

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., Асєєва Ю.О.

(підпис)

« ____ » _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____
(назва освітньої програми)

**На тему: «ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ СЕРЕД МОЛОДОГО
ПОКОЛІННЯ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**

Виконавець:

здобувачка 2 курсу, групи бзф12м
факультету ЦЗФН

_____ Жук Анна Миколаївна
/підпис/

Науковий керівник

Професор кафедри МППП
доктор психологічних наук

_____ Асєєва Юлія Олександрівна
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄНОГО СТАНУ	7
1.1. Психологічні аспекти тривожно-депресивних розладів: поняття, критерії та діагностика	7
1.2. Біологічні, психологічні, соціальні чинники тривожно-депресивних розладів у молоді.....	17
1.3. Особливості прояву тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах кризи та воєнного стану.	22
Висновки до першого розділу.	39
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....	42
2.1 Організація методики дослідження.....	42
2.2 Методичне забезпечення дослідження	45
2.3 Результати дослідження	50
2.4 Кореляційний аналіз отриманих результатів	59
Висновок до другого розділу	71
РОЗДІЛ III. ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	75
Висновок до третього розділу.....	82
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ.....	105

ВСТУП

Актуальність роботи полягає у тому, що в умовах воєнного стану в Україні питання психічного здоров'я молодого покоління набуває особливої значущості. Молодь, як соціально та емоційно вразлива група, зазнає значного впливу численних стресових факторів, зокрема постійної загрози безпеці, втрати близьких, руйнування звичних соціальних зв'язків та невизначеності майбутнього [53, с. 65]. Всі ці чинники сприяють розвитку тривожно-депресивних розладів, які впливають на здатність адаптуватися до нових умов, зберігати навчальну та соціальну активність, а також підтримувати загальне емоційне благополуччя. Воєнний стан створює масштабні виклики для психічного здоров'я населення. Постійні бойові дії, евакуація, вимушене переселення, економічна нестабільність і відсутність доступу до ресурсів значно ускладнюють адаптацію молоді та підвищують рівень психічних розладів [72, с. 4]. Статистичні дані свідчать про збільшення кількості звернень за психологічною допомогою серед молодих людей, що підкреслює критичну необхідність у дослідженні цієї проблеми.

Додаткову значущість дослідженню надає інтеграція біологічних, психологічних та соціальних аспектів проблеми. Аналіз нейрофізіологічних змін, спричинених стресом, взаємозв'язку психологічних переживань із соціальною дезадаптацією дозволяє отримати цілісну картину механізмів формування тривожно-депресивних розладів. Знання цих механізмів є необхідним для розробки комплексних методів психологічної підтримки, спрямованих на покращення якості життя молодого покоління в умовах кризи.

Таким чином, дослідження тривожно-депресивних розладів у молоді України в умовах воєнного стану є важливим не лише з точки зору вивчення теоретичних аспектів психічного здоров'я, але й у практичному контексті. Отримані результати можуть стати основою для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації, спрямованих на збереження психічного благополуччя молоді в умовах тривалої кризи.

Метою роботи є теоретико–емпіричне дослідження особливостей тривожно-депресивних розладів серед молоді України в умовах воєнного стану.

Об'єктом дослідження виступає психічне здоров'я молодого покоління українців в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження є особливості проявів тривожно-депресивних розладів серед молоді та чинники, що впливають на їх виникнення і динаміку в умовах воєнного стану.

Для досягнення визначеної мети, необхідно вирішити наступні завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо аспектів тривожно-депресивних розладів.
2. Теоретично визначити біологічні, психологічні та соціальні чинники тривожно-депресивних розладів у молоді.
3. Дослідити особливості прояву тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах кризи та воєнного стану.
4. Обрати методи для емпіричного дослідження тривожно-депресивних розладів.
5. Здійснити аналіз отриманих результатів, включаючи кореляційний аналіз.
6. Визначити основні питання державного регулювання психосоціальної підтримки в умовах війни в Україні

Теоретико-методологічна основа роботи ґрунтується на положеннях сучасної психологічної науки щодо дослідження тривожно-депресивних розладів, а саме: біопсихосоціальна модель (Г. Енгель); кризовий підхід (Е. Еріксон, Г. Каплан, О. Сімонов), який пояснює вплив травматичних подій та стресових ситуацій на психічне здоров'я; теорія емоційних розладів (А. Бек, Д. Кларк), що розглядає когнітивні спотворення як ключовий механізм формування тривоги та депресії; теорія стресу та копіngu (Р. Лазарус, С. Фолкман); психоаналітичний підхід (З. Фрейд, А. Адлер); суб'єктний підхід до вивчення особистості (Г.Балл, О. Бондаренко, М. Боришевський, І.В.Данилюк,

Г.Костюк, С.Максименко, В.Моляко, С.Рубінштейн, Ю.Швалб та ін.); принцип культурно-історичного контексту (Л. Виготський, Т. Титаренко, Г. Костюк) [32, 47, 50, 60, 81, 96, 98, 104].

Методи дослідження: 1) теоретичні (аналіз і впорядкування теоретичних підходів та результатів досліджень, що містяться в наукових джерелах літератури); 2) емпіричні (проведення тестування); 3) математико-статистичні методи (коефіцієнт кореляції рангу Спірмена). Психодіагностичний інструментарій складався з класичних, стандартизованих методик: «Діагностика суб'єктивного відчуття Самотності» (Д. Рассел та М. Фергюсон); «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS) (А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт); «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс та Р. Даймонд); «Тест на визначення рівня стресу» (Ю. В. Щербатих) [38, 66, 75, 101].

Вибірку дослідження склали 64 особи, віковий діапазон яких становить від 17 до 22 років. Усі вони були студентами Одеського національного економічного університету за спеціальністю «Психологія».

Теоретичне значення дослідження полягає у доповненні наукових знань щодо впливу екстремальних соціальних обставин на психічне благополуччя молоді. Зокрема, дослідження допомагає визначити ключові фактори, що сприяють виникненню тривожно-депресивних розладів. Отримані результати сприятимуть удосконаленню теоретичних засад діагностики, профілактичних заходів і реабілітаційних програм для молоді, яка зазнала впливу воєнного стресу. Висновки дослідження можуть стати основою для подальшого розвитку кризової психології, особливо у контексті вивчення психічних розладів у специфічних умовах, таких як воєнний стан.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки ефективних заходів щодо профілактики та корекції тривожно-депресивних розладів серед молоді, що переживає складні умови воєнного стану. Зокрема, результати можуть слугувати основою для створення спеціалізованих тренінгів, програм

психоедукації та адаптаційних стратегій, що допомагають зменшити психоемоційне навантаження, підвищити стресостійкість і забезпечити підтримку психічного здоров'я молодих людей в умовах кризових ситуацій.

Апробація дослідження:

1. Ковальська Н., Жук А., Корженко В. Вплив дистресу війни в Україні на ментальне здоров'я. *Grail of science*. 2024. № 37. С. 406–410.

2. Корженко В. О., Жук А. М., Асєєва Ю. О. Тривожно депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 45–49.

Структура роботи включає аналіз наукової літератури з теми, методичну частину, результати дослідження, обговорення та висновки. Загальний об'єм роботи – 117 сторінки. Робота містить 11 таблиць та 8 рисунків. Список використаної літератури містить 119 джерела.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МОЛОДІ В УМОВАХ ВОЄНОГО СТАНУ

1.1. Психологічні аспекти тривожно-депресивних розладів: поняття, критерії та діагностика

Тривожно-депресивні розлади особистості є одними з найпоширеніших психічних захворювань сьогодення, що завдають значних страждань і знижують якість життя мільйонів людей [81, с. 763]. В умовах воєнного конфлікту в Україні проблема тривожно-депресивних станів стає ще більш актуальною і гострою. Глибоке розуміння психологічних особливостей прояву та динаміки тривожно-депресивних станів під час війни є ключовим для вдосконалення діагностики, психотерапевтичної допомоги та профілактики рецидивів цього захворювання в таких складних умовах. Вчасне виявлення й адекватне лікування депресії сприятиме зміцненню психічного здоров'я нації, підвищенню її стійкості до стресу та загальної життєздатності.

Тривожно-депресивні розлади можуть мати різні визначення, але загалом це психічний стан, при якому людина перебуває в депресії через тривалі тривожні переживання:

Змішаний тривожний та депресивний розлад відноситься до невротичних порушень і включає в себе одночасну наявність симптомів тривоги та депресії, причому жоден з них не проявляється в такій мірі, щоб поставити окремий діагноз тривожного чи депресивного розладу [102, с. 159].

Тривожно-депресивний розлад, також відомий як тривожна депресія – це психічний стан, при якому людина перебуває в депресії через тривалі тривожні переживання. Тривожна депресія однаково поширена серед чоловіків і жінок різного віку.

Взагалі депресія представляє собою складний психічний розлад, що відзначається патологічно зниженим настроєм, за якого особа схильна

утримувати негативні судження щодо різних аспектів свого життя [47, с.63]. Вона часто виражається в песимістичній оцінці власних можливостей і досягнень, а також у перекрученому баченні майбутнього та свого місця в суспільстві. Один із найголовніших проявів депресії – це ангедонія, або втрата здатності відчувати радість і насолоду від звичайних справ [90, с. 48]. До класичних симптомів цього психологічного стану також відносяться такі ознаки, як постійне відчуття вини, суїцидальні думки і поведінка, збої у добовому ритмі, такі як безсоння або надмірна сонливість, а також дисфорія, що проявляється в нестійкому настрої та дратівливості. Ці симптоми можуть значно обмежити якість життя та функціонування в суспільстві, вимагаючи своєчасного втручання і лікування.

Депресія – це болісний та хворобливий стан, який супроводжується негативним емоційним фоном, змінами в мотиваційній сфері, когнітивними порушеннями та загальною пасивністю в поведінці [79, с. 36].

Завдяки детальному аналізу та вченням фахівців у цій галузі, можна виділити кілька характерних ознак і рис депресивного стану. По-перше, це глибоке відчуття ненависті до себе, яке часто супроводжується впевненістю у власній нікчемності. Цей негативний погляд на себе може стати причиною безсоння, коли людина не здатна відновити сили під час нічного відпочинку. Часто до цього додається іпохондрія – постійне занепокоєння про стан власного здоров'я без об'єктивних на те причин [110, 111, 115]. Ситуація ускладнюється, якщо з'являються думки або навіть фантазії про самогубство, які можуть відображати крайній ступінь розпачу. Крім того, знижується здатність концентруватися і виникають провали в пам'яті, що робить складнішим виконання повсякденних завдань. Також слід зазначити зниження апетиту й зменшення лібідо, що позначається на фізичному і психологічному самопочутті людини.

Депресивні стани, враховуючи різноманітність їх проявів та причини виникнення, можуть бути віднесені до кількох різних категорій, кожна з яких має свої унікальні характеристики та підстави для класифікації. Сучасні

наукові уявлення про такі розлади передбачають їхнє поділення на три основні групи: психогенні, ендогенні та соматогенні депресії [52, с. 10].

Психогенні депресивні розлади виникають у відповідь на психологічні або емоційно-стресові ситуації, які виступають основним чинником їх розвитку [8, с. 113]. Ендогенні депресивні стани зазвичай проявляються в контексті таких психічних захворювань, як шизофренія, маніакально-депресивний психоз або інволюційна меланхолія, коли причини їх появи більшою мірою пов'язані з внутрішніми біохімічними змінами організму [88, с. 7]. Соматогенні депресивні розлади спостерігаються на тлі різноманітних соматичних, тобто фізичних захворювань, і часто є наслідком загального погіршення фізичного здоров'я [16, с. 42].

Аналізуючи вище перераховані розлади можна відзначити, що існує широкий спектр симптомів, які чітко діагностуються за допомогою класифікацій DSM-5 і МКХ-11 [73, с. 16]. Ці стандартизовані системи класифікації забезпечують точні рамки для ідентифікації та розуміння найрізноманітніших проявів стану, дозволяючи фахівцям виявляти та оцінювати поведінкові, емоційні та когнітивні аспекти розладів з високою точністю.

DSM-5 визначає депресивні розлади як групу психічних станів, кожен з яких має свої унікальні діагностичні критерії і характерні особливості. До цієї групи належать розлад дисрегуляції настрою, що характеризується виразними змінами в емоційному стані особи, а також великий депресивний розлад, який відзначається інтенсивними періодами глибокої депресії, тривалістю не менше двох тижнів [109, 112]. Дистимія, або стійкий депресивний розлад, є формою депресії з хронічними симптомами, що можуть тривати роками [106, с. 97]. Передменструальний дисфоричний розлад виникає в другій половині менструального циклу і супроводжується емоційними та фізичними симптомами [87, с. 15]. Депресивний розлад, спричинений вживанням речовин, виникає через зловживання алкоголем або наркотиками [69, с. 54]. Окрім того, є депресивні розлади, які можуть розвиватися на тлі іншого

медичного стану або ж не мають чітко визначених параметрів і класифікуються як інші точно визначені або невизначені депресивні розлади. Кожен із цих станів вимагає індивідуального підходу до діагностики та лікування з урахуванням специфічних симптомів і факторів пацієнта.

До критеріїв симптомів DSM-5 входять: серйозні повторювані спалахи гніву, що проявляються вербально; спалахи гніву не відповідають рівню розвитку; спалахи гніву відбуваються в середньому три або більше разів на тиждень; настрій між спалахами гніву є постійним дратівливим або злим більшу частину дня, майже щодня, і його можуть спостерігати інші; критерії A–D існують протягом 12 або більше місяців; критерії A і D присутні принаймні у двох із трьох місць (тобто вдома, у школі, з однолітками); діагноз не слід ставити вперше до 6 років або після 18 років; згідно з анамнезом або спостереженнями, вік початку Критеріїв A–E становить менше 10 років; ніколи не було чіткого періоду тривалістю більше 1 дня, протягом якого повні критерії симптомів, крім тривалості, для маніакального або гіпоманіакального епізоду; поведінка не виникає виключно під час епізоду великого депресивного розладу і не можна краще пояснити іншим психічним розладом; симптоми не пов'язані з фізіологічним впливом речовини чи іншим медичним або неврологічним станом [113, 117].

Для діагностики за критеріями DSM-5 мають бути: присутність одного або декількох соматичних симптомів, що турбують особу або призводять до серйозних порушень її повсякденного життя; наявність надмірних думок, відчуттів або поведінки, пов'язаних із соматичними симптомами або проблемами зі здоров'ям, що проявляються принаймні одним із нижченаведеного: неспівмірні та постійні думки щодо серйозності своїх симптомів; постійно високий рівень тривоги щодо здоров'я або симптомів; надмірний час та енергія присвячуються симптомам або проблемам зі здоров'ям; симптоми персистують (зазвичай більше ніж 6 місяців), хоча будь-який з них може бути присутнім не постійно [114, 118].

МКХ-11 містить критерії, що визначають тривожно-депресивні стани, які відповідають стандартам, встановленим Всесірною організацією охорони здоров'я (ВООЗ). У більшості випадків ці критерії виступають основою для діагностування і застосовуються частіше в порівнянні з критеріями, що регламентуються DSM-5 [64, 76].

Критерії діляться на основні та додаткові. До основних входять знижений настрій, що триває більшу частину дня, втрата інтересу або задоволення від діяльності та втрата інтересу або задоволення від того, що раніше приносило радість, знижена енергія або підвищена стомлюваність, котра триває мінімум місяць, байдужість. До додаткових: зниження концентрації уваги, зниження самооцінки, почуття провини та непотрібності, песимістичне бачення майбутнього, порушення сну, зміна апетиту, суїцидальні думки або мрії, постійне почуття пригніченості, загальмованість, песимізм, розсіяність уваги, напади страху [50, с. 47].

Класифікація тривожно-депресивних розладів подана у таблиці.

Таблиця 1.1.

Класифікація тривожно-депресивних розладів

№	Назва розладів DSM-5	Назва розладів МКХ-11	Код розладів DSM-5	Код розладів МКХ-11
1.	Розлад із соматичними симптомами	Недиференційований соматоформний розлад	300.82	F45.1
2.	Тривожний розлад наявності захворювання	Іпохондричний розлад	300.7	F45.2
3.	Конверсійний розлад (розлад з функціональними та неврологічними симптомами)	Конверсійні моторні розлади Конверсійні конвульсії Конверсійна анестезія Змішані конверсійні розлади	300.11	F44.4 F44.5 F44.6 F44.7

4.	Психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани	Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або захворюваннями, що належать до інших рубрик МКХ-10	316	F54
5.	Симулятивний розлад	Умисне викликання або симуляція симптомів або інвалідності фізичного або психологічного характеру	300.19	F68.10
6.	Інші специфічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Інші соматоформні розлади	300.89	F45.8
7.	Неспецифічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Соматоформні розлади неуточнені	300.82	F45.9

Термін «депресія» часто застосовується для позначення тимчасового стану, що виникає внаслідок складних життєвих обставин, таких як розчарування чи втрати [80, с. 30]. Однак це використання може бути неточним, адже депресія також є назвою серйозного психічного розладу.

Тривожність, як властивість особистості, залишається відносно постійною і незмінною впродовж життя (особистісна тривожність), тоді як тривога представляє собою відносно стабільний негативний емоційний стан, пов'язаний зі змінами в нервово-психічній діяльності (ситуаційна тривожність) [86, с. 268].

Тривожні розлади – це група психічних станів, які відзначаються надмірною тривогою, страхом або уникненням ситуацій, що провокують тривогу. Існує кілька різновидів таких розладів, а їх лікування може включати

різноманітні підходи залежно від типу та тяжкості кожного конкретного випадку [37, с. 65].

Тривожні розлади зазвичай виникають у дитячому, підлітковому та ранньому дорослому віці [54, 84]. Наприклад, тривога розлуки зазвичай починається в дитинстві і часто супроводжується тривожними переживаннями, пов'язаними з відвідуванням школи. Цей розлад може стати передвісником тривожних станів у дорослих, зокрема панічного розладу. Соціальні фобії здебільшого розвиваються до 20 років, з середнім віком появи в 16 років. Агорафобія зазвичай розпочинається в пізньому підлітковому або ранньому дорослому періоді, приблизно у 29 років [12, с. 18]. Тому поява тривожних симптомів у літніх людей має спонукати лікаря до виявлення можливих соматичних захворювань, зловживання психоактивними речовинами чи депресії зі вторинними тривожними симптомами.

При оцінюванні стану пацієнта з підозрою на тривожний розлад, спеціаліст має звернути увагу на наступні симптоми: поява надмірної тривоги та занепокоєння стосовно різних тем, подій чи заходів, що триває принаймні шість місяців і об'єктивно є надмірною, відчуття тривоги, яке важко контролювати. У дорослих і дітей занепокоєння може легко переходити з однієї теми на іншу, тривога та занепокоєння супроводжуються як мінімум трьома з наступних фізичних або когнітивних симптомів (у дітей для діагностики ГТР достатньо одного): дратівливість або неспокій, швидка втома (пацієнт відчуває себе більш втомленим, ніж зазвичай), порушення концентрації, дратівливість (може бути явною або непомітною для оточуючих), м'язові болі, труднощі зі сном (проблеми із засинанням або якістю сну, неспокійна ніч або незадовільний сон) [12, 37, 85].

У психології та психіатрії симптоми тривожного розладу класифікують на: емоційні, поведінкові, фізіологічні, психічні симптоми, порушення сну.

До емоційних симптомів відносять постійний страх і тривога, відчуття напруженості, занепокоєння або нервозності без видимих причин, нездатність розслабитися, вічне напруження та неможливість позбутися м'язового

напруження, страх перед майбутнім, необґрунтовані страхи або песимістичні думки щодо майбутніх подій [55, с. 717] .

До поведінкових симптомів відносяться уникання ситуацій або місць, що викликають тривогу, труднощі з концентрацією: Втрачання здатності зосереджуватися на завданнях через постійну тривогу [82, с. 191].

До фізіологічних симптоми відносяться підвищений пульс і часте дихання, інтенсивне потовиділення при стресі, особливо на долонях чи обличчі, м'язова напруга, яке відчувається у м'язах ший, плечей або спини [10, с. 265]

Також спостерігаються порушення сну, при якому з'являються складнощі із засинанням або часті пробудження вночі через тривожність, а сновидіння можуть бути пов'язані із тривожними переживаннями [104, с. 70].

До психічних симптомів відноситься перфекціонізм (прагнення до досконалості та страх перед помилками) та ірраціональні обґрунтування (схильність до перебільшення ризиків та їх імовірності) [55, с. 717].

Депресивний розлад (депресія) – це особлива форма реакції, яка служить механізмом самозахисту людини, допомагаючи уникнути дезінтеграції особистості в ті моменти, коли обставини, пов'язані з втратою, не можуть бути сприйняті та опрацьовані іншим чином [35, с. 9].

