивації: учасники чіткіше усвідомлюють, навіщо продовжувати навчання навіть у воєнних умовах.
4. Розвиток навичок саморегуляції (дихальні, поведінкові техніки, робота з думками).
5. Посилення внутрішньої та зовнішньої опори: розширення «кола підтримки», готовність звертатися по допомогу.
6. Підвищення стресостійкості в умовах хронічної небезпеки та невизначеності.
7. Підвищення усвідомленості ролі психологічної підтримки в освітньому процесі.

Висновок до третього розділу

У третьому розділі магістерської роботи було обґрунтовано психолого-педагогічні умови надання допомоги українцям з депресивними станами в умовах війни та розроблено практично орієнтовану програму втручання на засадах когнітивно-поведінкової терапії.

У підрозділі 3.1 показано, що когнітивно-поведінковий підхід є одним із найбільш досліджених і доказових методів роботи з депресією, у тому числі в умовах хронічного стресу та травматичних подій. Наголошено на його ключових перевагах у воєнному контексті: структурованість, орієнтація на «тут-і-тепер», чіткість цілей, можливість короткострокових і групових форматів, адаптація до онлайн-умов. КПТ дозволяє ефективно працювати з типовими для війни когнітивними спотвореннями (катастрофізація, узагальнення, знецінення позитивного, відчуття тотальної безпорадності) та з поведінковим униканням, що підтримує депресивні стани, а також узгоджується з сучасними національними орієнтирами в сфері психічного здоров'я та освіти.

У підрозділі 3.2 на цій основі було розроблено тренінгову програму когнітивно-поведінкової самодопомоги для здобувачів вищої освіти, які

переживають депресивні стани в умовах війни. Програма включає чотири послідовні заняття, що поєднують психоедукацію, навчання розпізнаванню автоматичних негативних думок і когнітивних спотворень, формування навичок поведінкової активації та опанування базових технік емоційної саморегуляції. У логіці КПТ-моделі учасники переходять від усвідомлення зв'язку «думки – емоції – тіло – поведінка» до практичного використання методів зміни дезадаптивних переконань і поступового відновлення активності. Окремий акцент зроблено на розвитку самоспівчуття і внутрішньої підтримки, що дозволяє інтегрувати окремі елементи схема-терапії (робота з внутрішнім критиком, вразливою частиною особистості, формування фігури «турботливого дорослого»).

Підкреслено, що запропонована програма реалістична для впровадження в університетському середовищі: вона може проводитись очно або онлайн, має чітку структуру занять, прописані вправи, таблиці й наочні матеріали, не потребує значних ресурсів. Це дозволяє використовувати її як готовий інструмент групової психопрофілактики й підтримки студентів, які перебувають у зоні підвищеного ризику депресивних станів.

В той же час зазначено потребу подальших емпіричних досліджень ефективності програми (оцінка динаміки симптомів до/після, тривалість ефекту, порівняння очного та онлайн-формату, можливість адаптації для інших груп дорослих). Загалом третій розділ забезпечує перехід від теоретичного аналізу депресивних станів українців в умовах війни до конкретних психолого-педагогічних рішень, пропонуючи цілісну модель допомоги, спрямовану на підвищення стійкості, саморегуляції та якості життя здобувачів вищої освіти.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично й емпірично досліджено особливості депресивних станів українців в умовах повномасштабної війни та обґрунтовано можливості їх профілактики засобами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у поєднанні з ресурсами університетського середовища. На основі аналізу вітчизняних і зарубіжних джерел уточнено зміст поняття «депресивний стан» як афективного розладу, що поєднує пригнічений настрій, втрату інтересу, когнітивні та соматичні порушення, і розглянуто його історичну еволюцію від уявлень про меланхолію до сучасних біопсихосоціальних моделей депресії. Показано, що депресивні стани мають значний поширений характер і є одним із провідних чинників зниження працездатності, якості життя та соціального функціонування населення.

Теоретично обґрунтовано, що війна виступає потужним хронічним стресором, який суттєво підвищує ризик розвитку депресивних і тривожних розладів. Описано ключові психотравмувальні фактори (постійна загроза життю, втрата близьких, вимушене переміщення, економічна нестабільність, невизначеність майбутнього), які формують ґрунт для емоційного виснаження, погіршення мотиваційної сфери та дезадаптивних змін у міжособистісних стосунках. Показано, що для значної частини українців характерні виснаження, порушення сну, тривога, відчуття безнадії, що відображено як у результатах національних опитувань, так і в окремих дослідженнях депресивної симптоматики у воєнний період.