Виділяють наступні типи депресивних розладів. Тужлива депресія характеризується вираженим, нестерпним душевним болем, який часто відчувається фізично у грудній області, супроводжується руховою загальмованістю. Тривожна депресія проявляється занепокоєнням, безпричинною тривогою, руховим неспокоєм та ажитацією [41, с. 79]. Апатична депресія: викликає байдужість до себе і оточуючих, втрата будь-якого бажання щось робити [57, с. 136]. При адинамічній депресії людина відчуває нездатність до дій, сповільненість через негативні переживання та зниження мотивації [30, с. 19]. Реактивна депресія виникає внаслідок важких психотравмуючих подій, швидко нарастають такі емоційні стани, як зневіра, пригніченість, байдужість і відчуття безвиході, поведінка стає пасивною, а у

висловлюваннях часто присутні претензії до оточуючих [13, 46]. Дисфорична депресія супроводжується поганим настроєм, роздратованістю та проявами агресії [95, с. 46].

Детальніше розглянемо основні категорії симптомів тривожно-депресивних розладів. Розлади мислення характеризуються дезорієнтацією в процесі мислення, що ускладнює здатність до аналізу та формулювання чітких думок і рішень. При параноїдальній маячні формується постійне почуття підозри і недовіри до оточуючих. Людина стає настороженою, детально і критично аналізуючи навіть найменші зауваження та слова інших, часто знаходячи в них прихований зміст. Маячення проявляється через нераціональну поведінку та дії, які складно зрозуміти з логічної точки зору [83, с. 14]. Слова та вчинки людини можуть бути неструктурованими і незрозумілими оточуючим. Розлади сприйняття зазвичай супроводжуються галюцинаціями, що можуть виникати в момент спілкування з іншими людьми. Такі переживання часто вибивають людину з реальності, утруднюючи об'єктивність сприйняття; ворожість: в цьому стані виникає підвищена агресивність по відношенню до соціуму в цілому. Людина може мати недружній настрій та негативно реагувати навіть на нейтральні сигнали від оточуючих [42, 78]. Збудження включає активну поведінку з посиленою чутливістю до будь-яких зовнішніх подразників. Людина може бути занадто емоційною та швидко реагувати на зміни в середовищі.

При зниженні емоційності людина втрачає здатність виразно демонструвати власні емоції через міміку чи жестикулювання, у її поведінці проявляються неприродні дії, а сам загальний настрій постійно залишається сумним [65, 74]. Емоційна та соціальна відчуженість – це стан, що визначається повним браком інтересу до життя, явищ та подій, які відбуваються навколо [50, 66]. Під час спілкування можуть проявлятися ознаки апатії, тривоги або навіть ворожості, а слова часто супроводжуються маячною.

При надмірній увазі відбувається зайва концентрація на стані власного здоров'я, що виражається надзвичайною увагою до фізичного самопочуття. Часто присутнє відчуття провини, яке часто не має реальних підстав. Напруженість, що формою тривоги, виражається через пригніченість. Моторній загальмованість помітна у рухах, розмові та загальній поведінці. Порушення уваги супроводжується постійним відволіканням на різні фактори з оточення. Психопатологічні переживання впливають на думки і почуття, відображаючись в уяві. Зниження критичної спроможності характеризується недостатнім розумінням власної особистості [34, 67].

Класифікація тривожно-депресивних симптомів подана у таблиці.

Таблиця 1.2.

Відмінності симптоматики станів тривоги та депресії

Симптоматика	Тривожність	Депресія
Основні симптоми	Нервозність, занепокоєння, страх, відчуття небезпеки, проблеми зі сном, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, м'язові спазми, проблеми з травленням	Постійне відчуття туги, смутку, розпачу, втрата інтересу до улюблених занять, зниження працездатності, порушення сну, втрата апетиту, відчуття безпорадності, безцільності, самогубні думки
Тривалість	Може бути короткочасною (тривожний стан) або тривалою (тривожний розлад)	Може бути короткочасною (депресивний стан) або тривалою (депресивний розлад)
Вплив на повсякденне життя	Може ускладнювати виконання повсякденних завдань, псувати відносини з близькими, призводити до соціальної ізоляції	Може ускладнювати виконання повсякденних завдань, псувати відносини з близькими, призводити до суїцидальних думок
Загальні причини	Генетика, біологічні фактори, стресові фактори, особистісні фактори	

Отже, тривожно-депресивні розлади є складними психічними станами, що характеризуються одночасною наявністю симптомів тривожності й депресії. Ці стани виявляють себе у формі постійного відчуття занепокоєння і тривоги, частих нападів страху, підвищеної безнадії, зниженої самооцінки та загального порушення емоційної рівноваги. Такого роду розлади досить поширені в сучасному суспільстві, особливо в умовах тривалого стресу, який може бути спричинений різноманітними факторами, такими як соціальні кризи чи військові конфлікти.

1.2. Біологічні, психологічні, соціальні чинники тривожно-депресивних розладів у молоді

Війна є важливим чинником, що впливає на психічне здоров'я людини, створюючи значний ризик для кожного, особливо для молоді. Воєнні дії формують небезпечні умови, які можуть призвести до тривожно-депресивних розладів. В умовах постійного стресу під час війни у людей часто виникають негативні психічні стани, серед яких особливо виділяються депресивні стани, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад [72, с. 3].

Молодь як соціальна вікова група характеризується цілою низкою емоційних переживань. У цьому періоді відбувається значний вплив на загальний психологічний стан індивіда, перебіг пізнавальних і вольових процесів, зміст діяльності та поведінки. Період молодого розвитку є важливим етапом соціалізації, під час якого починається реалізація життєвого плану, професійне самовизначення, активізується і розширюється сфера спілкування та соціальної активності молоді людини.

Однак соціальна невизначеність, стресові умови життя, спричинені поширеністю депресивних розладів в свою чергу, знижують адаптаційні можливості молодих людей. Як наслідок, знижується здатність молодих людей адаптуватися до соціальних ситуацій та підвищується ризик розвитку депресивного розладу [60, с. 25].

Тривожні та депресивні часто зустрічаються у молоді і є актуальним питанням дослідження у психології. Це пов'язано з тим, що саме в цей період активно формується особистість. В цей період активного розвитку особистості формуються ті самі якості, які необхідні для ведення самостійного та соціально відповідального життя в дорослому віці [11, 15, 107]. Але так чи інакше молодь яка переживає тривожно-депресивні розлади дуже змінюється.

Емоційні прояви при тривожно-депресивних розладах проявляються у смутку, меланхолії, пригніченому настрої, безнадії, стражданнях, дратівливості, тривозі, нездатності відчувати радість, втраті задоволення, втраті інтересу до всього, що відбувається навколо [1, 88].

Фізіологічні прояви проявляються у порушенні сну (безсоння, сонливість), зміни в апетиті (його зниження або навпаки переїдання), зниженні сексуального потягу, зниження переїдання), зниження енергії [80, 97].

При поведінковій зміні спостерігається уникання взаємодії з іншими людьми (небажання спілкуватися, усамітнення усамітнення), відмова від активностей соціального життя, а також зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами, що викликають тимчасове розслаблення [15, 26].

Психологічні зміни виявляються в труднощах із прийняттям рішень, зосередженням уваги, проявами негативізму, постійними похмурими думками про себе, низькою самооцінкою та суїцидальними настроями. Низька самооцінка, суїцидальні думки (при важкій депресії), відчуття власної неповноцінності та безглуздості. Нікчемність, безглуздість і повільність мислення в цьому суспільстві [17, 29].

Депресія – це важкий психічний розлад, здатний суттєво знизити якість життя молодих людей. До основних симптомів депресії належать поганий настрій, втрата інтересу до звичних занять, втома та відчуття безпорадності. Розвитку депресії серед молоді можуть сприяти різноманітні фактори, такі як генетична схильність, стресові ситуації, самотність, втрата близьких або психосоціальні труднощі. [2, с 63].

Достеменно причина виникнення депресивних розладів залишається невідомою, проте існують кілька факторів, які можуть істотно впливати на їх розвиток. Серед них можна виділити біологічні складові, такі як генетична схильність чи дисбаланс нейромедіаторів у мозку. Психологічні аспекти, включаючи стрес, травматичний досвід або надмірне почуття провини, також відіграють значиму роль [119, с. 540]. Крім того, соціальні чинники, наприклад, відсутність підтримки в оточенні або соціальна ізоляція, можуть значно підвищити ризики виникнення депресивних станів.[39, 62, 108] Усі ці аспекти у комплексі можуть створити сприятливий ґрунт для розвитку депресії.

Біологічні фактори мають суттєве значення у виникненні та прогресуванні психічних захворювань. До них відносять генетичну схильність. Спадковість відіграє важливу роль у розвитку багатьох психічних розладів. Дослідження показують, що існує ймовірність розвитку таких захворювань, як шизофренія, біполярний розлад і депресія. Родичів у тих, хто страждає цими розладами, також значно більше [61, с. 39]. Іншим важливим фактором є нейрохімічні зміни. Неспіввідношення або порушення функціонування нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін та норадреналін, може сприяти розвитку депресії, тривожних розладів та інших психічних захворювань [70, с. 21]. До ендокринного фактору відносять гормональний дисбаланс, такий як зміни рівня кортизолу може впливати на психічне здоров'я та сприяти розвитку розладів настрою [31, с. 615].

Важливо також враховувати роль психологічних факторів при виникненні та прогресуванні психічних захворювань. Особистісні характеристики, такі як висока тривожність, низька самооцінка, перфекціонізм, схильність до негативних думок можуть збільшити ризик розвитку психічних розладів [19, 77]. Важка психологічна травма, перенесена в дитинстві та в дорослому житті, наприклад, насильство, втрата коханої людини, катастрофа і т. д., може призвести до розвитку посттравматичного

стресового розладу (ПТСР) та інші розлади. Негативне мислення та когнітивні спотворення розвитку депресії та тривожних розладів[1, 82, 116].

Також виділяють соціальні фактори. До них відносять дисфункціональні сімейні стосунки в яких відсутня підтримка, конфлікти та домашнє насильство, що можуть бути важливими факторами ризику для розвиток психічних розладів у дітей і дорослих. Також фактори, такі як низький соціально-економічний статус, бідність, безробіття та соціальна ізоляція, можуть посилювати ризик розвитку депресії, тривожних розладів та інших психічних розладів. [20, с. 268]. Соціальний тиск, стигматизація психічних розладів, дискримінація, відсутність доступу до якісних послуг. Відсутність вчасної психіатричної допомоги може погіршити стан людей з психічними розладами та ускладнює процес лікування. Екологічні фактори, такі як урбанізація, забруднення повітря та відсутність зеленої зони, високий рівень шуму також можуть впливати на психічне здоров'я.

Вплив факторів депресивних розладів негативно впливає на здоров'я тому виділяють наступні стани: фізіологічні (головний біль, порушення сну, слабкість, втрата апетиту); когнітивні (неприйняття найбільш важливих рис, негативна самооцінка); мотивуючі (пасивність, відсутність мотивації, ініціативи, уникнення, параліч волі, залежність, суїцидальні нахили); емоційний (смуток, занепокоєння, сльози, пригнічений настрій, зневіра, відчувати себе нещасним і спустошеним) [43, 70, 80].

Існує ще одна класифікація, яка визначає фактори, що впливають на розвиток депресивних станів:

Соціальні наслідки депресії заключаються у складності спілкування з оточуючими. Вона створює бар'єри у спілкуванні з близькими, руйнує міжособистісні зв'язки та знижує рівень підтримки від соціального середовища. У ширшому контексті це призводить до деструктивних змін у суспільстві, падає загальна продуктивність, зростає ізолюваність окремих індивідів і виникає більше соціальних напружень [44, с. 5].

Клінічними наслідками є захворювання органів і систем людини, погіршення перебігу вже існуючого захворювання

Імунна система людини знижується, робить організм більш уразливим до інфекцій. Депресія також може сприяти розвитку остеопорозу, а депресивні розлади збільшують ризик серцево-судинних захворювань та інфаркту міокарда вдвічі. [32, с. 42]. Нервова система також страждає. Погіршується пам'ять, концентрація уваги, процеси мислення також зазнають негативного впливу. Депресія має значний вплив на сприйняття болю. Хронічний біль у суглобах, біль у спині або біль у спині, і люди, які страждають від болю в спині, відчувають цей біль більш інтенсивно в періоди депресії. Багато людей категорично заперечують існування депресії [18, с. 15].

Фізіологічні зміни: депресія впливає на системне функціонування. Вплив на тілесні функції. Зміни апетиту призводять до переїдання і збільшення ваги або до анорексії і втрати ваги. Призводить до анорексії та втрати ваги [94, с. 27]. Депресія викликає порушення в гормональній системі та інші фізіологічні зміни Її найбільша підступність полягає в тому, що вона впливає на всі аспекти – тіло, розум та емоційний стан.

Особливості симптомів наведені в таблиці.

Таблиця 1.3.

Особливості факторів впливу

Фактори впливу	Симптоматика
Соціально-комунікативні	- погані відносини з близькими людьми та оточенням; - погіршення благоустрою особистості внаслідок зниження працездатності; - відстороненість, зменшення соціальних взаємодій.
Фізіологічні	- переїдання і збільшення ваги, або зниження апетиту і втрата ваги; - порушення в гормональній сфері організму
Наявність хвороб	- наявні хвороби перетікають важче; - імунітет згасає;

	- важкий перебіг депресії може викликати остеопороз і вдвічі збільшує ризик захворювань серцево-судинної системи; - посилення хронічних болей в суглобах; - болі в різних частинах тіла; - впливає на нервову систему, когнітивні здібності, концентрацію і увагу.
--	---

Отже, тривожно-депресивні розлади у молоді є багатфакторними, де кожен чинник має значний вплив і часто посилюється через взаємодію з іншими факторами. Це підкреслює важливість міждисциплінарного підходу до лікування і профілактики, адже лише врахування біологічних, психологічних та соціальних аспектів може забезпечити стійкий позитивний результат.

1.3. Особливості прояву тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах кризи та воєнного стану.

Війна є екстремальною ситуацією, що виходить за межі звичайного людського досвіду, і може сприяти виникненню тривожно-депресивних розладів серед людей.

Війна, масові поранення, страждання – все це впливає на психічне здоров'я всіх українців. Ті, хто перебуває в центрі інциденту, отримали пряму травму від того, що стали свідками насильства, загибелі рідних тощо.

Люди, які залишають свою країну або переїжджають у безпечнішу територію, не можуть повністю дистанціюватися від подій, які стосуються їхніх родичів і місця, де вони зазвичай живуть [93, с. 210]. Почуття жаху, невідомості, занепокоєння впливають на зростання психічного дистресу та

посилюють тривожно-деприсивні симптоми серед населення, яке як перебуває в країні, так і поза її межами.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожен п'ятий потерпілий від війни має підвищений ризик розвитку психічних розладів, зокрема тривожно-депресивних. В Україні ця кількість оцінюється приблизно в 8,5 мільйонів осіб [111, с. 62]. Згідно з прогнозами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), понад 15 мільйонів українців будуть потребувати психологічної підтримки через вплив війни. Приблизно 4 мільйони людей потребуватимуть лікування для подолання наслідків травматичних подій. Травми викликають складний каскад автоматичних реакцій центральної та вегетативної нервової системи, тривалість і інтенсивність яких залежать від різних біо-психосоціальних факторів. Гостра, відстрочена та хронічна реакції на травматичний стрес проявляються специфічними емоційними реакціями, що при неотриманні своєчасної допомоги та лікування можуть розвинути тривожно-деприсивні розлади [60, с. 25].

Слід враховувати вплив війни на психічне здоров'я, не лише травматичні події (прямий вплив травми), але й повсякденні стресори (низької інтенсивності та потенційно травматичні), щоб подолати розрив між фокусуванням на травмі та подоланням психосоціальних рамок. В умовах війни в Україні населення постійно стикається з таки повсякденними стресорам, як відсутність безпеки, руйнування житла, втрата роботи та відсутність джерела доходу, страх перед невизначеним майбутнім, розлуку з різними, що посилюють психологічну напругу.

Дослідники підкреслили, що повсякденні стресові фактори зазвичай мають близький або миттєвий характер, тоді як вплив війни часто сприймається як більш віддалений досвід. Це особливо актуально для ситуацій конфліктів низької інтенсивності, де насильство проявляється епізодично, а не постійно. У такому разі накопиченні стресові події перетворюються у травматичний досвід, що підвищує загрозу розвитку тривожно-депресивних розладів. Водночас кількість стресових ситуацій, що переходять у розряд

травматичних, визначається рівнем очікуваної соціальної підтримки [50, 98]. Оскільки впевненість людини, яка стикнулася із травмуючим досвідом, в тому, що вона вчасно отримає допомогу від рідних, спільноти та спеціальних служб держави, значно зменшую ризик формування розладів.

Вкраїні населення майже щоденно стикається з поєднанням обох типів стресорів, що значно посилює психологічних дистрес. Ця проблема вимагає посиленої уваги до профілактики, лікування та реабілітації в галузі психічного здоров'я, а також забезпечення соціальної підтримки населення. Ефективним є застосування комплексного підходу до втручань, який враховує як повсякденний стрес, так і прямий вплив війни, забезпечуючи при цьому належну соціальну підтримку для українців.

Невизначеність ситуації посилює тенденцію до розвитку ірраціонального страху. Населення не може спрогнозувати зміни, вона уявляє найгірші сценарії. Це спричиняє генералізовану тривогу, коли страх перед реальною небезпекою перетворюється в безперервне переживання, яке негативно впливає на всі аспекти життя [4, с. 62]. Деякі люди не зможуть розпізнати конкретну загрозу, а відчуття тривоги стають загальним тлом їхнього емоційного стану.

Емоційна адаптація до безперервної загрози є складним процесом, а за умови війни він часто порушується. Психіка людини при даній умові не може нормалізуватися, тому що немає здатності для поповнення ментального ресурсу. Психологічне виснаження і нестача надійності в завтрашньому дні є причиною накопичення стресу, що приводить до виснаження адаптаційних механізмів і розвитку психічних порушень. Внаслідок дії постійного стресу – організм запускає механізми «бий або біжи», але при дефіциті можливості реалізувати один із цих механізмів в реальності стрес накопичується, що в результаті приводить до розвитку тривожно-депресивних розладів.

Через воєнний стан українська молодь відчуває дисфункцію соціальних інститутів (релігія, сім'я, держава, культура) та незадоволення базових потреб (безпека, житло, здоров'я, достатній сон, їжа, одяг та житло) та відчувають

дисфункцію соціальних інститутів і незадоволення базових потреб (безпека, житло, здоров'я, достатній сон, їжа, одяг і житло). Війна в Україні та її наслідки не лише спричинили серйозне погіршення фізичного здоров'я українського народу, але й залишили такі негативні наслідки негативний вплив на психічне здоров'я людей [20, с. 267]. Це пов'язано з труднощами адаптації людей до суворих умов життя, відсутністю життєвого досвіду, пов'язаного з війною, та постійним стресом від відчуття загрози власному життю та життю і здоров'ю близьких. Тривалі бойові дії можуть деморалізувати і підвищувати ризик виникнення депресії та депресивних станів.

У сучасному житті тривожні та депресивні розлади стали невід'ємною частиною нашого існування. Це явище, яке викликає неспецифічні реакції в організмі, є результатом взаємодії різних факторів, які піддають депресивному впливу всього організм [33, с. 36]. Основне питання полягає в тому, як депресія впливає на життя молодих людей.

Слід зазначити, що депресивні розлади можуть набувати різних форм, починаючи від повсякденних труднощів і закінчуючи серйозними життєвими викликами. Однак, незалежно від характеру тривожно-депресивний розлад – це відповідь на виклики, які виходять за межі звичайних норм нашої нервової системи та психології [96, с. 178].

При виявленні депресії необхідно звертати особливу увагу на те, як молоді люди переживають тривожно-депресивні розлади. Щоб зрозуміти, як організовані страждання від депресії, необхідно проводити дослідження впродовж тривалого часу. Депресивні люди розглядаються через призму розмитості ідентичності, невпевненості у власних потребах, без відображення інших значущих людей і з труднощами у збереженні мінімальної амбівалентності.

Поведінковий феномен розвитку тривожно-депресивного розладу має такі основні аспекти. При суб'єктивності досвіду – розлад я розглядається як досвід, унікальний для кожної людини, що включає почуття безнадійності, глибокого смутку та емоційної порожнечі. Феноменологічний підхід базується

на дослідженні того, як люди сприймають і розуміють свій стан і як вони переживають тривожно-депресивний розлад у своєму житті. Це дозволяє глибше зрозуміти внутрішній світ пацієнта. Сюди входять почуття, думки та тілесні відчуття. Цілісний підхід стверджує, що розлад впливає на всю особистість, включаючи когнітивні, емоційні та фізичні аспекти. Депресія – це не лише розлад настрою, а й комплексний розлад, що впливає на всі сфери життя людини. При виявленні цінності і значенні – увага приділяється значенню, яке люди надають своєму досвіду розладу [50, с. 47]. Таке осмислення може бути пов'язане з особистою історією, культурним фоном і життєвими обставинами.

Залежно від основних ознак психічних розладів розрізняють наступні види депресії. При нудьгуючій депресії відчувається сильний, нестерпний психічний біль, що має фізичні симптоми, локалізовані в області грудної клітини, рухову загальмованість. Для тривожної депресії характерна безпричинна тривога, рухова тривога, збудження. Апатична депресія характеризується байдужістю до себе і близьких, відсутністю бажання щонебудь робити. При динамічній депресії людина не в змозі щонебудь робити, активність сповільнюється через негативні переживання і знижених імпульсів. Реактивна депресія виникає в зв'язку з важкими травмуючими ситуаціями і характеризується швидким наростанням емоційних станів, таких як зневіра, депресія, апатія і відчай, пасивність переважає над поведінкою, а твердження на адресу інших переважають над заявами [58, с. 46]. При дискомфортній депресії характерний поганий настрій супроводжується дратівливістю і агресією.

Молоді люди, що живуть в тривожно-депресивних станах, поведуться трохи інакше, ніж здорові люди. Депресія більшою чи меншою мірою впливає на всю людину і перебудовує її. Ці зміни можуть бути поступовими, але депресивна людина – це вже не та людина, якою вона була до початку депресії. Тобто вони перебувають у стані, який у науці називається тривожно-депресивним станом – це складне поєднання емоцій, думок, ідей і спогадів, що

характеризується постійним депресивним станом і втратою інтересу до будь-якої діяльності, навіть до тієї, яка колись приносила задоволення, неможливістю виконувати повсякденні завдання і відчувати негативні емоції по відношенню до себе і навколишнього світу, особливо в екстремальних ситуаціях [60, с. 24].

Депресивний стан заснований на психологічній складовій терміну депресія. У психологічній літературі депресивні стани класифікуються як психічні стани, що мають необхідні психологічні характеристики. Це емоційні стани, які визначаються негативними емоційними факторами, уповільненням психічних процесів і загальною загальмованістю людини. У таких станах переважають відчайдушні думки про сьогодення і майбутнє, думки про смерть і самогубство, і в таких станах людина може бути самотньою, незавершеною, непотрібною, безнадійною. Деякі вчені розглядають депресію як емоційний розлад або когнітивний стан, що виникає під впливом психотравмуючих факторів, коли активується так звана «когнітивна тріада депресії». Перший її компонент пов'язаний із негативним сприйняттям себе (людина вважає себе нікчемною, безпорадною і неспроможною). Другий компонент відображає песимістичне ставлення до навколишнього світу, який сприймається через призму невдач, поразок і похмурих оцінок минулого та теперішнього. Третій компонент полягає у песимістичному прогнозі на майбутнє, яке уявляється як безрадісне й безперспективне [92, с. 174]. Такі когнітивні патерни стають основою для формування мотиваційних, поведінкових і фізичних симптомів депресії.

Зміст поняття «депресивний ста» відноситься до класу психічних станів, склад суб'єктивного стану в невербальних проявах (жестах, міміці) і негативних проявах емоцій і настроїв – це депресивний стан, що випробовується молодими людьми при об'єднанні змін на психічному і фізичному рівні, підкреслення вроджених емоційних розладів. Тому спостерігаються типові симптоми депресії: самотній спосіб життя, людина прагне усамітнитися і уникає соціальних контактів, швидко змінюється

настрій і поведінку, відмова від занять, які раніше приносили задоволення, нудьга від звичного виду діяльності, порушення сну і харчової поведінки (булімія, анорексія, переїдання, постійне відчуття голоду, безсоння або сонливість), самовпевненість або прояв небезпечної, часто небезпечної для життя поведінки, низька самооцінка, почуття неповноцінності, відчуття власної неповноцінності, фізичні захворювання: головний біль, болі в тілі, болі в спині, розлад шлунка, думки про самогубство [35, 46, 61, 80].

Депресію традиційно поділяють на класичну депресію, невротичну депресію та психогенну депресію. Класична депресія характеризується пригніченістю, сумом, тривогою та відсутністю задоволення від повсякденного життя. Її основними симптомами є відсутність сили волі, відсутність свободи мислення та відсутність рухових реакцій [36, с. 506]. Невротична депресія характеризується наслідками травматичних ситуацій. Порушення сну, тривожні пробудження, головний біль, низький кров'яний тиск, загальна слабкість, млявість і втрата лібідо – основні симптоми невротичної депресії. Невротична депресія часто зустрічається у людей безкомпромісних, відвертих і невпевнених у собі [9, 80].

Психогенна депресія виникає внаслідок втрати важливих цінностей, втрати або смерті близької людини. Для психогенної депресії характерні перепади настрою та дратівливість. Спогади про минуле, нудьга, відчуття власної нікчемності, негативне забарвлення минулого досвіду та життєвих епізодів, а також суїцидальні тенденції є ключовими рисами людей з депресивними реакціями [94, с. 27].

Тривожні та депресивні розлади у молодих людей майже завжди формуються в ситуаціях тривалого кризового стресу [103, с. 230]. Стрес – це стан максимального психічного напруження значної несприятливості, інтенсивності та стійкості в процесі діяльності або поведінки під впливом зовнішніх і внутрішніх неспецифічних для людини умов середовища та поведінки.

Коли людина переживає травматичний досвід, вона часто стикається з гострою реакцією на стрес – це те, як тіло природно реагує на ситуації, що викликають сильний дискомфорт [48, с. 407]. Цей механізм є несвідомим і захисним, дозволяючи людині швидко оцінити загрозу та активувати серію фізіологічних процесів, спрямованих на виживання в критичних умовах.

Існують три основні автоматичні реакції на стрес, відомі як: «бий, біжи та завмири» Бий означає активну форму поведінки, яка включає напад, прояв агресії та емоційність. Людина може діяти імпульсивно, намагаючись вирішити проблему за допомогою сили або напору. Біжи є ще однією активною реакцією, яка характеризується втечею і спробами уникнути небезпеки. Вона супроводжується хаотичними діями і підвищеною активністю мозку, що часом призводить до неправильних рішень. Завмири визначається як пасивна форма поведінки, коли людина відчуває труднощі з прийняттям рішень і подоланням проблем. Їй стає важко реагувати на ситуацію, виникає бажання відокремитись від соціуму та зосередитися на внутрішніх переживаннях

Класична концепція стресу виокремлює три фази (стадії) розвитку стресу: стадію тривоги, стадію резистентності, стадію виснаження.

Перша фаза передбачає мобілізацію захисних функцій організму. Фаза тривоги варіюється за тривалістю залежно від інтенсивності та характеру шоку і зазвичай призводить до адаптації організму до нових умов існування. Ця фаза настає при першій появі стресора. Порушуються деякі соматичні та вегетативні функції і активуються механізми саморегуляції процесу захисту [25, 46, 98]. Виникають біологічні реакції, які викликають боротьбу або втечу. Опірність організму знижується («фаза шоку»), за якою слідує активація захисних механізмів («фаза контршоку»). У більшості людей це проявляється у вигляді емоційного застою і зниження працездатності. Суть цієї фази полягає в компенсації змін артеріального тиску, скорочень міокарда, падіння температури тіла і подальшого шоку. Контршок має механізм компенсації.

Збільшується кількість глікогену в печінці та покращується кровопостачання мозку і серця.

Друга фаза стресу означає, що організм адаптувався до нового подразника, і ця адаптація вимагає витрат енергії та збільшення кількості антистресових гормонів. Мета цієї фази – підвищити стійкість організму до дії стресора. Під час цієї фази організм мобілізує всю імунну систему, щоб захистити людину від зовнішніх стресових подразників. Такі клітини, як лейкоцити (імунні клітини або лейкомічні клітини), проникають у клітини шкіри, намагаючись захистити поверхню шкіри від патогенної бактеріальної інвазії. На противагу цьому, кількість лейкоцитів у селезінці та периферичній крові зменшується, а імунітет знижується [46, 70]. Наслідки можна очікувати у вигляді зміненого емоційного стану, тремтіння в кінцівках, панічних атак і різкої зміни емоцій. Часто цей стан сприймається як легка ейфорія, відчуття розслаблення після максимального напруження. Для деяких людей ці відчуття мотивують ризиковану поведінку.

Початок третьої стадії відповідає явищам безнадійності, безпорадності та розчарування, які вражають людей у безвихідних ситуаціях. Вразливість до втоми є характерною рисою. Фізичні проблеми можуть призвести до хвороби і навіть смерті. Ті ж самі реакції, які дозволяють нам протистояти короточасному стресу – збільшення енергії м'язового напруження, запобігання появі ознак болю, зупинка травлення і прискорення кровообігу – можуть призвести до смерті.

Це включає в себе зупинку травлення і підвищення кров'яного тиску. На цьому етапі організму не вистачає ресурсів, щоб впоратися зі стресором, і він знову переходить у стадію тривоги (перша стадія стресу). Наступний етап – перезбудження кори головного мозку, що призводить до надмірного гальмування. Це може призвести до посттравматичного стресового розладу, депресії, емоційного виснаження та загострення хронічних захворювань [70, с. 21]. Необхідність чергувати складну, пікову роботу з рутинними завданнями протягом дня. Необхідно знати свої «межі» стресу та симптоми

(головний біль, сильна дратівливість, безнадія, втрата відчуття напрямку, запаморочення, підвищений/знижений артеріальний тиск), які вказують на початок фази втоми. Корисно знати основні заходи самопомоги (нормалізувати кров'яний тиск, робити глибокі вдихи, пити достатню кількість води).

Стресори – це фактори навколишнього середовища та особистісні чинники, які порушують фізіологічні та психічні функції людини, впливають на нервову систему і викликають стрес [37, с. 65]. Ці ж фактори можуть впливати на розвиток тривожних розладів і депресії.

Існує три типи стресорів. Стресори I категорії – це ті, над якими ви практично не маєте контролю, наприклад, ціни, податки, погода і характер людей, які вас оточують. Стресори II категорії – це ті, на які ми можемо і повинні впливати. Це те, на що варто звернути увагу і, якщо діяти правильно, можна змінити ситуацію. Стресори III групи – це події та явища, які ми самі перетворюємо на проблеми. Щоб позбутися стресів III групи, потрібно подивитися на ситуацію під іншим кутом.

У динаміці переживання тривожно-депресивного розладу та стресу виділяють чотири стадії.

I стадія – заперечення, або стадія шоку: на цій стадії, яка настає одразу після травматичної події, людина не здатна прийняти те, що сталося, на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівного впливу травматичної ситуації.

II фаза – фаза агресії та почуття провини: поступово людина починає згадувати, що сталося, і намагається звинуватити тих, хто був прямо чи опосередковано причетний до події. Потім вона звертає свою агресію на себе і відчуває сильне почуття провини.

III стадія – депресія: депресія починається після того, як людина усвідомлює, що ситуація сильніша за неї. Вона супроводжується відчуттям безпорадності, самотності, самотності та непотрібності. Людина не знаходить

виходу з ситуації, що склалася, і втрачає відчуття мети. Життя втрачає сенс. На цьому етапі дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких,

Однак люди, які пережили травму, не завжди її отримують, оскільки несвідомо бояться бути «зараженими» своїм станом. Крім того, люди в депресивному настрої все більше втрачають інтерес до спілкування. Співрозмовник починає втомлюватися, спілкування переривається і посилюється самотність [41, с. 80].

IV стадія – це стадія зцілення: характеризується повним прийняттям (свідомим і емоційним) свого минулого і набуттям нового сенсу життя. Людина здатна винести з події корисний життєвий досвід.

Одним із синдромів, що лежать в основі посттравматичного стресового розладу, є депресія [7, с. 9]. Люди часто вживають слово «депресія», що означає стан смутку, поганого настрою, туги і зневіри. Почуття смутку та пригніченості періодично виникають у кожної людини й зазвичай мають зрозумілі причини, такі як втома чи переосмислення негативного досвіду.

Важка депресія може стати причиною суїцидальних спроб. До форм саморуйнівної поведінки, крім суїциду, відносять зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими препаратами, курінням, навмисне перевантаження на роботі, завзяте небажання лікуватися, небезпечне водіння автомобіля, захоплення автомобілями, екстремальними видами спорту [69, с. 54].

Переживання стресу, кризи чи психотравми завжди супроводжується суб'єктивними та об'єктивними змінами. Суб'єктивний компонент (внутрішні стани) включають емоційні реакції, негативні думки про себе в минулому і майбутньому, особливості саморегуляції та самопізнання, ставлення до інших. Об'єктивний компонент (зовнішні прояви) проявляються у характерній міміці, пантоміміці, жестах, що властиві песимістичним почуттям, нестійкості, неувважності, низькій концентрації уваги, утрудненні зосередження, порушенні пам'яті та мислення, мовних утруднення, порушеннях зв'язаності та логічності мови, вибіркового сприйнятті негативних ситуацій тощо, зміні поведінки.

Психотравмуючі події під час війни супроводжуються реакцією втрати колишнього способу життя та майна, горем, смертю друзів, рідні, приятелів [29, с. 86]. Кожна людина стикається з втратою близької людини. Д Людина, яка переживає горе, часто стикається з регулярними нападами фізичного дискомфорту, такими як спазми в горлі, утруднене дихання, прискорене дихання, знижений м'язовий тонус і сильний душевний біль. У такому стані вона може зосереджуватися на думках про померлого або розмірковувати про власну смерть. Можуть спостерігатися незначні зміни в свідомості – відчуття нереальності того, що відбувається, ізольованість від оточуючих.

Динаміка емоційних реакцій молодих людей на стресові фактори під час воєнного стану, що викликають тривожно-депресивний розлад. Шок від звістки про ситуацію, що склалася, супроводжується рвучкими або розгубленими рухами. Заперечення нових і нестерпних знань про себе функціонує як захисна функція психіки, блокуючи підключення особистісних ресурсів. Агресія – це відчуття несправедливості. Людина прагне знайти пояснення ситуації, що призвела до порушення, і нерідко звинувачує в цьому оточуючих. Основою такої реакції є страх. Депресія – людина не вірить у вирішення ситуації, не знаходить в ній сенсу і висловлює суїцидальні думки. «Прийняття» або «спроба співучасті з долею» – це прийняття реальності, співпраця з іншими та відчуття психологічного полегшення і рівноваги. Це відчуття полегшення і рівноваги. Створюється новий сенс і приходить відчуття звільнення. У деяких випадках процес звільнення від перешкод призводить до багатства і гармонії особистості [5, с. 30].

Психічні стани людей в екстремальних ситуаціях різноманітні і різні. У перші моменти реакції людей переважно доброзичливі. Реакції «Я» – це переважно доброзичливі реакції, мотивовані інстинктом самозбереження. Рівень адекватності цих реакцій варіюється від індивіда до індивіда, варіюючись від панічних і безглузвих до свідомих і цілеспрямованих. У пацієнта може виникати стан психогенної анестезії (відсутність болю), який

проявляється протягом перших 5-10 хвилин після травми або опіку. У цей час людина залишається при ясній свідомості та здатна діяти раціонально.

Психологія класифікує психосоматичні наслідки травматичних ситуацій для людини за такими основними динамічними стадіями: непатологічні психофізіологічні реакції: зазвичай тривають кілька днів [49, с. 51]. На психологічному рівні вони характеризуються емоційним стресом, погіршенням особистих уподобань та порушенням сну. На соціальному рівні характеризуються критичною оцінкою того, що відбувається, цілеспрямованою активністю [44, с. 5]. Психогенні адаптаційні реакції тривають протягом 6 місяців. Тривають протягом місяців. На психологічному рівні характерний невротизм на рівні інвалідизації присутні астения, депресивний та істеричний синдроми.

На психологічному невроз характеризується втомою, нав'язливі ідеї, істерія, емоційними або шокowymi реакціями, станами сутінкової свідомості, руховим збудженням або, навпаки, гальмуванням, психічними розладами. На соціальному рівні він характеризується втратою критичного розуміння, нездатністю займатися цілеспрямованою діяльністю, нездатністю до цілеспрямованої діяльності, значними особистісними неузгодженостями та ціннісними розбіжностями. Сюди відносяться ціннісні неузгодженості в структурі особистості та міжособистісні конфлікти; патологічний розвиток особистості.

Тривожно-депресивна реакція завжди супроводжується наслідками, які є результатом перенесених попередніх реакцій. Ці наслідки включають:

Гостра реакція на стрес є розладом, що виникає у людини без інших проявів психічних захворювань у відповідь на надзвичайний фізичний або психічний стрес, і зазвичай зникає протягом кількох годин або днів. На поширення й інтенсивність стресових реакцій впливають індивідуальна вразливість та здатність до самоконтролю [51, 83].

Розлад адаптаційних реакцій – це стан, що супроводжується суб'єктивними переживаннями та емоційними труднощами, які ускладнюють

соціальну активність та поведінку. Він виникає під час адаптації до суттєвих життєвих змін або стресових подій. Такі події можуть порушувати інтеграцію соціальних зв'язків особи (наприклад, втрата чи розлука) або впливати на розширену систему соціальної підтримки та цінностей (наприклад, міграція або статус біженця) [21, с. 13]. Ці фактори також можуть виявлятися через різноманітні зміни та перетворення в житті (наприклад, початок навчання, набуття батьківського статусу, невдача в досягненні важливої особистої мети чи вихід на пенсію).

Тривожні та депресивні розлади часто стають причиною психогенних реакцій у молодих людей та формування неврозів, таких як апатія, думки про смерть, панічні атаки тощо. Ці розлади спричинені важкими травматичними переживаннями.

Причиною цих розладів є важке травматичне переживання, в результаті якого розвивається адаптаційний або посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації виникають в результаті впливу психоемоційного стресу, який не досяг катастрофічного рівня. Хворобливі симптоми розвиваються протягом 1 місяця після травматичного переживання.

Тривалі депресивні реакції F43.21 – легкі депресивні стани-реакції на тривалі психотравмуючі стани, які зберігаються протягом 2 років. Пацієнти скаржаться на швидку стомлюваність, зниження апетиту, порушення сну, дратівливість, зниження настрою, втрату інтересу до того, що раніше приносило задоволення [7, 42].

При тривожному варіанті F43.23 пацієнти регулярно відчують психічний і фізичний дискомфорт, емоційне напруження, нав'язливість, тривогу за майбутнє, напруженість, відчуття нездатності розслабитися. Пацієнти сумніваються в правильності своїх дій, а описані порушення можуть призвести до помітних фізичних симптомів, таких як головний біль, блідість або почервоніння шкіри, нестабільність артеріального тиску, тахікардія, відчуття оніміння або похолодання кінцівок [97, с. 54].

Змішані тривожно-депресивні реакції F43.22 проявляються тривожними і депресивними симптомами, які не перевищують інтенсивності тривожного розладу.

Основним клінічним проявом розладів групи тривога-фобія, кодованих в МКБ-40, таких як F10, є патологічна тривога-нав'язливий страх з різними фобіями. Тривога – це дуже неприємне, розсіяне відчуття небезпеки, що супроводжується різними порушеннями харчування, такими як прискорене серцебиття, пітливість, неприємне відчуття порожнечі в надчеревній ділянці і відчуття стиснення в грудях. Пацієнти зазвичай не можуть всидіти на місці і проявляють Озанепокоєння [4, 105].

До панічного розладу відносять панічні атаки, що виникають спонтанно, без провокуючого впливу. У пацієнта негайно розвивається страх очікування повторних нападів. У стані нападу пацієнт відчуває сильну тривогу і загальне нездужання. Напад починається раптово, досягає максимуму через кілька хвилин і триває кілька хвилин з вегетативними порушеннями. Розрізняють панічний розлад середньої тяжкості (не менше 4 нападів на місяць) і важкий панічний розлад (не менше 4 нападів на тиждень на місяць).

Обсесивно-компульсивний розлад характерний наявністю обсесивних думок. Obsесивні думки – це нав'язливі думки, неприємні помисли, які проявляються у всьому процесі мислення пацієнта з критичним ставленням до пацієнта і бажанням позбутися від них. Obsесивні і нав'язливі ідеї володіють багатьма подібними якостями. Вони характеризуються тим, що з'являються в свідомості пацієнта, супроводжуються тривогою і страхом, змушуючи пацієнта чинити опір, або, як правило, пацієнт сприймає їх як чужі його особистості, усвідомлюючи їх абсурдну природу і намагаючись протистояти їм [78, 83].

Істеричний невроз частіше розвивається у людей артистичного типу і при психічному дитинстві, емоційної незрілості, вразливості і безпосередніх ознаках. У клінічній картині істеричного неврозу спостерігається група емоційних, вегетативних, рухових і сенсорних симптомів.