Окрему увагу приділено феномену психологічного копіngu як системі когнітивних, емоційних і поведінкових стратегій подолання стресу. На основі транзакційної моделі стресу Р. Лазаруса і С. Фолькман показано, що саме оцінка події (як загрози, втрати чи виклику) та вибір активних/пасивних стратегій копіngu опосередковують ризик розвитку або подолання депресивних проявів. Розмежовано копінг-стратегії та механізми психологічного захисту, наголошено на адаптивному потенціалі активного,

проблемно-орієнтованого копіngu й ризиках емоційно-орієнтованих та унікаючих стратегій, які пов'язані з поглибленням депресивної симптоматики.

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження, проведеного на вибірці з 44 респондентів різного віку, статі, соціального статусу та життєвих умов. Використання комплексу методик (PSS-10, шкала депресії Цунга, DASS-21, шкала копінг-стратегій SACS) дозволило здійснити багаторівневу оцінку сприйманого стресу, депресивної, тривожної та стресової симптоматики, а також провідних способів подолання стресу в умовах війни. Отримані дані засвідчили загалом підвищений рівень суб'єктивного стресу та значну поширеність депресивних і тривожно-стресових проявів: середні значення за PSS-10, шкалою Цунга та субшкалами DASS-21 знаходяться в зоні помірного й високого ризику, при цьому розподіли мають асиметрію у бік підвищених показників, що вказує на наявність групи осіб із вираженим емоційним неблагополуччям. Найбільш стресогенними наслідками війни для респондентів виявилися невизначеність перспектив майбутнього, загроза життю та погіршення матеріального становища. Особливо тісний зв'язок депресії, тривоги й стресу виявлено з фактором некомфортного соціального оточення, що підкреслює важливість соціальної підтримки й якості міжособистісних стосунків у воєнних умовах.

Кореляційний аналіз показав наявність сильних взаємозв'язків між усіма показниками психічного неблагополуччя: депресія, тривога та стрес виступають взаємопов'язаними компонентами єдиного синдрому дезадаптації. Показник сприйманого стресу суттєво корелює як з депресивною симптоматикою за різними шкалами, так і з тривожно-стресовими проявами, що підтверджує центральну роль хронічного стресу в генезі депресивних станів у воєнний час. Аналіз копінг-стратегій за SACS засвідчив переважання адаптивних форм подолання (асертивні дії, пошук підтримки), але водночас достатньо високі показники уникання, імпульсивних та агресивних дій, які

позитивно пов'язані з рівнем депресії, тривоги та стресу. Це дає підстави трактувати неадаптивні копінги як важливі модератори депресивних станів.

У третьому розділі обґрунтовано доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії як одного з найефективніших і доказових підходів до роботи з депресією, що підтверджується як міжнародними метааналізами, так і національними нормативними документами у сфері охорони психічного здоров'я. Показано, що КПТ, базуючись на моделі депресії А. Бека та розглядаючи взаємозв'язок «думки – емоції – тілесні реакції – поведінка», особливо добре відповідає потребам українців у воєнних умовах через свою структурованість, орієнтацію на «тут-і-тепер», чіткість цілей, можливість короткострокових, групових та онлайн-інтервенцій.

На основі інтеграції КПТ та елементів схема-терапії (Д. Янг) розроблено тренінгову програму «Стійкість у часи невизначеності: когнітивно-поведінковий тренінг для роботи з депресивними станами», орієнтовану на здобувачів вищої освіти. Програма включає чотири послідовні заняття, що поєднують психоедукацію щодо депресивних станів у воєнний час, навчання розпізнаванню автоматичних негативних думок і когнітивних спотворень, формування навичок когнітивної реструктуризації, поведінкової активації, роботи з внутрішнім критиком і розвиток підтримуючого внутрішнього діалогу. Структура тренінгу дозволяє перейти від усвідомлення власного стану до опанування конкретних інструментів самодопомоги й побудови індивідуального «плану стійкості» на випадок погіршення самопочуття.