Дисоціативний розлад – це група синдромів, що характеризуються раптовим тимчасовим порушенням нормально інтегрованої функції свідомості, розуміння себе або поведінки, прикладом яких є сенсорні розлади у таких пацієнтів. Вони представлені порушеннями чутливості і больовими відчуттями в різних органах і частинах тіла. Розрізняють такі типи дисоціативних розладів: амнезія, фуга, ступор, стану трансу і одержимості, порушення рухів і відчуттів, синдром Гюнтера, розлади множинної особистості [31, 63].

Дисоціативна амнезія (F44.0) – найпоширеніший розлад цієї групи, що виникає під час військових операцій та стихійних лих, частіше зустрічається у підлітків та молоді, а також у жінок, ніж у чоловіків. Причиною дисоціативної амнезії є психотравмуючі переживання, коли пацієнт стає свідком важких травм і смерті іншої людини, а також страх за своє життя. Пусковим фактором може бути як реальна загрозлива подія, так і грандіозна подія. Амнезія зазвичай протікає гостро, але пацієнт помічає, що втратив пам'ять, і ставиться до цього болісно або апатично [56, с. 267].

Дисоційована фуга (F44.1) часто проявляється у втечі з дому, нездатності згадати своє попереднє життя та віддаленні на великі відстані. Жебрацтво пацієнта часто виглядає як навмисна поведінка. Пацієнт не усвідомлює, що він щось забув. Пацієнт не справляє враження людини, яка втратила пам'ять, ні на того, хто повадився неадекватно, ні на інших людей.

Дисоціативний ступор (F44.2). У пацієнтів з психогенними впливами спонтанні рухи, мова, а також реакції на зорові, слухові і тактильні подразники знижені або відсутні зовсім. У той же час зберігається м'язова напруга і здатність стояти.

Дисоціативний транс і обсесивний стан (F44.3) трансовий стан характеризується зміною свідомості з втратою ідентичності, звуженням обсягу свідомості, коли пацієнт концентрує свою увагу на певному подразнику і здатність сприймати те, що знаходиться в навколишньому середовищі,

знижується. Це часто трапляється в ситуаціях, коли здатність рухатися і говорити обмежена [42, 66].

Розлад множинної особистості *F44.81*. Цей розлад характеризується тим, що у пацієнта є кілька особистостей з певними діями і установками на певний період часу. У цьому випадку різні комбінації індивідуального досвіду, спогадів, характеристик і здібностей, що складають зміст особистості, реорганізуються в свідомості, що ускладнює чітке розпізнавання цього в клініці.

Причиною неврастенії є тривалий вплив несприятливих факторів, серед яких головну роль відіграє нервово-професійний стрес. Основною причиною невротизації є високий рівень стресу, тобто велика кількість інформації, яку доводиться засвоювати в умовах дефіциту часу та високих вимог на робочому місці. Основним клінічним проявом неврастенії є дратівлива слабкість.

Пацієнти скаржаться на швидку стомлюваність, слабкість і погану працездатність. Вранці дуже важко «зібратися», а вдень симптоми астенії дещо зменшуються і працездатність трохи підвищується, але втома швидко настає знову, і кожна дія вимагає неймовірних зусиль. Пацієнт стає нетерплячим і не може терпіти очікування. Як наслідок, недієздатність посилюється, і пацієнт відчуває провину за те, що він або вона говорить або робить під час недієздатності.

Вдень пацієнти відчувають сонливість, але не можуть заснути навіть тоді, коли мають можливість відпочити. Постійною скаргою цих пацієнтів є головний біль (тиск, стиснення, поколювання), який зазвичай посилюється після фізичного або емоційного навантаження. Більшість пацієнтів скаржаться на дискомфорт у різних органах [56, с. 268]. Проходять консультації у різних спеціалістів, але нічого патологічного не знаходять, але це не заспокоює пацієнта. Пацієнти звертають увагу на ці відчуття і замислюються, чи не страждають вони на якесь серйозне невиліковне захворювання. Кардіопатія часто супроводжується іншими симптомами нервового виснаження.

Порушення адаптації включають тривогу, депресивний стан, нервозність, гнів, внутрішнє напруження – це може проявлятися у вигляді різних емоційних симптомів, таких як F. 43.23. У деяких пацієнтів в структурі підліткових реакцій горя на перший план виходять поведінкові розлади, агресивні або асоціальні форми – F. 43.24. У пацієнта виникає короткочасна реакція дратівливості, агресії, гніву. Для нього характерна нетерпимість до всього навколишнього, схильність звинувачувати інших у своїх невдачах. Такі форми поведінки з'явилися після дії травмуючих факторів і не були характерні для попередніх пацієнтів [72, 48, 10]. Всі перераховані вище форми порушень адаптації зберігаються протягом 6 місяців з моменту припинення стресу, за винятком тривалих депресивних реакцій. Перебіг може бути прогресуючим (посилення хворобливих симптомів і їх трансформація в інші патологічні форми), рецидивуючим (ремісії і рецидиви), дегенеративним (помітне зниження інтенсивності і частоти хворобливих симптомів).

Отже, прояви тривожних та депресивних розладів серед молоді в умовах кризи та воєнного стану є унікальними, серйозними та багатограними. Незахищеність, загрози безпеці, невпевненість у завтрашньому дні, втрата, порушення нормального соціального та освітнього середовища – всі ці фактори формують низку особливих психологічних та емоційних викликів для молодих людей.

Висновки до першого розділу.

Тривожно-депресивний розлад являє собою психічний стан, який супроводжується одночасною присутністю тривожних і депресивних симптомів. Взаємодія цих проявів призводить до формування стійкого негативного емоційного фону, когнітивних дисфункцій та порушення повсякденної діяльності.

Основними складовими розладу є: тривожний компонент (постійна напруженість, надмірна тривога, страх перед негативними подіями, а також соматичні прояви (тремтіння, прискорене серцебиття, надмірне

потовиділення) і проблеми зі сном) та депресивний компонент (знижений емоційний фон, втрата інтересу до життя, низький рівень енергії, когнітивні порушення (уповільнене мислення, труднощі з концентрацією уваги) та, у деяких випадках, суїцидальні думки).

Згідно з класифікацією МКХ-11, цей розлад може бути виділений як самостійна патологія (змішаний тривожно-депресивний розлад) або виникати на тлі інших психічних порушень. Його розвиток пов'язаний із взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, які відіграють ключову роль у формуванні цього стану.

До біологічних чинників тривожно-депресивних розладів відносять спадкову схильність, що впливає на порушення балансу нейромедіаторів, зокрема серотоніну, дофаміну та гамма-аміномасляну кислоту, що ускладнює регулювання емоційного стану. Підліткові гормональні перебудови та підвищення рівня кортизолу внаслідок стресу також відіграють важливу роль у формуванні цих розладів. Крім того, структурні зміни в мозку, такі як скорочення гіпокампа чи надмірна активність мигдалеподібного тіла, впливають на здатність справлятися зі стресовими ситуаціями. Погіршують ситуацію хронічний стрес, розлади сну, фізичні хвороби та зловживання психоактивними речовинами.

Психологічні чинники тривожно-депресивних розладів у молоді під час війни пов'язані з численними стресовими факторами, які сильно впливають на емоційний стан [59, 89]. Постійний страх за своє життя та безпеку близьких спричиняє хронічну тривогу. Травматичні переживання, такі як втрата дому, родини або участь у бойових діях, залишають глибокі психологічні шрами, що можуть призвести до депресії. Соціальна ізоляція, викликана евакуацією чи зміною оточення, породжує почуття самотності та нестачу підтримки. Невизначеність майбутнього, порушення звичного ритму життя, такі як зміни у навчанні та соціальній активності, викликають відчуття безнадії. Крім того, постійний потік негативної інформації про війну через новини збільшує емоційну напругу і тривожність.

Соціальні чинники істотно впливають на формування тривожно-депресивних розладів у молоді під час війни. Одним із головних аспектів є зміна оточення через евакуацію або вимушене переселення, що руйнує соціальні зв'язки, викликаючи почуття ізоляції та відчуження. Відсутність підтримки з боку друзів, однолітків чи навчального середовища поглиблює емоційний стрес і підсилює тривожність. Економічна нестабільність у сім'ях, спричинена воєнними обставинами, призводить до значного зниження рівня життя, що викликає страх перед майбутнім. Дефіцит доступу до якісної освіти, медичних послуг та інших важливих ресурсів лише загострює ситуацію. Водночас адаптація до нових умов життя у громадах чи інших країнах стає складною, особливо за наявності мовних і культурних бар'єрів. Інформаційний простір, соціальні мережі, де молодь спостерігає чужі переживання або порівнює себе з іншими, лише підсилюють психологічне навантаження.

Дослідження особливостей прояву тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах кризових ситуацій та воєнного стану дозволило ідентифікувати ключові закономірності їх виникнення та перебігу. З'ясовано, що молодь є надзвичайно вразливою до тривалого впливу стресових факторів, які призводять до формування патологічних емоційних станів.

Основними проявами тривожно-депресивних розладів у цих умовах є домінування почуття тривоги, постійного страху, емоційного виснаження, яке супроводжується порушеннями когнітивної діяльності та зміненою поведінковою реакцією. Молодь демонструє зниження концентрації уваги, складнощі у прийнятті рішень, зменшення інтересу до навчання та соціальної активності, що негативно впливає на їх адаптаційні можливості. Серед інших особливостей виділяється те, що молоді люди гостро реагують на довготривалу загрозу їхньому життю та безпеці, втрату звичних життєвих умов і порушення перспектив на майбутнє. Часто виявляється схильність до емоційної нестабільності, самоізоляції, почуття безнадії та неспроможності впоратися з ситуацією.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

2.1 Організація методики дослідження

Для реалізації емпіричного дослідження з вивчення тривожно-депресивних розладів серед молодих людей було організовано чотири ключових етапи, які забезпечили всебічний аналіз і розуміння предмета (рис. 2.1.)

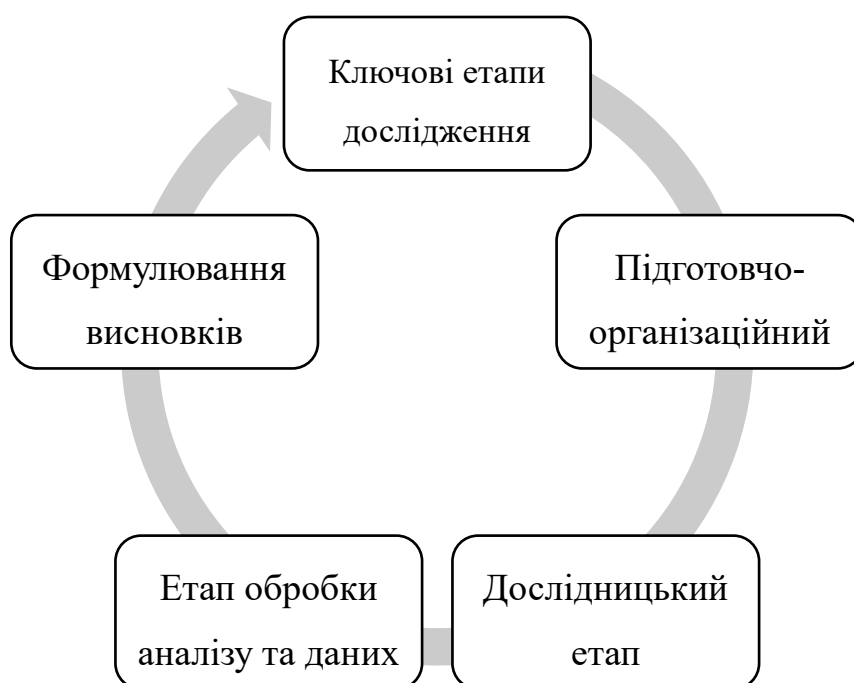


Рис. 2.1. Ключові етапи дослідження

Перший етап (підготовчо-організаційному) було проведено вичерпний аналіз для обрання найбільш адекватної та систематичної методології, призначеної для глибокого вивчення складних аспектів тривожно-депресивних розладів. Враховуючи багатогранність цих психічних станів, основу дослідження становив детально розроблений план вибірки. Він охоплював 64 учасників, віковий діапазон яких становить від 17 до 22 років. Усі вони були студентами Одеського національного економічного

університету за спеціальністю «Психологія», що дозволило акцентувати увагу на специфічних аспектах їхнього вікового періоду та професійної підготовки. Були чітко сформульовані завдання, які стали маяками для подальших етапів. Серед основних завдань названо визначення рівнів тривожності та депресії серед студентів, оцінку їхньої соціально-психологічної адаптації та виявлення можливих кореляційних зв'язків між різноманітними досліджуваними змінними.

Другий етап (дослідницький) був присвячений активному збору первинних емпіричних даних, які отримували за допомогою складних анкет і спеціально створених тестів. Дослідницька частина передбачала глибоке вивчення рівнів тривожно-депресивних розладів серед учасників, а також ретельний аналіз когнітивних і соціальних чинників, котрі можуть виступати передумовами для розвитку таких розладів. Емпіричний матеріал надав можливість структурні фактори, що істотно сприяють виникненню цих розладів.

Третій етап обробки, аналізу та інтерпретації даних включав застосування статистичного аналізу, зокрема методів рангової кореляції Спірмена, що дозволило виявити важливі кореляційні зв'язки між різними складовими тривожно-депресивних розладів. Результати статистичної обробки дозволили не тільки перевірити існуючу теоретичну модель розвитку цих розладів, але й, за потреби, внести корективи або навіть спростувати її. Таким чином, цей етап надав критично важливу інформацію для подальших висновків і рекомендацій.

Четвертий етап заключний полягав у формулюванні ключових висновків на основі детального аналізу зібраних даних. Було визначено різні фактори, що мають значний вплив на розвиток тривожно-депресивних розладів серед студентів. Зокрема, соціальна адаптація, рівень стресу, навчальне навантаження та міжособистісні взаємини виявилися найважливішими чинниками, які впливають на психоемоційний стан молодих людей.

Дослідницька вибірка складалася з 64 респондентів – студентів-психологів віком 17-22 років. Участь у дослідженні брали студенти 1-4 курсів університету, що створило достатню різноманітність у вибірці та забезпечило багатий обсяг емпіричних даних. Збирання даних відбувалося в комфортній атмосфері університетського середовища, що сприяло кращій точності та якості відповідей респондентів, що є важливим для подібних досліджень.

Перелік підібраних методик для здійснення емпіричного дослідження наводимо у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Методики дослідження

№	Назва методики	Автор/и	Мета
1.	Діагностика суб'єктивного відчуття Самотності	Д. Рассел та М. Фергюнсон	Визначення рівня самотності у людини.
2.	Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт	Виявлення симптомів тривоги і депресії.
3.	Діагностика соціально-психологічної адаптації	К. Роджерс та Р. Даймонд	Визначення рівня соціальної адаптації, здатність особистості пристосовуватися до соціальних викликів, а також оцінити емоційну компетентність.
4.	Тест на визначення рівня стресу	Ю. В. Щербатих	Допомогти оцінити загальний рівень стресу, що дає змогу краще розуміти вплив стресу на особистість та вчасно застосовувати відповідні заходи для зменшення негативних наслідків.

Отже, головною метою даного дослідження є детальна оцінка тривожно-депресивних станів у вибраній групі учасників. Для досягнення цієї мети були використані різноманітні додаткові інструменти збору та аналізу даних, які забезпечують комплексний підхід. До таких інструментів відносяться:

- ретельно розроблений план дій, який забезпечує структурованість дослідження;
- спостереження, що дозволяє збирати об'єктивну інформацію про поведінкові прояви;
- бесіди та інтерв'ю, які дають можливість отримати глибше розуміння емоційного стану учасників через їх особистісні висловлювання;
- опитування та тестування, що забезпечують кількісні дані для подальшого аналізу;
- комплексна обробка зібраних результатів, що дозволяє виявити закономірності та зробити висновки.

Цей підхід забезпечує усе охоплюючу картину тривожно-депресивних станів і сприяє розробці ефективних стратегій їх подолання.

2.2 Методичне забезпечення дослідження

Основна увага була на збиранні первинних емпіричних даних через добре продумане дослідження. Здійснимо більш детальну характеристику підібраних методик дослідження.

Метод діагностики суб'єктивного відчуття самотності, розроблений Д. Расселом та М. Фергюнсоном являє собою високоефективний засіб для визначення рівня самотності у будь-якої людини [91, с. 47]. Він заснований на суттєвій оцінці частоти емоційних і соціальних відчуттів ізоляції, які людина може переживати в своєму повсякденному житті. Завдяки використанню цього спеціально розробленого опитувальника, психологи та дослідники мають можливість глибше проникнути в емоційний стан індивіда, виявляючи не лише сам факт існування самотності, а й ступінь її інтенсивності.

Опитувальник складається з 20 ретельно відібраних тверджень, які охоплюють найважливіші аспекти емоційного та соціального життя людини, такі як відчуття ізоляції, брак розуміння з боку оточуючих, та нестача емоційної підтримки. Респонденти просять оцінити ці твердження за шкалою від 0 до 3 балів, що дозволяє виявити частоту виникнення кожної описаної ситуації:

3 бали – це часто;

2 бали – іноді;

1 бал – рідко;

0 балів – ніколи.

Результати можуть бути інтерпретовані наступним чином:

- 0-20 балів позначають низький рівень самотності, що вказує на добрі соціальні та емоційні зв'язки з оточуючими;
- 21-40 балів свідчать про середній рівень самотності, який вказує на періодичні почуття ізоляції, хоча вони не є сталими або патологічними;
- 41-60 балів вказують на високий ступінь самотності, що може бути показником серйозної соціальної ізоляції або емоційного відчуження.

Підвищений рівень самотності часто перебуває у тісному зв'язку з такими негативними станами як тривожність, депресія, почуття ізоляції або навіть нудьга [91, с. 47]. Важливо також усвідомлювати різницю між вимушеною самотністю (негативною) і потребою в усамітненні (позитивною). Застосування цієї методики є критично важливим у дослідженнях, які стосуються психологічних станів, адже самотність може значною мірою впливати на якість життя і загальне благополуччя людини.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є надійним засобом для самостійної оцінки психічного стану. Вона розроблена для виявлення тривожних і депресивних симптомів у пацієнтів загальної медичної практики, зокрема, у тих, хто звертається до лікарів різних спеціальностей [53, с. 67].

Шкала використовується для дослідження симптомів тривоги і депресії у пацієнтів, коли ці прояви можуть бути приховані під виглядом тілесних скарг, таких як запаморочення або головний біль.

Опитувальник складається з 14 запитань, поділених на дві субшкали:

- Тривога (запитання з непарними номерами).
- Депресія (запитання з парними номерами).

Шкала навмисно виключає фізичні симптоми, щоб уникнути плутанини між тілесними проявами і психоемоційними станами. Запитання спрямовані на виявлення емоційних і поведінкових аспектів, таких як ангідонія (знижена здатність отримувати задоволення), що характерно для депресії.

Розподіл балів є таким:

- 0-7 балів показують відсутність значних симптомів тривоги або депресії
- 8-10 балів визначають субклінічні ознаки, що свідчать про початковий рівень емоційних порушень
- 11 і більше балів свідчать клінічно виражені симптоми, котрі потребують подальшої діагностики та можливої терапії

Цей інструмент не лише допомагає виявити наявність проблем, але й оцінити їхню серйозність, дозволяючи лікарям оперативно вирішити, чи необхідна пацієнтові додаткова консультація або лікування.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда слугує засобом для комплексної оцінки здатності особистості пристосовуватися до соціального середовища та ефективно взаємодіяти з іншими людьми [38, 75, 101]. Вона фокусується на вивченні багатьох аспектів соціальної адаптації, що є невід'ємною частиною розвитку емоційного інтелекту. Саме соціальні взаємодії глибоко впливають на емоційний стан людини, що робить цю оцінку дуже важливою.

Основна мета методики полягає у визначенні рівня соціальної адаптації, тобто здатності особистості реагувати на соціальні виклики, а також оцінювати емоційну компетентність. У цьому контексті використовується

опитувальник, який містить 101 твердження, охоплюючи різноманітні сфери життя особи, такі як почуття, думки, поведінка та соціальні взаємодії.

Відповіді респондентів оцінюються за семибальною шкалою, що варіюється від 0 (абсолютна незгода) до 6 (категорична згода). Виключно важливо, щоб учасники відповідали максимально чесно, беручи до уваги свої особисті переживання та поведінкові реакції.

Основні шкали опитувальника включають такі аспекти:

1. Адаптація – оцінює здатність особи ефективно пристосовуватися до змін у навколишньому середовищі.
2. Самосприйняття – вимірює те, як індивід сприймає свої емоції, здібності та особисту самооцінку.
3. Прийняття інших – визначає здатність приймати людей такими, якими вони є, що є критичним компонентом емпатії.
4. Емоційна комфортність – аналізує рівень комфорту у вираженні власних емоцій і прийнятті емоцій інших.
5. Інтернальність – показує рівень внутрішнього контролю над власними емоціями та поведінкою.
6. Прагнення до домінування – оцінює бажання бути лідером або впливати на інших людей.

Заповнивши опитувальник, результати оцінюються за кожною шкалою окремо, що дозволяє виявити сильні та слабкі сторони соціально-психологічної адаптації особистості. Ці результати допомагають зрозуміти, які аспекти соціальних взаємодій і емоційної регуляції потребують поліпшення для кращої загальної адаптивності та емоційної компетентності.

Таким чином, ця методика стає цінним інструментом у визначенні рівня успішності соціальної адаптації та вказує на ступінь емоційної зрілості індивіда й здатність до ефективної взаємодії з іншими людьми.

Тест на визначення рівня стресу за методикою Ю. В. Щербатих призначений для виявлення симптомів стресу в чотирьох основних сферах: інтелектуальній, поведінковій, емоційній та фізіологічній. Головна мета цього

тесту полягає в оцінюванні загального рівня стресу, що сприяє кращому розумінню його впливу на особистість і своєчасному вживанню відповідних заходів для усунення негативних наслідків [40, с. 158].

Ключові аспекти тесту:

- інтелектуальні симптоми (зниження концентрації уваги, забування, складнощі у прийнятті рішень);
- поведінкові симптоми (зміни у звичках, уникнення стресових ситуацій, надмірна нервозність);
- емоційні симптоми (тривожність, дратівливість, емоційне виснаження);
- фізіологічні симптоми (втома, безсоння, головний біль, прискорене серцебиття).

Тест містить 48 питань (по 12 ознак стресу для кожної категорії). Учасники повинні оцінити прояви симптомів, вибравши від 1 до 12 симптомів у кожній категорії.

Максимальний бал становить 66.

- 0-5 балів вказують на відсутність значного стресу. Людина ефективно контролює ситуацію та адаптується до навантажень.
- 6-12 балів свідчать про помірний стрес, який можна подолати за допомогою належного планування та відпочинку.
- 13-24 бали вказують на високий рівень стресу. Потрібні спеціальні методи управління стресом, такі як релаксація, техніки зменшення стресу або консультація з фахівцем.

Цей тест є корисним засобом для самодіагностики та початкового оцінювання стресу, що дозволяє своєчасно реагувати на негативні прояви й запобігати можливим наслідкам для здоров'я.

2.3 Результати дослідження

Для проведення дослідження було застосовано чотири методики, які допомогли визначити і обґрунтувати завдання. На етапі дослідження сформовано вибірку, що складалася з 64 учасників, студентів-психологів віком від 17 до 22 років, яким запропонували анонімно взяти участь у дослідженні. Для аналізу результатів використовували графічне представлення даних разом із розрахунками за допомогою діаграм, таблиць та стислих описів. Основною метою дослідження було емпіричне вивчення особливостей тривожно-депресивних розладів серед молоді.

На першому етапі проводилася діагностика суб'єктивного відчуття самотності, за допомогою опитувальника розробленим Д. Расселом та М. Фергюнсоном. Результати оформлено у вигляді таблиці 2.2 та діаграми.

Таблиця 2.2.

Діагностика суб'єктивного відчуття самотності

Д. Расселом та М. Фергюнсоном

№	Рівень самотності	Результати	
		Кількість осіб	Кількість у %
1.	Високий	17	27
2.	Середній	19	29
3.	Низький	12	18

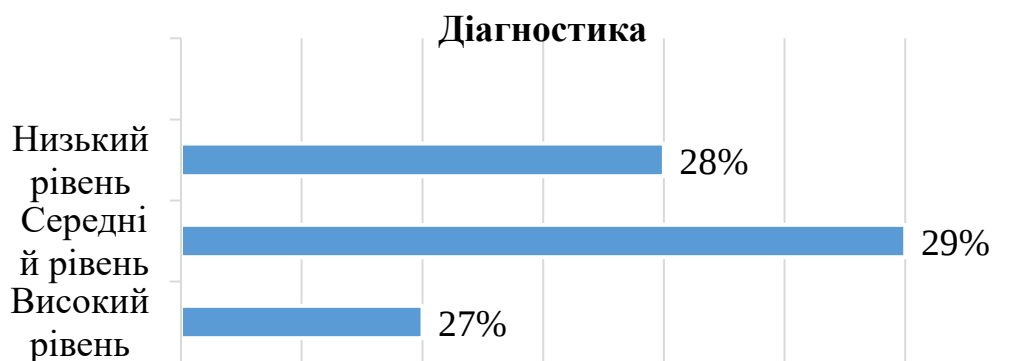


Рис. 2.2. Діагностика суб'єктивного відчуття Д. Расселом та М. Фергюнсоном

На основі отриманих в результаті діагностики за першою методикою даних можна зробити кілька важливих спостережень.

27% (17 студентів) мають високий рівень суб'єктивного відчуття самотності. Ці студенти характеризуються високим рівнем самоконтролю та оптимістичним поглядом на життя. Вони здатні самостійно приймати важливі рішення та відповідально їх виконувати. Вони рідко або майже ніколи не відчують самотність завдяки своїй впевненості у власних можливостях та незалежності. Це дозволяє їм активно взаємодіяти з іншими людьми та підтримувати здорові соціальні зв'язки.

29% (19 студентів) мають середній рівень суб'єктивного відчуття самотності. У цій групі студентів спостерігається самотність із середньою частотою та інтенсивністю. Вони зазвичай не почуваються самотніми постійно, а лише в певні періоди життя, пов'язані з особливими обставинами. Самотність для них може мати як позитивні, так і негативні аспекти, залежно від контексту. Іноді це стає можливістю для самоосмислення та особистісного зростання, тоді як в інших випадках може бути джерелом стресу та тривоги.

18% (12 студентів) мають низький рівень суб'єктивного відчуття самотності. Ці студенти демонструють різні ознаки невпевненості в собі, що проявляється у труднощах із управлінням емоціями та ефективним самоконтролем. Їхній емоційний стан часто тісно пов'язаний з зовнішніми факторами та тим, як їх поведінку сприймають оточуючі. Вони відчують труднощі у встановленні нових контактів і розвитку міцних соціальних зв'язків, що може призводити до соціальної ізоляції. Така ізоляція, своєю чергою, може суттєво погіршити їх емоційне самопочуття, зменшуючи якість життя та ускладнюючи адаптацію в соціальному середовищі.

Отже, отримані дані свідчать про те, що переживання самотності серед студентів можуть істотно відрізнятися, що вказує на важливість розвитку здатності до самоконтролю для покращення їхнього загального емоційного добробуту. Група студентів з низьким та середнім рівнем суб'єктивного відчуття самотності можуть отримати значну користь від спеціалізованих

програм підтримки, які спрямовані на підвищення їхньої впевненості в собі та поліпшення соціальних навичок. Водночас студенти, які вже демонструють високий рівень самоконтролю, мають потенціал стати зразками для наслідування. Вони можуть слугувати прикладом для інших, демонструючи ефективні методи управління емоціями та налагодження соціальної взаємодії.

На другому етапі проводилася діагностика за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) – це ефективний інструмент для самооцінювання, розроблений А. С. Зігмондом і Р. П. Снейтом. Результати оформлено таблиці 2.3 та вигляді діаграми.

Таблиця 2.3.

Шкали тривоги та депресії (HADS)

№	Ступінь	Результати	
		Кількість осіб	Кількість у %
1.	Відсутність значних симптомів тривоги або депресії	53	84%
2.	Субклінічні ознаки, що свідчать про початковий рівень емоційних порушень	8	12%
3.	Клінічно виражені симптоми	3	4%

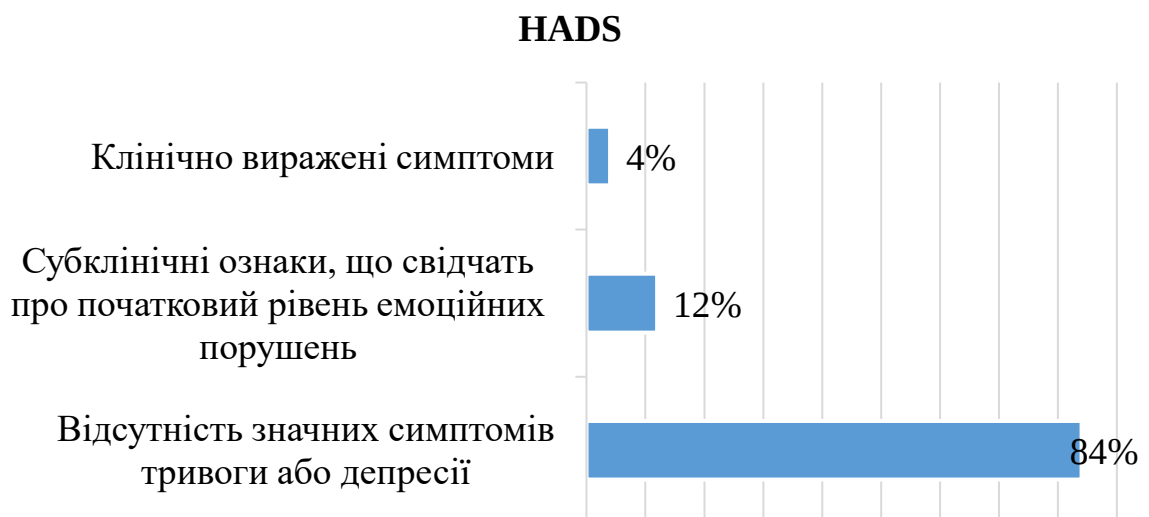


Рис. 2.3. Результати HADS

На основі даних щодо самооцінки відчуття тривоги та депресії можна зробити кілька важливих спостережень:

84% студентів (53 студента) з опитаних, демонструють нормальний рівень тривоги та депресії. Цей факт свідчить про їхній здоровий емоційний стан, що дозволяє їм ефективно справлятися з різноманітними стресами і викликами, які постають перед ними в повсякденному житті. Вони, як правило, знаходять емоційну рівновагу, достатню для того, щоб залишатися продуктивними і розсудливими. При виникненні певних труднощів у щоденних справах, вони можуть вирішити їх шляхом впровадження простих методів самодопомоги.

12% (8 студентів), переживає середній рівень тривоги та депресії. Цей рівень супроводжується більш вираженими та помітними симптомами емоційного дискомфорту. Таким студентам вже слід розглянути можливість звернення за професійною допомогою, яка може включати особисті терапевтичні сесії або консультації з психологом.

4% (3 студенти) були визначені як такі, що мають клінічний рівень тривоги та депресії. У їхньому випадку негайне втручання фахівців є критично необхідним. Це може включати комплексну психотерапію, медикаментозне лікування або застосування інших форм спеціалізованої підтримки з боку кваліфікованих професіоналів у сфері психічного здоров'я.

Отже, аналіз отриманих даних акцентує увагу на важливості всебічного усвідомлення різних рівнів тривоги і депресії, які можуть відчувати студенти. Це розуміння є ключовим для своєчасного і ефективного задоволення їхніх специфічних потреб. Впровадження відповідних стратегій підтримки має потенціал значно поліпшити емоційний стан студентів, що, в свою чергу, може сприяти не лише їхньому успішному навчальному процесу, але й покращенню їхнього загального благополуччя. Таким чином, систематична і цілеспрямована робота в цьому напрямку здатна забезпечити кращі умови для розвитку та навчання молоді.

На третьому етапі здійснювалася діагностика оцінювання соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда. Результати представлені у таблиці 2.4 та вигляді діаграми.

Таблиця 2.4.

Діагностика К. Роджерса та Р. Даймонда

№	Шкала	Рівень	Результати	
			Кількість осіб	Кількість у %
1.	I. Адаптація	Високий	46	72
		Середній	17	26
		Низький	1	2
2.	II. Самосприйняття	Високий	51	80
		Середній	10	16
		Низький	3	4
3.	III. Прийняття інших	Високий	26	40
		Середній	23	36
		Низький	15	24
4.	IV. Емоційний комфорт	Високий	24	38
		Середній	31	48
		Низький	9	14
5.	V. Інтернальність	Високий	44	69
		Середній	19	29
		Низький	1	2
6.	VI. Домінування	Високий	28	43
		Середній	31	49
		Низький	5	8

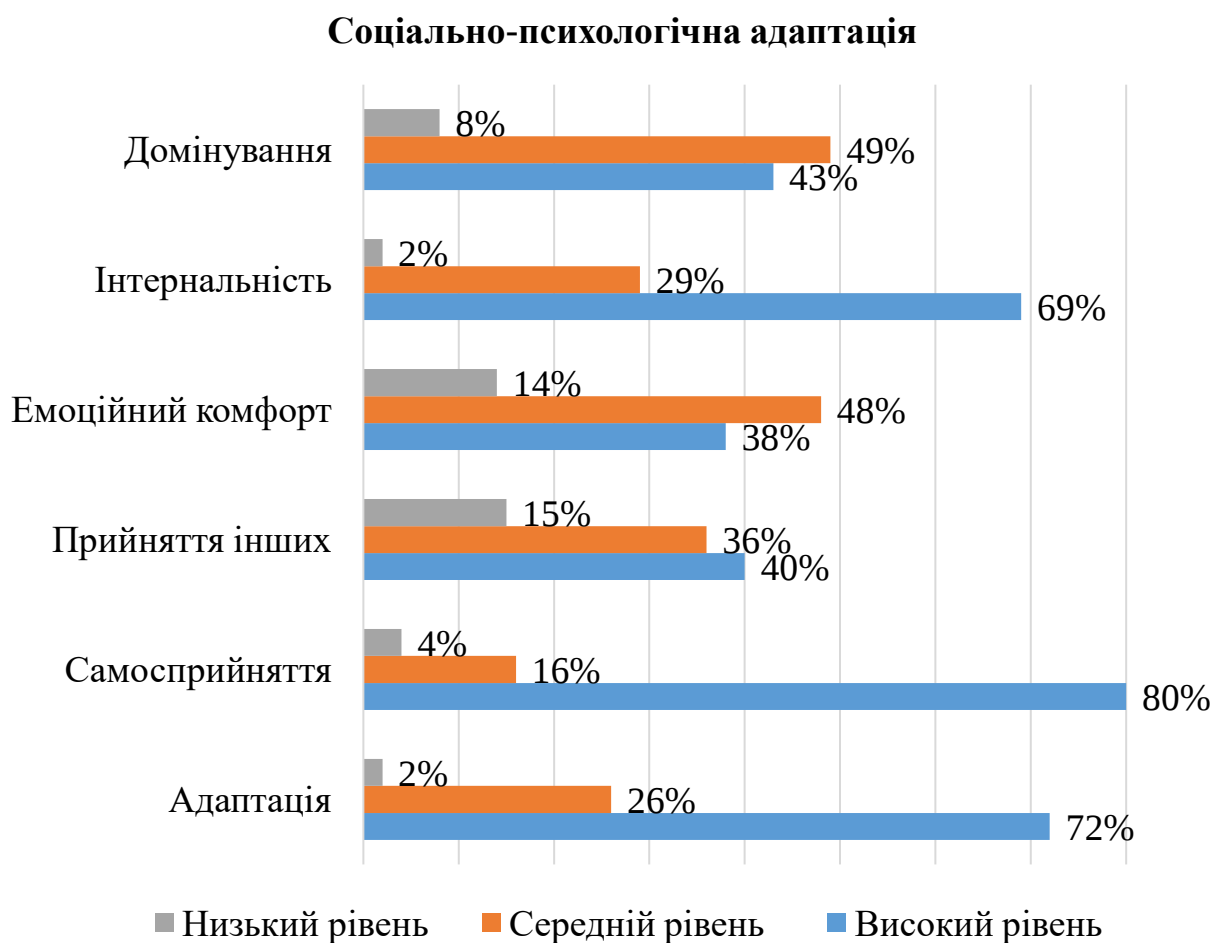


Рис. 2.4. Соціально-психологічна адаптація

На основі діагностики можна зробити кілька важливих висновків.

I. Адаптація:

На високому рівні, 72% студентів, що становлять 46 осіб, продемонстрували відмінну адаптованість до свого соціального оточення. Це свідчить про їхню здатність активно інтегруватися в суспільство, долаючи різноманітні виклики ефективно і з впевненістю. Середній рівень, який притаманний 26% студентів, або 17 осіб, вказує на певні труднощі в адаптації. Проте, загалом, вони здатні відповідати соціальним вимогам і підтримувати належний рівень соціальної інтеграції. Лише 2% студентів, що становить 1 особу, мають низький рівень адаптації, відчуваючи значні перешкоди в цьому процесі.

II. Самосприйняття:

Високий рівень самосприйняття серед студентів охоплює 80%, або 51 студента. Вони переважно мають позитивну самооцінку, демонструють впевненість у власних силах і можливостях, що вказує на міцний внутрішній стрижень. Зафіксований середній рівень у 16% студентів, що складає 10 осіб, говорить про наявність деякого сум'яття чи коливань у сприйнятті себе, але загалом у них здебільшого адекватне ставлення до себе. Низький рівень, що стосується 4% або 3 студентів, натякає на серйозні проблеми із самооцінкою або внутрішніми конфліктами.

III. Прийняття інших:

У 40% студентів, що становить 26 осіб, зафіксовано високий рівень готовності приймати інших та ефективно взаємодіяти з ними. Це демонструє їхню толерантність і відкритість у комунікації. Середній рівень спостерігається у 36% студентів, тобто 23 осіб, котрі можуть відчувати певні обмеження в цій сфері через потенційні конфлікти або упередження. Низький рівень у 24% студентів, яке представляє 15 особу, вказує на труднощі в належному сприйнятті оточуючих, що може серйозно впливати на їхню здатність до ефективної соціальної взаємодії.

IV. Емоційний комфорт:

Емоційний комфорт на високому рівні відзначено у 38%, тобто 24 студентів. Вони демонструють емоційну стабільність і комфорт у соціальних ситуаціях. Середній рівень присутній у 48% студентів або 31 людини, які відзначають деякий емоційний дискомфорт, але це не набуває критичних масштабів. Низький емоційний комфорт спостерігається у 14% студентів, що складає 9 осіб, де фіксуються серйозні емоційні труднощі та підвищений рівень стресу.

V. Інтернальність:

Більшість студентів, а саме 69% (44 особи), демонструють високий рівень інтернальності – вони схильні брати відповідальність за свої дії і життєві події. Середній рівень інтернальності спостерігається у 29% студентів (19 осіб), які частково пояснюють свої дії зовнішніми факторами вказуючи на

деяку зовнішню атрибуцію. Низький рівень інтернальності виявлено лише у 2% студентів (1 особи), які можуть відчувати мінімальний вплив своїх зусиль на результати своєї діяльності.

VI. Домінування:

Перш за все, високий рівень домінування, котрий проявляють 43% або 28 студентів з нашої вибірки, свідчить про їхню здатність активно впливати на інших і ефективно приймати на себе лідерські ролі в найрізноманітніших соціальних ситуаціях. На середньому рівні, який характерний для 49% або 31 студента, спостерігається тонке балансування між схильністю до домінування і вмінням підпорядковуватися, що є показником адаптивної і гнучкої поведінки в соціальних взаємодіях. Це свідчить про те, що ці студенти легко підлаштовуються під різні обставини, знаходячи оптимальні способи взаємодії з іншими. На противагу, низький рівень домінування, зазначений у 8% або 5 студентів, може вказувати на певні труднощі з прийняттям лідерських функцій і можливими проблемами у веденні активної соціальної діяльності. Це може ставити перед цими студентами виклики у ситуаціях, де від них очікується ініціатива та впевнений обмін ідеями.

Отже, результати діагностики оцінювання соціально-психологічної адаптації за методикою К. Роджерса та Р. Даймонда підкреслюють важливість емоційного інтелекту для особистісного розвитку та успішної соціальної інтеграції респондентів. Вони вказують на необхідність подальших досліджень для глибшого розуміння емоційної компетентності.

На четвертому етапі здійснювалось тестування на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих. Результати представлені у таблиці 2.5 та вигляді діаграми.

Таблиця 2.5.