Практичне значення роботи полягає в тому, що запропонована тренінгова програма адаптована до реальних можливостей психологічних служб закладів вищої освіти: може реалізовуватися в очному та дистанційному форматах. Вона може використовуватися як готовий інструмент групової психопрофілактики та підтримки студентів, які перебувають у зоні підвищеного ризику депресивних станів, а також інтегруватися у ширші програми збереження психічного здоров'я молоді в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2020. 264 с.
2. Асєєва Ю., Жук А., Корженко В. Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/21>
3. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
4. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендогенними афективними розладами настрою. *Архів психіатрії*. 2017. № 23. С. 33–36.
5. Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. Випуск 1 (11). С. 163-172.
6. Вдовіченко О. В. Особливості сприйняття якості життя та соціальні наслідки депресивних розладів під час воєнного стану. *Габітус*. 2023. № 52. С. 266-270.
7. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, 2022. № 2. С. 16-27. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
8. Влох С. Р. «Психологічні порушення у жінок після пологів, діагностика, скринінг, методи допомоги, основні КПТ техніки». Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Львів. 2021. 52 с.
9. Грись А. Трансформація образу я під час війни засобами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). *Перспективи та інновації науки*. 2025. С. 1446-1459
10. Депресія: обличчя та маски. Львів: Видавництво Мс, 2006. 116 с.
11. Дробот О. “Психодинамічна терапія: когнітивний аспект психокорекції депресивних станів в юнацькому віці”, Scientific Collection

«InterConf+», (35(163), 2023. С. 111–120. URL: doi: 10.51582/interconf.19-20.07.2023.011.

12. Емоційно-психологічний стан українців: Звіт за результатами онлайн-дослідження. Український інститут майбутнього. URL: <https://uifuture.org/publications/emocijno-psyhologichnyj-stan-ukrayincziv%E1%84%B5%BC/>

13. Завгородня Л. Рекурентний депресивний розлад: коли депресія повертається. URL: <https://www.qui.help/blog/rekurentnyj-depresyivnyj-rozlad/>

14. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. № 1 (16). С. 77–81.

15. Карамушка Л. М., Снігур Ю.С. Психологія вибору копінг-стратегії керівниками освітніх організацій : монографія. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 188 с.

16. Клінічні варіанти депресії. URL: <https://mozok.ua/depressiya/article/3975-kljnchn-varanti-depres>

17. Корольчук М. С., Науменко Н. П. Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування). *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. Випуск 3 (73). С. 83-90. DOI: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/276829/274319>

18. Кочерга О., Васильєв О. Дитячі страхи, неврози, темперамент // Корекційна робота психолога: Зб. ст. Київ: Шкільний світ, 2002. Вип. 3. С. 22–23.

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

20. Кресан О. Психологічні особливості реагування особистості на стрес війни. *Проблеми психології діяльності в особливих умовах: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф., м. Черкаси, 18 квітня 2023 р. Черкаси: видавець Третяков О. М., 2023. С. 192-194. URL: http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/3119/1/2023_КресанЗбірник%2*

21. Круглова, Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (49), 2020. С. 202–223. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-49.202-223>

22. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких їм людей під час війни. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2022. № 1. С. 28–33. URL: <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psyh-2022-1.05>

23. Марценковський І. А. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис*. 2018. № 2(1). С. 81-89.

24. Матвієць Л. Г. Основні завдання медичних працівників при лікуванні та профілактиці депресивних розладів на первинній ланці надання медичної допомоги. URL: <https://family-medicine.com.ua/2412-8708/article/download/248383/249589/579286>

25. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. URL: <https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.4.2023>

26. Методика SACS (Стратегії подолання стресових ситуацій, С. Хобфолл). URL: https://stud.com.ua/125012/psihologiya/shkala_sacs

27. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової). Агаєв Н. А. та ін. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 129-131. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf

28. Морозова І. В. Копінг стратегії особистості під час війни : кваліфікаційна робота магістра; Coping strategies of the individual during the war. Одеса, 2023. 86 с.

29. Москвін І. О., Поліщук Л. М., Устянська О. В. Особливості

функціонування психоемоційних процесів людини під час надзвичайних ситуацій у воєнний час. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.4.6>

30. Островська К., Островський І., Сікорська Л. Напрями психотерапевтичної роботи з депресивними переживаннями військових. *Інклюзія і суспільство*. Кам'янець-Подільський: Навчально-реабілітаційний заклад вищої освіти «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2023. № 1. С. 82-89.

31. Отрощенко Н. Новітні тренди лікування хворих на депресію. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/588>

32. Півень, Л., Рибитва, Є., & Кучеренко, Є. Проблема депресивних станів в понятійному апараті клінічної психології. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (3(79), 2025. С. 437–444. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-79-437-444>

33. Подшивалова Н. В. Дослідження емоційних станів українських жінок в умовах війни : кваліфікаційна робота. Кривий Ріг, 2024. 70 с.

34. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 року № 1003. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14?utm_source=chatgpt.com#Text

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

36. Родіна Н.В., Бірон Б.В. Копінг-поведінка аномічної особистості. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України*. 2012. Т.14 (1). С. 298-305.

37. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf>

38. Руденко В. М., Руденко Н. М. Математичні методи в психології: підручник. Київ: Академвидав, 2009. 384 с.

39. Сайт «Індекс здоров'я. Україна». Звіт: Результати загальнонаціонального дослідження 2018 року [<http://health-index.com.ua/>]. URL: http://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf

40. Сиротюк А.Л. Кінезіологічні прийоми і стрес. Корекційна робота психолога: 36. ст. Київ: Шкільний світ, 2002. Вип.3. С.59–61.

41. Слабкий Г. О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії: метод. реком. Київ, 2011. 32 с.

42. Степаненко, Л. В. Порівняльний аналіз копінг-захисних механізмів психологів у різних стресових ситуаціях. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (4), 2022. С.17-21. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4>.

43. Тенгізович, К. Г., Родченко, Л. Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*, (1(62)), 2024. С. 5-9. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.1>

44. Ушакова І., Світлична Н., Селюкова Т. Копінг-стратегії та механізми саморегуляції особистості у військовий час. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2024. № 22. С. 120-128.

45. Шакар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2005. 640 с.

46. Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні на прикладі студентів 5 курсу. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34 (73). № 2. С. 30-35. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/2_2023/6.pdf

47. Щербакова О. О., Кондрацька Л. В., Беженська А. А. Вікові особливості психоемоційного стану підлітків в умовах війни. *ГАБІТУС*. 2023. № 55. С. 67-71. URL: habitus.od.ua/journals/2023/55-2023/11.pdf

48. Юрчук Д. О., Миропольцева Н. І. Емоційний стан особистості під час активних воєнних дій. *ГАБІТУС*. 2023. Випуск 54. С. 189-193. URL:

<http://habitus.od.ua/journals/2023/54-2023/36.pdf>

49. Які існують підтипи депресії? URL:
<https://ifightdepression.com/ua/dlja-vsix/pidtipi-depresiji>

50. Beck A., Rush A., Shaw B. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979

51. Beck A., Freeman A., Davis D. Cognitive therapy for personality disorders. Guilford Press, New York, 2004

52. Delau M. Long-term efficacy of iCBT self-help programs for depression in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (Preprint). URL: https://www.researchgate.net/publication/372291107_Long-term_efficacy_of_iCBT_self-help_programs_for_depression_in_adults_a_systematic_review_and_meta-analysis_of_randomized_controlled_trials_Preprint

53. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. Number 23. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence published by The British Psychological Society, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004

54. Freud, S. (1968). Mourning and melancholia. In W. Gaylin (Ed.). The meaning of despair, (pp. 50–69). New York : Science House.

55. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Chong, J., & Friedman, M. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70 (4), 283–315.

56. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.

57. Lazarus, R.S. (1984). Psychological Coping and Stress. New York.

58. Prigerson H.G., Boelen P.A., & Xu J. (2021) Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, Issu 20(1), (pp. 96–106).

59. Rose S. C., Bisson J, Churchill R., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002, Iss. 2. Art. No.: CD000560. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000560/pdf/>

60. Treatment-Resistant Depression. URL: <https://www.webmd.com/depression/treatment-resistant-depression-what-is-treatment-resistant-depress>

61. Young J. Klosko J., Weishaar M., Schema therapy: a practitioners guide. N.Y. Guilford Press, 2003

ДОДАТКИ

Додаток А

Презентація до заняття тренінгової програми



Мій План Стійкості: Допомога Собі Завтра

Цей тренінг розроблено для зміцнення вашої внутрішньої стійкості та формування індивідуального плану дій на випадок "важких днів". Ми зосередимося на позитивних змінах у ставленні до себе, осмисленні особистого прогресу та актуалізації мотивації до подальшої роботи над собою.

Мета Заняття

- Закріпити позитивні зміни.
- Осмислити особистий прогрес.
- Сформувати індивідуальний план стійкості.
- Актуалізувати мотивацію.

Деталі Тренінгу

- Час: 90 хв.
- Форма: Очна або онлайн.
- Матеріали: Стікери, фломастери, ватман/дошка, бланки.

Вступ: Мій Колір Стійкості Сьогодні

Ця вправа допомагає зафіксувати зміни у самосприйнятті та настрої. Кожен учасник обирає колір, який асоціюється з його внутрішнім станом, і коротко пояснює свій вибір. Це створює візуальну галерею емоцій та настроїв.

Оберіть Колір

Виберіть колір, що відображає ваш поточний внутрішній стан.

Поясніть Вибір

Коротко розкажіть, чому саме цей колір.

Створіть Галерею

Ми створимо спільну візуальну галерею кольорів.

Мета: зафіксувати зміни у самосприйнятті та настрої. Це може бути "теплий, але приглушений", "спокійний" або "м'який" колір, не обов'язково "радісний".



Вправа «Було – Стало»: Динаміка Змін

Ця вправа допомагає учасникам візуалізувати та осмислити свій прогрес. Кожен отримує таблицю для заповнення, порівнюючи свій стан до та після тренінгу.

Не розумів(-ла), що зі мною відбувається; думав(-ла), що «зі мною щось не так»	Почав(-ла) краще розуміти свій стан, бачу зв'язок між думками, емоціями та поведінкою
Вважав(-ла), що «так почуваються лише слабкі»	Розумію, що це нормальна реакція на ненормальні умови війни, і я маю право на підтримку
Думав(-ла) «немає сенсу щось робити»	Знаю, що маленькі дії можуть змінювати мій стан, навіть якщо мотивації мало
Часто «залипав(-ла)» в телефоні, щоб нічого не відчувати	Вчуся помічати, коли уникаю, і додаю хоча б одну корисну/приємну активність у день
Внутрішній голос був лише критичним	З'явилися фрази підтримки до себе, помічаю не тільки провали, а й маленькі успіхи

Після заповнення таблиці, 2–3 добровольці діляться своїми змінами та інсайтами, що сприяє взаємній підтримці та усвідомленню прогресу.

Мій План Стійкості на Важкий День: Самодопомога

Створення особистого протоколу самодопомоги є ключовим елементом тренінгу. Цей план стане вашим орієнтиром, коли стан погіршується, допомагаючи вам повернутися до рівноваги.

Коли мені важко...

- Типові думки: «Нічого не має сенсу», «я нікому не потрібен», «я нічого не контролюю».
- Типові відчуття в тілі: важкість, слабкість, напруження в грудях.
- Типова поведінка: замикаюсь, лягаю спати, відмінюю плани, нічого не роблю.

Що я можу зробити протягом перших 24 годин?

Думки: пригадати 1–2 більш збалансовані фрази, використати техніку «Суд над думкою».

Тіло: 5 хвилин дихання (4–2–6), теплий душ, коротка прогулянка.

Поведінка: виконати 2 пункти зі свого «мінімального пакету виживання», зробити 1 маленький крок до навчання/справи (5–10 хв).

До кого я можу звернутися по підтримку?

- 2–3 конкретні людини: друг, родич, одногрупник, психолог ЗВО.
- Ресурси: гарячі лінії, волонтерські/психологічні проєкти.

Учасники за бажанням діляться одним пунктом, який вони обов'язково хочуть спробувати, що посилює їхню відповідальність та мотивацію.

Групова Вправа: Маніфест Внутрішньої Стійкості

Ця вправа спрямована на закріплення підтримуючих установок щодо себе, війни та майбутнього. Група ділиться на підгрупи для створення спільного маніфесту стійкості.

Я визнаю... Мої реакції – не слабкість, а відповідь на реальну небезпеку.	Я маю право... На відпочинок, навіть якщо в країні війна.	Я можу... Робити маленькі кроки, і це теж рух уперед.
Я дозволяю собі... Просити про допомогу.	Навіть під час війни я... Залишаюся живою/живим, здатним відчувати, навчатися, любити.	

Підгрупи презентують свої маніфести, з яких можна скласти спільний груповий маніфест, що може бути оформлений як постер або онлайн-документ.