Тестування рівня стресу

№	Рівень	Результати	
		Кількість осіб	Кількість у %
1.	Дуже високий	8	12
2.	Високий	24	38

3.	Середній	12	18
4.	Помірний	17	27
5.	Низький	3	5

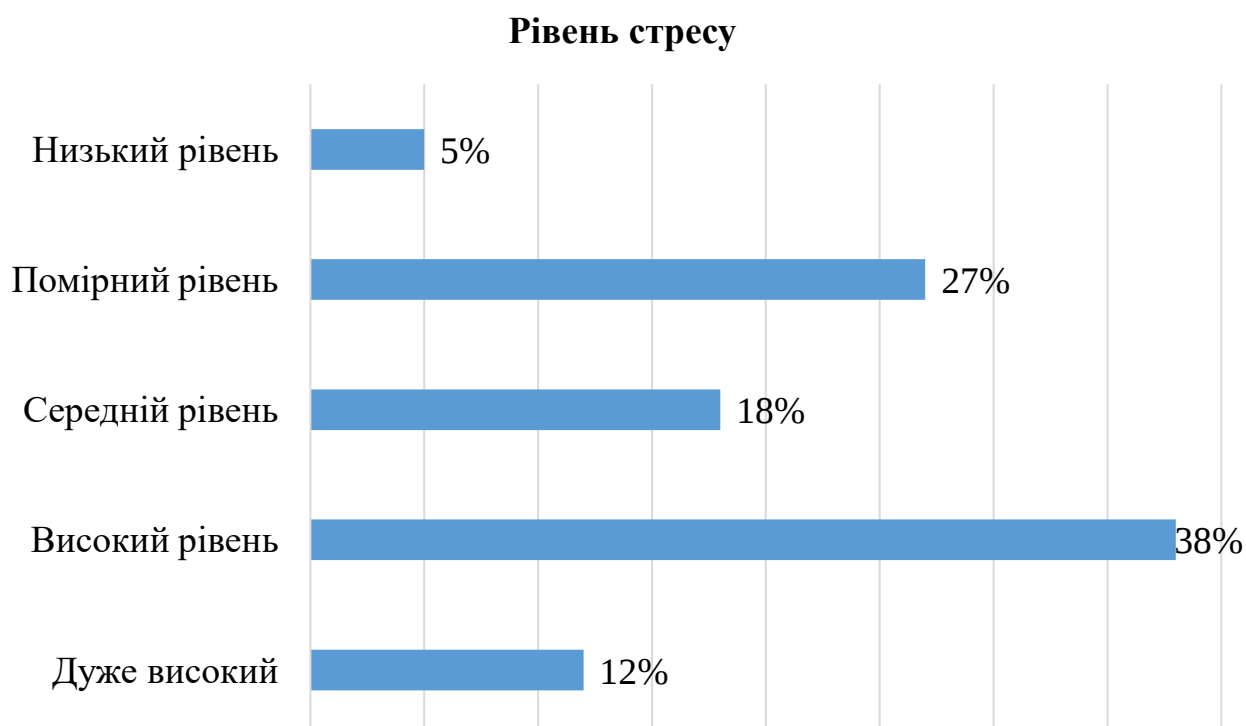


Рис. 2.5. Результати рівня стрес (Ю. В. Щербатих)

На основі діагностики можна зробити кілька важливих висновків:

5% (3 студенти) демонструють низький рівень стресу або його повну відсутність. Їхній психологічний стан протягом усього періоду дослідження залишався стабільним, що позитивно вплинуло на їхню здатність підтримувати високу продуктивність і загальне благополуччя.

27% (17 студентів) переживають помірний рівень стресу. Ці студенти іноді стикаються з незначними труднощами, але зазвичай вправно їх подолують. Для них корисними можуть бути прості методи управління стресом, такі як регулярні фізичні вправи та активне спілкування з друзями та близькими.

18% (12 студентів) належать до групи із середнім рівнем стресу. У цих студентів спостерігаються більш виражені симптоми стресу. Їм варто

використовувати техніки релаксації та, у разі потреби, звертатися за професійною допомогою.

38% (24 студенти) стикаються з високим рівнем стресу. Ця група відчуває значний тиск і потребує активних стратегій для його подолання. Проводити регулярні заняття спортом, практикувати медитацію та звертатися за консультаціями до психолога може бути корисним для них

12% (8 студентів) виявили дуже високий рівень стресу, що викликає особливе занепокоєння. Цим студентам необхідно термінове втручання та задоволення потреби в підтримці. Звернення до фахівців є вирішальним, оскільки дуже високий рівень стресу може серйозно позначитися на їхньому психічному здоров'ї.

Отже, усвідомлення різноманітних рівнів стресу серед студентів є надзвичайно важливим для своєчасного реагування на їхні потреби. Використання відповідних підтримуючих стратегій може суттєво покращити їхній емоційний стан, сприяти ефективному навчанню та загальному благополуччю. До важливих заходів належать індивідуальні консультації, програми розвитку емоційного інтелекту, релаксаційні техніки та інші методики, спрямовані на зменшення стресу. Таким чином, надання своєчасної підтримки дозволить студентам краще адаптуватися до навчальних навантажень і досягти особистісного та академічного успіху.

2.4 Кореляційний аналіз отриманих результатів

У дослідженні здійснено обчислення та порівняння статистично значущих відмінностей між виділеними категоріями двох матриць. Для цього застосовано багатофункціональний критерій Пірсона. Було дотримано всіх обмежень, враховуючи різну кількість учасників у вибірках.

Коефіцієнт кореляції (позначається як r) визначає як напрямок, так і силу лінійного зв'язку між двома змінними. Його значення завжди знаходяться в діапазоні від -1 до 1. Значення, близькі до нуля, свідчать про дуже слабкий

зв'язок, тоді як значення, наближені до 1 або -1, вказують на сильну кореляцію. Однак цей коефіцієнт не підходить для оцінювання нелінійних зв'язків.

Інтерпретація коефіцієнта кореляції (r):

- $r = 1$ означає ідеальну позитивну кореляцію
- $r = -1$ означає ідеальну негативну кореляцію
- $r = 0$ означає відсутність кореляції

Чим далі r від нуля, тим сильніше кореляція

- $r > 0$ означає позитивну кореляцію
- $r < 0$ означає негативну кореляцію

Коефіцієнт кореляції Карла Пірсона здебільшого застосовують для кількісної оцінки сили зв'язку між змінними. Він дає змогу оцінити ступінь лінійності залежності між випадковими величинами. Значення коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r) коливається в межах від -1 до +1 ($-1 \leq r \leq 1$).

N – кількість рангових значень (кількість досліджуваних).

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон. Результати представлені у таблиці 2.6. та вигляді діаграми.

Таблиця 2.6.

Кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон

Метод n = 2 Шкала	r 1	r 2	t - критерій
I. Адаптація	-0,695	0,483	7,610
II. Самосприйняття	-0,557	0,310	5,280
III. Прийняття інших	-0,633	0,400	6,431
IV.	-0,216	0,047	1,746

Емоційний комфорт			
V. Інтернальність	-0,724	0,524	8,259
VI. Домінування	-0,141	0,020	1,125

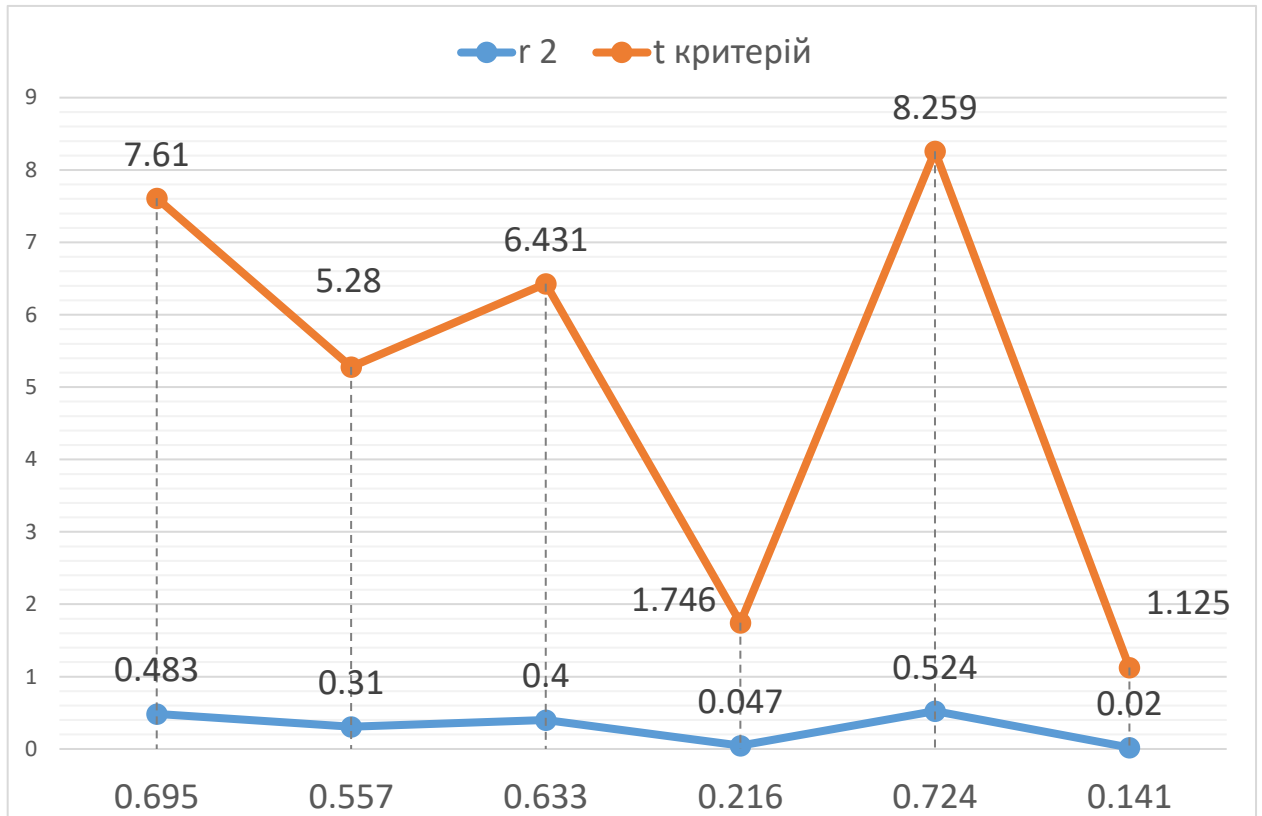


Рис. 2.6. Кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон.

Детальніше розглянемо основні кореляційні коефіцієнти та t-критерії для кожної з обраних шкал:

I. Адаптація:

Високий коефіцієнт кореляції, що дорівнює 0,695, чітко вказує на наявність сильного позитивного зв'язку. Це означає, що з підвищеною здатністю до адаптації у респондентів значно зменшується почуття самотності. Такий взаємозв'язок має важливе значення в контексті тривожно-

депресивних розладів, оскільки стрес та травмуючі ситуації пов'язані з війною можуть поглиблювати емоційну відчуженість. Молоді люди, які краще адаптуються до складних обставин війни, частіше мають менші ознаки депресії та тривожності, а також рідше відчують емоційну ізоляцію. Такий результат підкріплюється статистично значущим значенням t-критерію, яке становить 7,610, що вказує на високу надійність результатів. В умовах воєнного стану здатність молоді швидко адаптуватися до нових реалій є важливим чинником для подолання тривожних та депресивних симптомів.

II. Самосприйняття:

Коефіцієнт кореляції у розмірі 0,557 свідчить про помірну позитивну взаємозалежність між рівнем самосприйняття та зниженням почуття самотності. Це означає, що поліпшення самосприйняття може посилити впевненість у власних силах та покращити взаємодію з іншими людьми. Відповідно, це може сприяти зменшенню почуття самотності, що є важливим аспектом у контексті тривожно-депресивних розладів. Значення t-критерію 5,280 підтверджує значущість виявленого зв'язку, що підкреслює важливість розвитку здорового самосприйняття для зменшення тривожних і депресивних симптомів серед молоді в умовах воєнного стану.

III. Прийняття інших:

Значення кореляції, яке дорівнює 0,633, вказує на помітний позитивний зв'язок між рівнем прийняття інших людей і зменшенням почуття самотності. Це вказує на те, що люди, які більш відкриті до прийняття інших, частіше відчують меншу емоційну ізоляцію, що має велике значення для зменшення тривожно-депресивних симптомів. В умовах війни, коли соціальні зв'язки можуть бути ослаблені, здатність приймати інших і отримувати підтримку допомагає значно знизити відчуття самотності та емоційної відчуженості. Значення t-критерію 6,431 підтверджує достовірність цього зв'язку, що підкреслює важливість соціальної підтримки для подолання депресивних і тривожних розладів серед молоді під час воєнного стану.

IV. Емоційний комфорт:

Слабкий коефіцієнт кореляції, що становить 0,216, свідчить про незначний зв'язок між емоційним комфортом та відчуттям самотності. Це означає, що хоча емоційний комфорт може мати деякий вплив на відчуття самотності, цей взаємозв'язок є досить слабким. Значення t-критерію 1,746 свідчить про відсутність статистично значущого зв'язку, що може вказувати на те, що інші фактори, такі як стрес або травматичні переживання, мають більш суттєвий вплив на формування відчуття самотності, що в свою чергу може сприяти розвитку тривожно-депресивних розладів серед молоді в умовах воєнного стану.

V. Інтернальність:

Коефіцієнт кореляції 0,724 є показником сильного позитивного зв'язку між рівнем інтернальності та зниженням відчуття самотності. Значення t-критерію 8,259 підтверджує високу статистичну значущість цього зв'язку, що підкреслює значущість відчуття особистого контролю для зменшення емоційної ізоляції та підтримки психічного благополуччя, особливо у контексті тривожно-депресивних розладів.

VI. Домінування:

Низький коефіцієнт кореляції у розмірі 0,141 свідчить про те, що суттєвого зв'язку між рівнем домінування і відчуттям самотності немає. Це підтверджується ще й t-критерієм 1,125, який також вказує на відсутність статистично значущого зв'язку. Це може означати, що відчуття самотності та емоційної ізоляції не обов'язково корелюють із домінуючими рисами особистості, а більшою мірою залежать від таких факторів, як стрес, травматичні переживання або рівень соціальної підтримки, що набуває особливої значущості в умовах війни та розвитку тривожно-депресивних розладів.

Отже, проведений детальний кореляційний аналіз між Методикою діагностики соціально-психологічної адаптації, розробленою К. Роджерсом та Р. Даймондом, і методикою оцінки суб'єктивного відчуття самотності від Д. Рассела та М. Фергюсона дозволив глибше зрозуміти, як взаємопов'язані різні

аспекти адаптації особистості в соціальному контексті і її сприйняття самотності, дослідити їх вплив на виникнення та загострення тривожно-депресивних станів.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та тест на визначення рівня стресу В. Ю. Щербатих. Результати представлені у таблиці 2.7. та вигляді діаграми.

Таблиця 2.7.

Кореляційний аналіз за Методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та тестом на визначення рівня стресу В. Ю. Щербатих.

Метод n = 2 Шкала	r 1	r 2	t - критерій
I. Адаптація	0,175	0,030	1,396
II. Самосприйняття	0,219	0,048	1,771
III. Прийняття інших	0,269	0,072	2,197
IV. Емоційний комфорт	0,214	0,046	1,721
V. Інтернальність	0,259	0,067	2,112
VI. Домінування	0,228	0,052	1,848

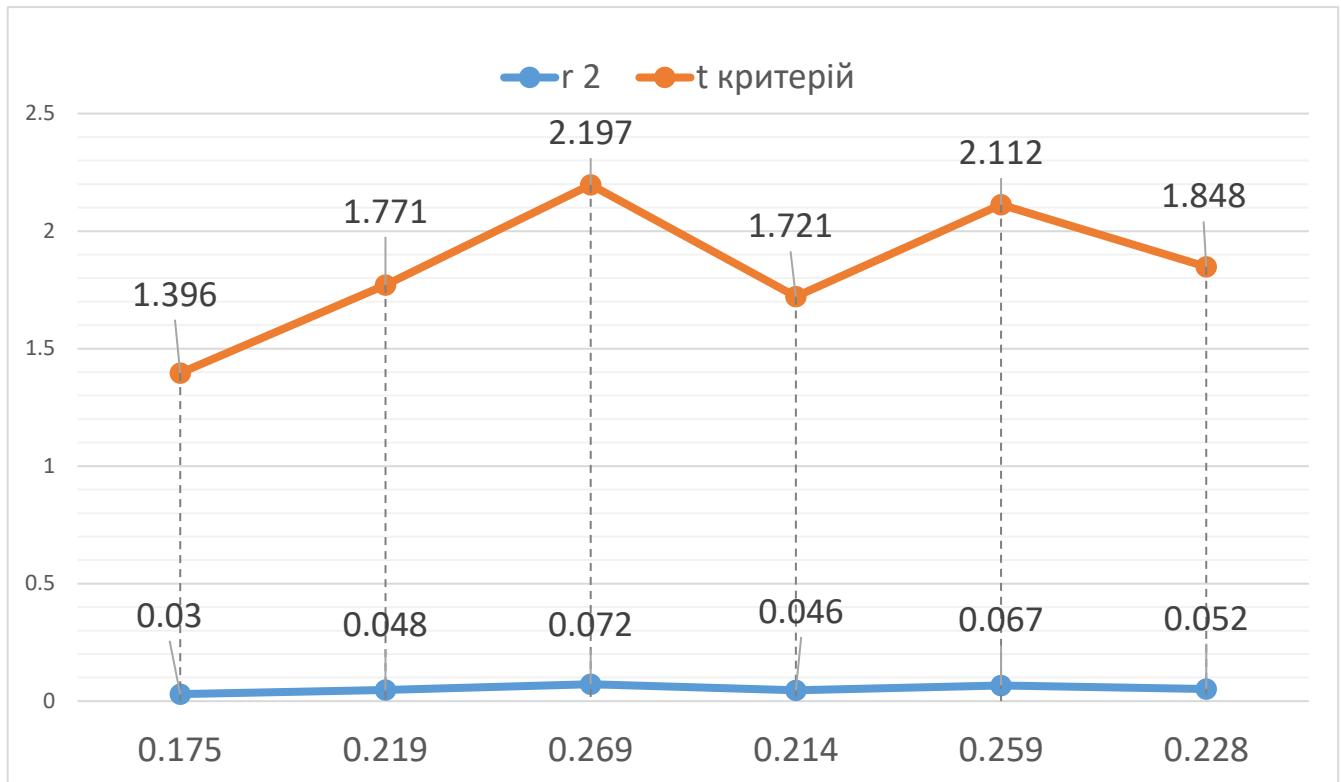


Рис. 2.7. Кореляційний аналіз за Методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та тестом

Детальніше розглянемо основні кореляційні коефіцієнти та t-критерії для кожної з обраних шкал:

I. Адаптація:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,175$ вказує на слабкий зв'язок між підвищеним рівнем адаптації та зниженим рівнем стресу. Це може вказувати на те, що, хоча адаптація є важливою частиною психологічного процесу подолання травматичних ситуацій, її здатність знижувати рівень стресу є обмеженою і недостатньою для істотного полегшення емоційного стану молоді, яка переживає військові труднощі. Значення t-критерію (1,396) свідчить про те, що цей зв'язок не є статистично значущим, що свідчить про недостатню силу та чіткість цього взаємозв'язку. В умовах воєнного стану, коли молоді люди стикаються з постійною загрозою для життя, соціальною нестабільністю, втратою зв'язків і економічними труднощами, процес адаптації значно ускладнюється. Отже, хоча адаптація може мати певний вплив на зниження

рівня стресу, вона не є ключовим фактором у полегшенні тривожно-депресивних симптомів серед молоді під час війни.

II. Самосприйняття: Коефіцієнт кореляції $r = 0,219$ також говорить про слабкий зв'язок, можливо, натякаючи на деяке зменшення стресу у респондентів з високим самосприйняттям.

Значення t-критерію 1,771 лише демонструє тенденцію до статистичної значущості, але зв'язок залишається слабким. Це може вказувати на те, що хоча більш високе самосприйняття дещо знижує рівень стресу, цей ефект не є суттєвим. Коефіцієнт кореляції $r = 0,219$ свідчить про незначний зв'язок між рівнем самосприйняття та зменшенням стресових проявів серед молодих українців в умовах воєнного стану. У контексті війни, коли стресові чинники є значними і всеосяжними, самосприйняття, ймовірно, не є основним фактором, який може ефективно зменшити стрес або полегшити тривожно-депресивні симптоми серед молоді.

III. Прийняття інших: Коефіцієнт кореляції $r = 0,269$ вказує на трохи вищий, але все ж слабкий позитивний зв'язок між прийняттям інших людей і зниженням стресу серед молоді. Це може вказувати на те, що здатність приймати інших і залучення до соціальних взаємодій може дещо сприяти зниженню рівня стресу. Значення t-критерію 2,197 робить цей зв'язок статистично значущим, підкреслюючи роль соціальної підтримки як фактора, що зменшує стрес та тривожно-депресивні симптоми серед молоді в умовах війни. Однак цей вплив залишається відносно помірним і не є визначальним фактором у подоланні психічних труднощів під час конфлікту.

IV. Емоційний комфорт: Коефіцієнт кореляції $r = 0,214$ демонструє слабкий зв'язок. Однак значення t-критерію 1,721 не досягає рівня статистичної значущості, що свідчить про відсутність переконливих доказів на користь цього зв'язку, зокрема щодо впливу на розвиток тривожно-депресивних симптомів. У ситуаціях війни та постійного стресу цей взаємозв'язок, хоч і присутній, виявляється недостатньо сильним для того, щоб

суттєво впливати на зниження рівня стресу чи самотності серед молоді, яка переживає війни та травматичні переживання.

V. Інтернальність: Коефіцієнт кореляції $r = 0,259$ свідчить про слабкий позитивний зв'язок з рівнем стресу. Це може вказувати на те, що молоді люди, які відчують більший контроль над своїм життям та ситуацією, мають тенденцію до деякого зменшення стресових симптомів. Значення t-критерію 2,112 свідчить про статистично значущий зв'язок, який вказує на те, що внутрішнє відчуття контролю може мати певний, хоча й помірний, вплив на зниження стресу. Однак, незважаючи на статистичну значущість, цей зв'язок залишається досить слабким, що підкреслює важливість інших факторів, які можуть мати більший вплив на рівень стресу і розвиток тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах війни.

VI. Домінування: Коефіцієнт кореляції $r = 0,228$ вказує на слабкий зв'язок між рівнем домінування і рівнем стресу. Це може означати, що домінуючі риси особистості не мають суттєвого впливу на рівень стресу в умовах війни. Значення t-критерію 1,848 не є статистично значущим, підтверджує відсутність достатніх доказів того, що домінування може суттєво впливати на розвиток стресових або тривожно-депресивних розладів серед молоді.

Отже, проведений детальний кореляційний аналіз між методикою діагностики соціально-психологічної адаптації, розробленою К. Роджерсом і Р. Даймондом, та тестом на визначення рівня стресу, запропонованим В. Ю. Щербатих, дозволив виявити важливі взаємозв'язки та залежності. У ході дослідження було встановлено, як ці два інструменти взаємодіють у контексті оцінки психологічного стану індивіда, розкриваючи потенційні впливи соціально-психологічної адаптації на сприйняття і реакцію людини на стресові ситуації. Такий аналіз допомагає не лише глибше зрозуміти складну динаміку між цими явищами, але й пропонує цінні інсайти для подальшого розвитку методів підтримки психологічної стійкості та адаптації в умовах стресу.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Результати представлені у таблиці 2.8. та вигляді діаграми.

Таблиця 2.8.

Кореляційний аналіз Методикю діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS).

Метод n = 2 Шкала	r 1	r 2	t - критерій
I. Адаптація	0,193	0,037	1,553
II. Самосприйняття	0,204	0,042	1,642
III. Прийняття інших	0,422	0,178	3,660
IV. Емоційний комфорт	0,109	0,012	0,867
V. Інтернальність	0,265	0,070	2,164
VI. Домінування	0,087	0,008	0,686

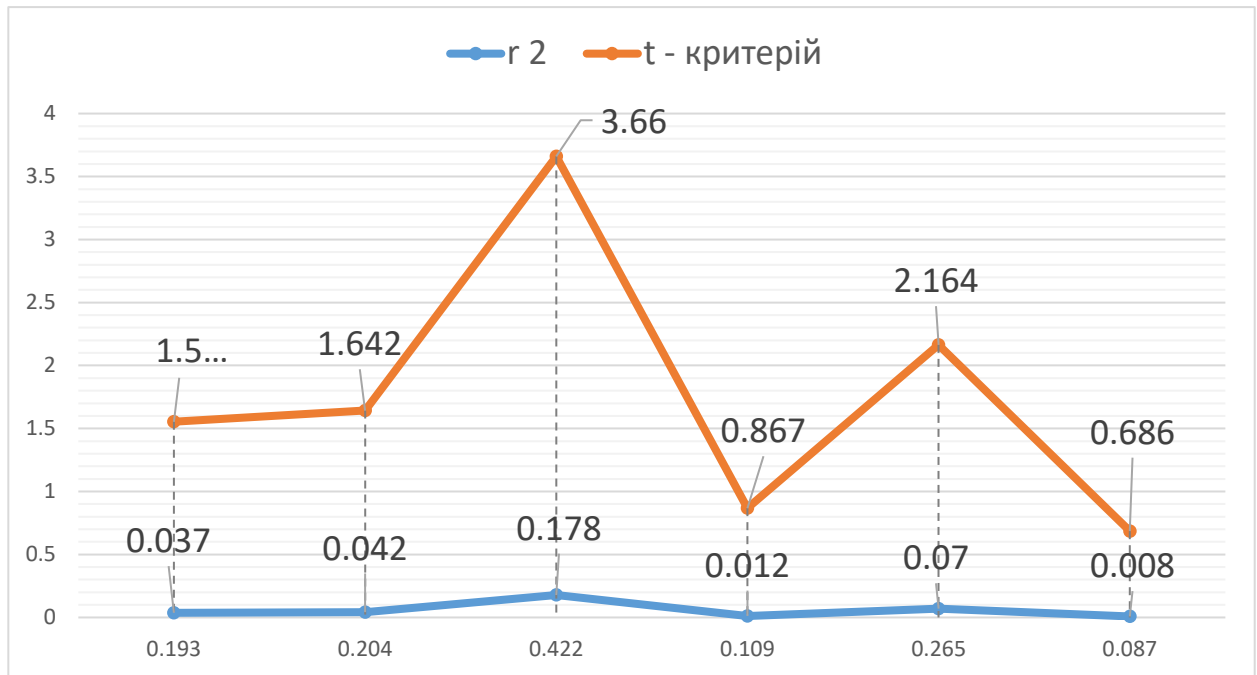


Рис. 2.8. Кореляційний аналіз Методикю діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS).

Детальніше розглянемо основні кореляційні коефіцієнти та t-критерії для кожної з обраних шкал:

I. Адаптація:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,193$ показує слабкий зв'язок між рівнем адаптації та рівнем тривоги і депресії. Це означає, що здатність пристосовуватися до стресових ситуацій має мінімальний вплив на зменшення проявів тривоги і депресії. Значення t-критерію 1,553 вказує, що цей зв'язок не є статистично значущим, тобто адаптація сама по собі не є ключовим чинником у зниженні тривожно-депресивних станів серед української молоді під час війни. Враховуючи це, більшу роль у підтримці психічного здоров'я можуть відігравати соціальна підтримка, внутрішня стійкість та зовнішні стресові обставини.

II. Самосприйняття:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,204$ також демонструє слабкий зв'язок, який може свідчити про незначне зниження рівнів тривоги і депресії у респондентів

з високим самосприйняттям. Це може вказувати на те, що підвищене самосприйняття дещо полегшує прояви тривожно-депресивних станів, проте цей вплив є незначним. Значення t-критерію 1,642 вказує на тенденцію до статистичної значущості, але зв'язок залишається слабким. У ситуації воєнного стану, де домінують стрес і травматичні переживання, самосприйняття не є ключовим чинником у покращенні психоемоційного стану молоді, важливу роль можуть відігравати соціальна підтримка та емоційна стійкість.

III. Прийняття інших:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,422$ свідчить про помірний позитивний зв'язок між прийняттям інших людей і зниженням симптомів тривоги та депресії серед молоді України в умовах війни. Значення t-критерію 3,660 робить цей зв'язок статистично значущим, акцентуючи на ролі соціальної підтримки та взаємодії у покращенні емоційного стану. Вміння приймати інших сприяє створенню відчуття згуртованості та безпеки, що є надзвичайно важливим для молодих людей, які перебувають у стані стресу через тривожно-депресивні розлади в умовах воєнного конфлікту.

IV. Емоційний комфорт:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,109$ свідчить про слабкий зв'язок між досліджуваними показниками, що свідчить про їх мінімальний вплив один на одного. Значення t-критерію 0,867 показує, що цей зв'язок є незначущим. У контексті тривожно-депресивних розладів серед молоді України в умовах воєнного стану це вказує на те, що даний фактор не має суттєвого впливу на формування чи зменшення симптомів тривоги та депресії. У складних умовах війни вирішальну роль можуть відігравати інші чинники, зокрема рівень стресу, соціальна підтримка та здатність до адаптації.

V. Інтернальність: Коефіцієнт кореляції $r = 0,265$ вказує на слабкий зв'язок між інтернальністю (внутрішнім відчуттям контролю) та рівнем тривоги і депресії. Значення t-критерію 2,164 вказує на статистично значущий зв'язок, що може свідчити про можливий вплив інтернальності на зниження

тривоги і депресії. Це свідчить про те, що молоді люди, які більше контролюють власні дії та сприйняття ситуації, можуть краще долати тривожність і депресивні прояви. Отже, розвиток інтернальності відіграє важливу роль у зміцненні психічної стійкості, особливо в умовах постійного стресу та непевності, спричинених війною. Однак цей зв'язок є лише помірним, що вказує на необхідність врахування інших впливових чинників

VI. Домінування:

Коефіцієнт кореляції $r = 0,087$ вказує на дуже слабкий зв'язок. Значення t -критерію 0,686 показує, що цей зв'язок не є статистично значущим. Це свідчить про те, що аналізовані фактори, ймовірно, не мають суттєвого впливу на рівень тривожно-депресивних родладів серед молоді.

Отже, проведений детальний кореляційний аналіз між методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та дослідження залежності між цими двома методиками, виявили, як вони впливають на оцінку соціальної та психологічної адаптації особи в контексті виявлення тривожно-депресивних проявів. Це дозволило отримати більш глибоке розуміння синергетичних зв'язків між цими інструментами та визнати їхню взаємодію у психологічній оцінці пацієнтів.

Висновок до другого розділу

Вибірку емпіричного дослідження загалом становить 64 особи, віковий діапазон яких становить від 17 до 22 років. Усі вони були студентами Одеського національного економічного університету за спеціальністю «Психологія».

Для проведення експериментального дослідження нами було використано наступні психодіагностичні методики: Діагностика суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел та М. Фергюсон), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт), Діагностика

соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд), Тест на визначення рівня стресу (Ю. В. Щербатих) [38, 66, 75, 101].

За результатами методички «Діагностика суб'єктивного відчуття самотності» (Д. Рассел та М. Фергюсон) виявлено, що 27% студентів (17 осіб) мають високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, 29% студентів (19 осіб) мають середній рівень, 18% студентів (12 осіб) мають низький рівень.

За результатами методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт) виявлено, що відсутність значних симптомів тривоги або депресії спостерігається у 84% студентів (53 особи), субклінічні ознаки, що свідчать про початковий рівень емоційних порушень у 12 % студентів (8 осіб), клінічно виражені симптом у 4% студентів (3 особи).

За результатами методики «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс та Р. Даймонд) було виявлено що за шкалою «Адаптація» високий рівень мають 72% студентів (46 осіб), середній рівень притаманний 26% студентам (17 осіб), низький рівень показують 2% студентів (1 особа). За шкалою «Самосприйняття» високий рівень у 80% студентів (51 особа), середній рівень у 16% студентів (10 осіб), низький рівень у 4% студентів (3 особи). За шкалою «Прийняття інших» зафіксований високий рівень у 40% студентів (26 осіб), середній рівень у 36% студентів (23 осіб), низький рівень у 24% студентів (15 осіб). За шкалою «Емоційний комфорт» високий рівень відзначено у 38% студентів (24 особи), середній рівень у 48% студентів (31 особа), низький рівень у 14% студентів (9 осіб). За шкалою «Інтернальність» високий рівень демонструють 69% (44 особи), середній рівень 29% студентів (19 осіб), низький рівень 2% студентів (1 особа). За шкалою «Домінування» високий рівень проявляють у 43% студентів (28 осіб), середньому рівні у 49% студентів (31 особа), низький рівень у 8% студентів (5 студентів).

За результатами «Тесту на визначення рівня стресу» (Ю. В. Щербатих) виявлено, що низький рівень стресу демонструють 5% студентів (3 осіб), 27% студентів (17 осіб) переживають помірний рівень стресу, 18% студентів (12

осіб) належать до групи із середнім рівнем, 38% студентів (24 особи) стикаються з високим рівнем, 12% студентів (8 осіб) виявили дуже високий рівень стресу.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон зупинимося на результатах, які є статистично значимими. За шкалою «Адаптація» можна зробити висновок, що коефіцієнт кореляції 0,695 вказує на те, що молоді люди з високим рівнем адаптації відчувають значно менший рівень самотності. Значення t-критерію становить 7,610. За шкалою «Прийняття інших» значення кореляції 0,633 вказує на міцний позитивний зв'язок між рівнем прийняття інших людей і зменшенням почуття самотності. Значення t-критерію становить 6,431. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,724 є показником позитивного зв'язку між рівнем інтернальності та зниженням відчуття самотності. Значення t-критерію 8,259. Аналіз показує, що високі показники адаптації, прийняття інших та інтернальності у молодих людей значно знижують рівень самотності, що позитивно впливає на їхню емоційну рівновагу. В умовах воєнного стану ці аспекти стають ключовими для зменшення ризику тривожно-депресивних розладів, сприяючи формуванню психологічної стійкості та здатності протистояти викликам.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і тестом на визначення рівня стресу В. Ю. Щербатих за шкалою «Прийняття інших» коефіцієнт кореляції 0,269 вказує на слабкий позитивний зв'язок між прийняттям інших людей і зниженням рівня стресу. Значення t-критерію 2,197. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,259 показує хоч і слабкий позитивний зв'язок між рівнем інтернальності і рівнем стресу, але значення t-критерію становить 2,112. Кореляційний аналіз показав, що фактори «Прийняття інших» та «Інтернальність» мають слабкий, але статистично значущий позитивний зв'язок з рівнем стресу у молоді. Це свідчить про те, що прийняття

інших та здатність до внутрішньої рефлексії можуть допомогти знижувати стрес, що є важливим для підтримки психічного здоров'я.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) за шкалою «Прийняття інших» коефіцієнт кореляції 0,422 свідчить про помірний позитивний зв'язок між рівнем інтернальності та рівнями тривоги і депресії. Значення t-критерію 3,660. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,265 вказує на слабкий зв'язок між рівнем інтернальності та рівнями тривоги і депресії., проте значення t-критерію 2,164 вказує на статистично значущий зв'язок. Кореляційний аналіз показав, що фактори «Прийняття інших» та «Інтернальність» мають статистично значущий позитивний зв'язок з рівнем тривоги та депресії серед молоді. Це свідчить про те, що здатність приймати інших та внутрішня рефлексія можуть допомогти знижувати рівень тривоги і депресії. В умовах воєнного стану ці фактори можуть відігравати ключову роль у зменшенні ризику розвитку тривожно-депресивних розладів серед молодого покоління, сприяючи їх психологічній стійкості.

РОЗДІЛ III. ОСНОВНІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Психосоціальна робота спрямована на відновлення втраченої психосоціальної рівноваги, на пошук особистісних ресурсів і ресурсів соціального середовища для подолання труднощів у життєвій ситуації. Основними завданнями психосоціальної допомоги є розширення діапазону соціальних і особистісних ресурсів людини, щоб вона могла самостійно вирішувати виникаючі проблеми, долати труднощі, оновлювати свої творчі, інтелектуальні, особистісні, духовні та фізичні здібності, необхідні для виходу з кризи. стан, стимулюють самооцінку та впевненість у собі.

Психосоціальний супровід включає: випадки допомоги дітям, сім'ям, які постраждали внаслідок бойових дій, сім'ям внутрішньо переміщених осіб. Для забезпечення якісної психосоціальної підтримки українців МОЗ створило список з 20 психосоціальних послуг та визначило порядок їх надання [22, 68]. Також затверджено список з понад 400 перевірених методів психологічної діагностики та 20 психотерапевтичних підходів, що мають доведену ефективність.

Це забезпечить українцям доступ до якісної психіатричної допомоги. Певні зміни затверджено наказом МОЗ України від 13.12. 2023 № 2118. Вони стурбовані не лише розширенням кількості послуг та їх доступністю, а й якістю психосоціальної допомоги.

Це дозволяє пацієнтам отримувати ефективну діагностику та лікування, не витрачаючи дорогоцінний час та енергію на неефективне лікування.

Тому МОЗ запровадило стандарти не лише для психіатричної діагностики, а й для надання психологічної підтримки, психотерапії та психосоціальних послуг. Список психосоціальних послуг включає безкоштовну підтримку для пацієнтів (переважно ветеранів та їхніх родин), які потребують психосоціальної допомоги:

1. Індивідуальне та групове психологічне консультування.

2. Діагностика психологічного стану людини.
3. Забезпечення першочергової психологічної підтримки для пацієнта та його родини, включаючи термінову психологічну допомогу.
4. Психологічні інтервенції низької інтенсивності.
5. Сприяння відновленню та підтримці нормального функціонування людини в фізичному, емоційному, інтелектуальному, соціальному та духовному аспектах.
6. Психотерапевтичне лікування депресії, тривожних розладів, адаптаційних порушень, гострих стресових реакцій та посттравматичного стресового розладу, що виникли внаслідок хвороби, травми, участі у військових діях, надзвичайних ситуаціях, полону або перебування в місцях позбавлення волі. Це сприяє визначенню життєвих орієнтирів людини та підтримує досягнутий прогрес у реабілітації після її завершення.
7. Психотерапевтичне лікування психічних розладів та порушень, що виникли через хворобу, травму, участь у бойових діях, надзвичайні ситуації, полон або виконання покарання.
8. Психосвіта та супровід людини та членів її родини.
9. Психологічне консультування та психотерапевтична підтримка родичів людини, орієнтовані на боротьбу з втомою співчуття та емоційним вигоранням (сімейна терапія), а також на запобігання та полегшення фізичних, психологічних і духовних страждань пацієнта під час надання паліативної допомоги.
10. Допомога доглядальників хворим, які потребують паліативної допомоги.
11. У контексті надання психологічної підтримки особам, які потребують паліативної допомоги, а також їхнім родичам і тим, хто здійснює догляд, необхідно забезпечувати паліативну допомогу пацієнтам у тісній співпраці з медичними працівниками медичних установ.
12. Проведення консультацій, орієнтованих на корекцію або обмеження звичок і поведінки, які можуть негативно впливати на психічне здоров'я особи

(наприклад, вживання алкоголю та інших психоактивних речовин), а також на розвиток навичок здорового способу життя.

13. Співпраця з надавачами первинної та спеціалізованої медичної допомоги для своєчасного виявлення та лікування психічних розладів, а також для забезпечення стабільної ремісії. Спостереження за пацієнтом з метою підтримки його нормальної життєдіяльності та збільшення його активної участі в суспільному житті.

14. Направлення хворих на медичну та реабілітаційну допомогу.

15. Призначення медикаментів, медичних виробів та засобів для реабілітації шляхом виписування рецептів.

16. Забезпечення ведення початкової медичної документації, реєстрації довідок, листків непрацездатності, рекомендацій та інших документів, що відображають стан здоров'я.

17. Підтримка особи у процесі психосоціальної адаптації до нових життєвих обставин, аналіз її досвіду, сприяння розвитку самосвідомості та розширення можливостей для самореалізації.

Цей порядок встановлює процедуру надання психосоціальної допомоги та послуг, пов'язаних із психічним здоров'ям, включаючи профілактику суїцидів та психосоціальну реабілітацію для ветеранів війни та інших груп населення. Він визначає вимоги щодо організації та надання психосоціальної допомоги під час або після медичної та реабілітаційної підтримки.

Психосоціальна допомога надається на первинному, вторинному та третинному рівнях, залежно від результатів психологічної діагностики, а також з урахуванням життєвих обставин, стану здоров'я та психологічного стану отримувача послуг [71, с. 175]. Ця підтримка може надаватися амбулаторно або стаціонарно, включаючи використання телереабілітації, і може надаватися за місцем проживання пацієнта.

Психосоціальна підтримка може надаватися окремими особами, а також сім'ями та групами.

Первинна психосоціальна допомога включає надання базової психологічної підтримки та психосоціальних послуг, що сприяють соціальній адаптації, покращенню психічного здоров'я та благополуччя осіб, які страждають від психічних розладів [24, с. 22]. Вживати запобіжних заходів щодо груп, сімей та осіб, які найбільше ризикують опинитися в складних життєвих ситуаціях через вплив зовнішніх та/або внутрішніх шкідливих факторів.

Психосоціальна допомога другого рівня надається після надання невідкладної, первинної або спеціалізованої допомоги, санаторно-курортного лікування, а також під час надання паліативної допомоги [45, с. 8]. Метою є дослідження фактичного чи конкретного психологічного стану людини, особливо внаслідок психологічної травми в екстремальних ситуаціях (участь у бойових діях, полон, перебування на окупованій території тощо) та в надзвичайних ситуаціях (пожежі, руйнування). У кризових ситуаціях (розлучення, смерть родича тощо) або з метою запобігання та полегшення фізичних та психологічних страждань пацієнтів та їхніх сімей, які потребують паліативної допомоги, особи, які доглядають за такими пацієнтами, медичні заклади та паліативна допомога. Працівники, які здійснюють догляд на вторинному рівні психологічної допомоги проводяться профілактичні та реабілітаційні заходи стресовим особам і сім'ям, а також особам з підвищеним ризиком розвитку психічних розладів.