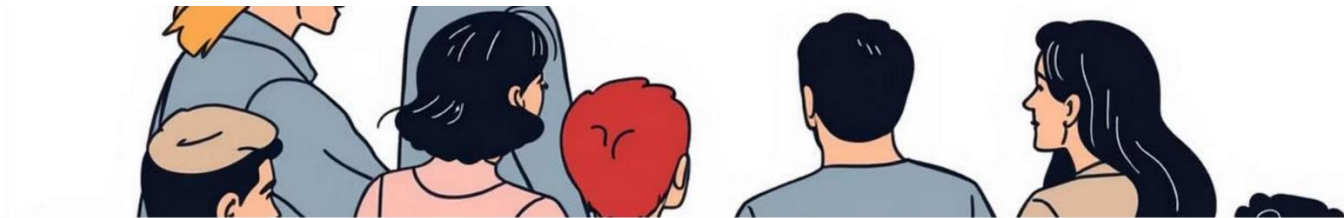
Рефлексія: Я Навчився... Я Візьму з Собою...

Ця вправа допомагає підсумувати індивідуальний досвід кожного учасника тренінгу, закріпити отримані знання та навички.

Я навчився (навчилася)... Краще розуміти свої емоції та реакції на стрес.	Я буду практикувати... Техніки дихання та усвідомленості у повсякденному житті.
Я звернуся (у разі потреби)... До своїх близьких або до психолога за підтримкою.	

Кілька учасників діляться своїми відповідями в загальному колі, що сприяє обміну досвідом та посиленню відчуття спільноти.





Заключне Коло: Що Я Візьму з Цього Тренінгу?

Завершальне коло дає можливість кожному учаснику підсумувати свій досвід та сформулювати ключові висновки, які він візьме з собою після тренінгу.

Розуміння

Я візьму із собою розуміння, що зі мною «не щось не так», а я живу в ненормальних умовах.

Знання

Я візьму з собою знання, що навіть один маленький крок може змінити мій день.

Підтримка

Я візьму з собою голос, який іноді скаже мені: «Ти вже робиш достатньо».

Ця вправа допомагає закріпити позитивні установки та відчуття власної цінності, що є важливим для подальшої психологічної стійкості.

Очікувані Результати Впровадження Програми

Впровадження програми тренінгу має на меті досягнення низки позитивних змін у психологічному стані та поведінці учасників.

01

Зниження Депресивних Переживань

Зниження суб'єктивної інтенсивності депресивних переживань (за шкалами типу PHQ-9, DASS-21).

02

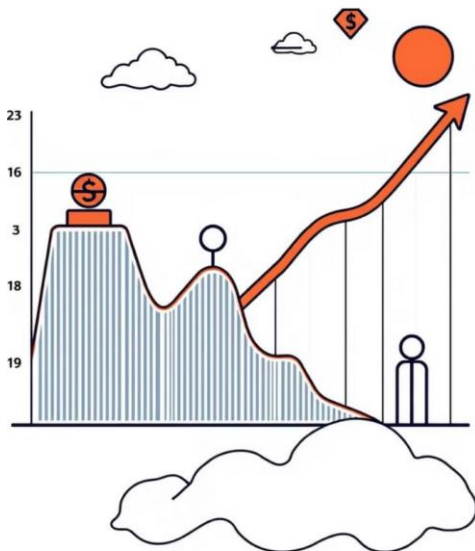
Формування Реалістичних Переконань

Формування більш реалістичних переконань щодо себе, майбутнього і можливостей, зменшення вираженості когнітивних спотворень.

03

Зростання Мотивації

Зростання навчальної та життєвої мотивації: учасники чіткіше усвідомлюють, навіщо продовжувати навчання навіть у воєнних умовах.



Розвиток Навичок та Підтримки

Програма тренінгу сприяє розвитку ключових навичок саморегуляції та посиленню внутрішньої та зовнішньої опори, що є критично важливим у складних умовах.

01

Навички Саморегуляції

Розвиток навичок саморегуляції (дихальні, поведінкові техніки, робота з думками).

02

Посилення Опори

Посилення внутрішньої та зовнішньої опори: розширення «кола підтримки», готовність звертатися по допомогу.

03

Підвищення Стресостійкості

Підвищення стресостійкості в умовах хронічної небезпеки та невизначеності.



Усвідомлення Ролі Психологічної Підтримки

Одним з найважливіших результатів тренінгу є підвищення усвідомленості ролі психологічної підтримки в освітньому процесі та житті в цілому.

Важливість Підтримки

Учасники краще розуміють, як психологічна підтримка впливає на їхнє навчання та добробут.

Активна Позиція

Формується активна позиція щодо пошуку та надання психологічної допомоги.

Стійкість Спільноти

Зміцнюється загальна психологічна стійкість освітньої спільноти.

Цей тренінг є інвестицією у ментальне здоров'я та стійкість кожного учасника, що має довгострокові позитивні наслідки.