Психосоціальна допомога третього рівня надається в рамках мультидисциплінарної команди як комплексна психологічна підтримка під час реабілітації, орієнтована на відновлення та підтримку функціонування особи в фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах. Вона включає використання психотерапевтичних і психологічних методів, зокрема індивідуальне консультування та психотерапію за індивідуальним реабілітаційним планом [28, с. 115]. Цей рівень роботи орієнтований на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій, особистісних якостей і соціальних взаємодій осіб, що потребують підтримки. Основною

метою є створення умов для повного подолання психологічної кризи, збереження здоров'я, відновлення працездатності або боєздатності, а також підтримка механізмів психічної та психосоціальної адаптації, що позитивно впливають на соціальну поведінку і якість життя. Цей процес сприяє їх розвитку після кризи та зростанню в подальшому. Варто зазначити, що особа, яка потребує допомоги, звертається безпосередньо до постачальника психосоціальних послуг для отримання базової підтримки. Психосоціальна допомога надається на вторинному та третинному рівнях за направленням лікаря або іншого фахівця, який надає підтримку на первинному рівні [6, с. 15].

Для зменшення рівня тривожно-депресивних розладів серед молодих людей важливо розробити всебічну систему державного управління підтримкою психічного здоров'я. Розробка стратегії підтримки молоді під час війни повинна включати всебічний підхід до психосоціальної допомоги, орієнтуючись на особливі потреби цієї категорії населення. У такий спосіб можна буде значно знизити рівень тривожно-депресивних розладів серед молодих людей [99, с. 18].

Основною умовою є налагодження ефективної координації між державними органами та установами, такими як Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти і науки, а також соціальні служби, що дасть змогу чітко організувати взаємодію між ними, забезпечивши своєчасне реагування на потреби молоді в кризових ситуаціях. Програма повинна також визначати пріоритетні групи підтримки, серед яких важливо виділити учнів, студентів, переселенців і молодих військовослужбовців, оскільки кожна з цих категорій має свої специфічні особливості. Створення індивідуальних програм підтримки для кожної з цих груп допоможе краще реагувати на їхні потреби та знизити рівень тривожно-депресивних станів [14, 27]. До того ж, активне залучення громадських організацій, психологів і психотерапевтів, які мають досвід роботи з кризовими ситуаціями, дозволить надавати допомогу на місцях, особливо в постраждалих регіонах.

Для забезпечення доступу до психосоціальних послуг молоді в умовах війни необхідно створити розгалужену мережу центрів психологічної допомоги, орієнтуючи їх роботу на потреби саме молодих людей. Такі центри мають бути доступними в різних регіонах, зокрема в зонах бойових дій, щоб забезпечити швидкий доступ до необхідної допомоги. Важливо, щоб ці установи були спеціалізовані на підтримці молоді, враховуючи специфіку їх психологічного розвитку та складнощі, з якими вони стикаються у таких умовах [45, с. 8].

Крім того, потрібно впровадити мобільні групи підтримки та гарячі лінії, які будуть здатні оперативно реагувати на запити та надавати допомогу в екстрених ситуаціях, зокрема під час евакуацій або в умовах гострих стресових станів. Такі групи можуть забезпечити не тільки психологічну підтримку, а й соціальну допомогу, що дасть можливість молодим людям адаптуватися до нових умов і мінімізувати наслідки стресу.

Запровадження онлайн-сервісів також є важливим кроком для надання допомоги молоді. Ці платформи дозволяють отримувати консультації психологів без необхідності виходити з дому, що особливо актуально для тих, хто перебуває в небезпечних або віддалених зонах. Варто також організувати на цих онлайн-платформах навчальні програми, тренінги та курси, які допоможуть молодим людям розвивати емоційну стійкість, ефективно справлятися зі стресом та подолати наслідки травм, спричинених війною [3, с. 158]. Завдяки таким ініціативам можна забезпечити постійну підтримку молоді, незалежно від її місця перебування, і допомогти їй адаптуватися до нових реалій.

Підготовка фахівців у сфері психосоціальної підтримки є важливою складовою для забезпечення якісної допомоги молоді, яка переживає наслідки війни. Цей процес включає розробку спеціалізованих навчальних програм для психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів, що працюють із молоддю, яка зазнала травм. Програми підготовки повинні забезпечити знання не тільки психологічних наслідків війни, а й практичні навички для

ефективного реагування на посттравматичний стрес, тривожні і депресивні стани.

Ключовим є надання майбутнім фахівцям ґрунтовних знань про психологію травм та методи психотерапевтичного втручання, включаючи техніки кризової допомоги, когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та роботи в групах підтримки [100, с. 8].

Не менш важливою складовою є створення системи супервізії для фахівців, адже робота з молоддю, яка пережила травми, може бути емоційно важкою. Тому необхідно забезпечити фахівців можливістю отримувати підтримку від колег та більш досвідчених психологів, щоб зберегти їх професійну стійкість та емоційне здоров'я [28, с. 114].

Фінансування та міжнародна підтримка є важливими складовими для успішної реалізації програм психосоціальної допомоги в умовах війни. Для того щоб забезпечити належну допомогу молоді, яка переживає травми війни, необхідно створити стабільну фінансову основу, яка дозволить розвивати інфраструктуру психотерапевтичної підтримки та реалізовувати проєкти, які допоможуть зменшити негативний вплив війни на психічне здоров'я молодих людей [6, 27].

Перше завдання – забезпечити постійну фінансову підтримку від держави для програм, що займаються психосоціальною допомогою. Бюджетні кошти мають йти на створення та підтримку центрів психологічної підтримки, запуск мобільних груп, гарячих ліній і онлайн-консультацій, а також на підготовку висококваліфікованих спеціалістів. Для цього потрібно розробити чіткий механізм фінансування та ефективного розподілу коштів, що включатиме як державний бюджет, так і місцеві ресурси, для того, щоб підтримка була доступною на всіх рівнях. Окрім того, важливим чинником є залучення міжнародних грантів та партнерів, які можуть значно збільшити фінансування. У час війни міжнародні організації, можуть надавати ресурси для програм, що зосереджені на психосоціальній допомозі молоді.

Також співпраця з міжнародними організаціями надає можливість обміну досвідом та найкращими практиками. Інтеграція міжнародних підходів дозволить ввести перевірені методи психосоціальної підтримки, використовуючи досвід інших країн, які також переживали війни чи мали справу з кризовими ситуаціями. Важливим елементом є спільне навчання фахівців та створення міжнародних платформ для обміну знаннями [100, с. 112].

У період війни необхідно розробити ефективну систему психосоціальної підтримки молоді, що передбачає належну координацію між державними структурами, спеціалізовані програми для різних категорій, доступ до психологічних послуг і підготовку кваліфікованих фахівців. Ці кроки сприятимуть зменшенню негативного впливу тривожно-депресивних розладів та підтримці психічного здоров'я молодих людей.

Висновок до третього розділу

Ключовою умовою успішної психосоціальної підтримки є ефективна координація між державними інституціями, а також соціальними службами, що дозволить оперативно реагувати на потреби молоді в умовах криз. Програма повинна визначати пріоритетні групи, такі як учні, студенти, переселенці та молоді військовослужбовці, враховуючи їхні особливості. Важливо розробляти персоналізовані програми для кожної категорії та активно залучати громадські організації та кваліфікованих психологів для підтримки на місцях.

Для забезпечення доступу молоді до психосоціальної підтримки в умовах війни необхідно створити мережу центрів психологічної допомоги, що враховує специфічні потреби молодих людей, зокрема в районах бойових дій. Також слід впровадити мобільні групи підтримки та гарячі лінії для швидкої допомоги в екстрених ситуаціях. Важливим кроком є створення онлайн-платформ, які дозволять молодим людям отримувати психологічні

консультації дистанційно, що особливо важливо для тих, хто знаходиться в небезпечних або важкодоступних місцях.

Підготовка спеціалістів у галузі психосоціальної підтримки є важливою складовою ефективної допомоги молодим людям, що пережили травми війни. Це передбачає створення спеціалізованих навчальних програм для психологів та соціальних працівників, які повинні охоплювати як теоретичні аспекти психології травм, так і практичні методи роботи з посттравматичним стресом, тривогою та депресією. Програми мають включати тренування в техніках кризового втручання, когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії. Крім того, важливо впровадити систему супервізії для надання професійної підтримки фахівцям, аби забезпечити їх емоційну стійкість та професіоналізм у роботі з постраждалою молоддю.

Фінансування та міжнародна підтримка є ключовими для реалізації програм психосоціальної допомоги в умовах війни. Для забезпечення належної допомоги молоді, що переживає травми війни, необхідно створити стабільне фінансування, яке дозволить розвивати інфраструктуру психотерапевтичної підтримки. Це включає державну фінансову підтримку для центрів психологічної допомоги, мобільних груп, гарячих ліній і онлайн-консультацій, а також підготовку спеціалістів. Крім того, залучення міжнародних грантів дозволить збільшити фінансування та забезпечити обмін досвідом і найкращими практиками з інших країн, що мають досвід кризових ситуацій.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувши наукову літературу щодо аспектів тривожно-депресивних розладів було виявлено, що тривожно-депресивний розлад являє собою психічний стан, який супроводжується одночасною присутністю тривожних і депресивних симптомів. Взаємодія цих проявів призводить до формування стійкого негативного емоційного фону, когнітивних дисфункцій та порушення повсякденної діяльності.

Основними складовими розладу є: тривожний компонент (постійна напруженість, надмірна тривога, страх перед негативними подіями, а також соматичні прояви (тремтіння, прискорене серцебиття, надмірне потовиділення) і проблеми зі сном) та депресивний компонент (знижений емоційний фон, втрата інтересу до життя, низький рівень енергії, когнітивні порушення (уповільнене мислення, труднощі з концентрацією уваги) та, у деяких випадках, суїцидальні думки).

2. До біологічних чинників тривожно-депресивних розладів відносять спадкову схильність, що впливає на порушення балансу нейромедіаторів, зокрема серотоніну, дофаміну та гамма-аміномасляну кислоту, що ускладнює регулювання емоційного стану. Підліткові гормональні перебудови та підвищення рівня кортизолу внаслідок стресу також відіграють важливу роль у формуванні цих розладів. Крім того, структурні зміни в мозку, такі як скорочення гіпокампа чи надмірна активність мигдалеподібного тіла, впливають на здатність справлятися зі стресовими ситуаціями. Погіршують ситуацію хронічний стрес, розлади сну, фізичні хвороби та зловживання психоактивними речовинами.

Психологічні чинники тривожно-депресивних розладів у молоді під час війни пов'язані з численними стресовими факторами, які сильно впливають на емоційний стан [59, 89]. Постійний страх за своє життя та безпеку близьких спричиняє хронічну тривогу. Травматичні переживання, такі як втрата дому, родини або участь у бойових діях, залишають глибокі психологічні шрами, що можуть призвести до депресії. Соціальна ізоляція, викликана евакуацією чи

зміною оточення, породжує почуття самотності та нестачу підтримки. Невизначеність майбутнього, порушення звичного ритму життя, такі як зміни у навчанні та соціальній активності, викликають відчуття безнадії. Крім того, постійний потік негативної інформації про війну через новини збільшує емоційну напругу і тривожність.

Соціальні чинники істотно впливають на формування тривожно-депресивних розладів у молоді під час війни. Одним із головних аспектів є зміна оточення через евакуацію або вимушене переселення, що руйнує соціальні зв'язки, викликаючи почуття ізоляції та відчуження. Відсутність підтримки з боку друзів, однолітків чи навчального середовища поглиблює емоційний стрес і підсилює тривожність. Економічна нестабільність у сім'ях, спричинена воєнними обставинами, призводить до значного зниження рівня життя, що викликає страх перед майбутнім. Дефіцит доступу до якісної освіти, медичних послуг та інших важливих ресурсів лише загострює ситуацію. Водночас адаптація до нових умов життя у громадах чи інших країнах стає складною, особливо за наявності мовних і культурних бар'єрів. Інформаційний простір, соціальні мережі, де молодь спостерігає чужі переживання або порівнює себе з іншими, лише підсилюють психологічне навантаження.

3. Дослідження особливостей прояву тривожно-депресивних розладів у молоді в умовах кризових ситуацій та воєнного стану дозволило ідентифікувати ключові закономірності їх виникнення та перебігу. З'ясовано, що молодь є надзвичайно вразливою до тривалого впливу стресових факторів, які призводять до формування патологічних емоційних станів.

Основними проявами тривожно-депресивних розладів у цих умовах є домінування почуття тривоги, постійного страху, емоційного виснаження, яке супроводжується порушеннями когнітивної діяльності та зміненою поведінковою реакцією. Молодь демонструє зниження концентрації уваги, складнощі у прийнятті рішень, зменшення інтересу до навчання та соціальної активності, що негативно впливає на їх адаптаційні можливості. Серед інших

особливостей виділяється те, що молоді люди гостро реагують на довготривалу загрозу їхньому життю та безпеці, втрату звичних життєвих умов і порушення перспектив на майбутнє. Часто виявляється схильність до емоційної нестабільності, самоізоляції, почуття безнадії та неспроможності впоратися з ситуацією.

4. Для проведення експериментального дослідження нами було використано наступні психодіагностичні методики: Діагностика суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел та М. Фергюсон), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт), Діагностика соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд), Тест на визначення рівня стресу (Ю. В. Щербатих) [38, 66, 75, 101].

5. За результатами методички «Діагностика суб'єктивного відчуття самотності» (Д. Рассел та М. Фергюсон) виявлено, що 27% студентів (17 осіб) мають високий рівень суб'єктивного відчуття самотності, 29% студентів (19 осіб) мають середній рівень, 18% студентів (12 осіб) мають низький рівень.

За результатами методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (А. С. Зігмонд та Р. П. Снейт) виявлено, що відсутність значних симптомів тривоги або депресії спостерігається у 84% студентів (53 особи), субклінічні ознаки, що свідчать про початковий рівень емоційних порушень у 12 % студентів (8 осіб), клінічно виражені симптом у 4% студентів (3 особи).

За результатами методики «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (К. Роджерс та Р. Даймонд) було виявлено що за шкалою «Адаптація» високий рівень мають 72% студентів (46 осіб), середній рівень притаманний 26% студентам (17 осіб), низький рівень показують 2% студентів (1 особа). За шкалою «Самосприйняття» високий рівень у 80% студентів (51 особа), середній рівень у 16% студентів (10 осіб), низький рівень у 4% студентів (3 особи). За шкалою «Прийняття інших» зафіксований високий рівень у 40% студентів (26 осіб), середній рівень у 36% студентів (23 осіб), низький рівень у 24% студентів (15 осіб). За шкалою «Емоційний комфорт» високий рівень відзначено у 38% студентів (24 особи), середній

рівень у 48% студентів (31 особа), низький рівень у 14% студентів (9 осіб). За шкалою «Інтернальність» високий рівень демонструють 69% (44 особи), середній рівень 29% студентів (19 осіб), низький рівень 2% студентів (1 особа). За шкалою «Домінування» високий рівень проявляють у 43% студентів (28 осіб), середньому рівні у 49% студентів (31 особа), низький рівень у 8% студентів (5 студентів).

За результатами «Тесту на визначення рівня стресу» (Ю. В. Щербатих) виявлено, що низький рівень стресу демонструють 5% студентів (3 осіб), 27% студентів (17 осіб) переживають помірний рівень стресу, 18% студентів (12 осіб) належать до групи із середнім рівнем, 38% студентів (24 особи) стикаються з високим рівнем, 12% студентів (8 осіб) виявили дуже високий рівень стресу.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і методикою діагностики суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассел і М. Фергюсон зупинимося на результатах, які є статистично значимими. За шкалою «Адаптація» можна зробити висновок, що коефіцієнт кореляції 0,695 вказує на те, що молоді люди з високим рівнем адаптації відчують значно менший рівень самотності. Значення t-критерію становить 7,610. За шкалою «Прийняття інших» значення кореляції 0,633 вказує на міцний позитивний зв'язок між рівнем прийняття інших людей і зменшенням почуття самотності. Значення t-критерію становить 6,431. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,724 є показником позитивного зв'язку між рівнем інтернальності та зниженням відчуття самотності. Значення t-критерію 8,259. Аналіз показує, що високі показники адаптації, прийняття інших та інтернальності у молодих людей значно знижують рівень самотності, що позитивно впливає на їхню емоційну рівновагу. В умовах воєнного стану ці аспекти стають ключовими для зменшення ризику тривожно-депресивних розладів, сприяючи формуванню психологічної стійкості та здатності протистояти викликам.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда і тестом на визначення рівня стресу В. Ю. Щербатих за шкалою «Прийняття інших» коефіцієнт кореляції 0,269 вказує на слабкий позитивний зв'язок між прийняттям інших людей і зниженням рівня стресу. Значення t-критерію 2,197. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,259 показує хоч і слабкий позитивний зв'язок між рівнем інтернальності і рівнем стресу, але значення t-критерію становить 2,112. Кореляційний аналіз показав, що фактори «Прийняття інших» та «Інтернальність» мають слабкий, але статистично значущий позитивний зв'язок з рівнем стресу у молоді. Це свідчить про те, що прийняття інших та здатність до внутрішньої рефлексії можуть допомогти знижувати стрес, що є важливим для підтримки психічного здоров'я.

Провівши кореляційний аналіз за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) за шкалою «Прийняття інших» коефіцієнт кореляції 0,422 свідчить про помірний позитивний зв'язок між рівнем інтернальності та рівнями тривоги і депресії. Значення t-критерію 3,660. За шкалою «Інтернальність» коефіцієнт кореляції 0,265 вказує на слабкий зв'язок між рівнем інтернальності та рівнями тривоги і депресії., проте значення t-критерію 2,164 вказує на статистично значущий зв'язок. Кореляційний аналіз показав, що фактори «Прийняття інших» та «Інтернальність» мають статистично значущий позитивний зв'язок з рівнем тривоги та депресії серед молоді. Це свідчить про те, що здатність приймати інших та внутрішня рефлексія можуть допомогти знижувати рівень тривоги і депресії. В умовах воєнного стану ці фактори можуть відігравати ключову роль у зменшенні ризику розвитку тривожно-депресивних розладів серед молодого покоління, сприяючи їх психологічній стійкості.

6. Ключовою умовою успішної психосоціальної підтримки є ефективна координація між державними інституціями, а також соціальними службами, що дозволить оперативно реагувати на потреби молоді в умовах криз.

Програма повинна визначати пріоритетні групи, такі як учні, студенти, переселенці та молоді військовослужбовці, враховуючи їхні особливості. Важливо розробляти персоналізовані програми для кожної категорії та активно залучати громадські організації та кваліфікованих психологів для підтримки на місцях.

Для забезпечення доступу молоді до психосоціальної підтримки в умовах війни необхідно створити мережу центрів психологічної допомоги, що враховує специфічні потреби молодих людей, зокрема в районах бойових дій. Також слід впровадити мобільні групи підтримки та гарячі лінії для швидкої допомоги в екстрених ситуаціях.

Підготовка спеціалістів у галузі психосоціальної підтримки є важливою складовою ефективною допомогою молодим людям, що пережили травми війни. Це передбачає створення спеціалізованих навчальних програм для психологів та соціальних працівників, які повинні охоплювати як теоретичні аспекти психології травм, так і практичні методи роботи з посттравматичним стресом, тривогою та депресією. Програми мають включати тренування в техніках кризового втручання, когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії. Крім того, важливо впровадити систему супервізії для надання професійної підтримки фахівцям, аби забезпечити їх емоційну стійкість та професіоналізм у роботі з постраждалою молоддю.

Фінансування та міжнародна підтримка є ключовими для реалізації програм психосоціальної допомоги в умовах війни. Для забезпечення належної допомоги молоді, що переживає травми війни, необхідно створити стабільне фінансування, яке дозволить розвивати інфраструктуру психотерапевтичної підтримки. Це включає державну фінансову підтримку для центрів психологічної допомоги, мобільних груп, гарячих ліній і онлайн-консультацій, а також підготовку спеціалістів. Крім того, залучення міжнародних грантів дозволить збільшити фінансування та забезпечити обмін досвідом і найкращими практиками з інших країн, що мають досвід кризових ситуацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук, О. С. Когнітивні стратегії уникнення в осіб із соціальним тривожним розладом у період адаптації до умов війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № (1). С. 30-36. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.1.6>.
2. Аймедов К. В. Тривога під маскою депресії. *Науковий потенціал молоді – прогрес медицини майбутнього* : матер. наук.-практ. конф. з міжнародн. уч. Ужгород. 2012. С. 63.
3. Актуальні питання психічного здоров'я населення України в умовах воєнних дій / Осуховська О.С. та ін. *Modern scientific strategies of development: collective monograph*. California: GS Publishing Services, 2022. С.157-169. DOI: 10.51587/9781-7364-13395-2022-008-157-169.
4. Алексенко Є.А. Тривога. Історії наднеспокійних людей. Київ. 2018. 156 с.
5. Амплєєва О.М., Плужник А.Ю. Дослідження тривожності як першої емоційно-ситуативної реакції у період студентського віку. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 6. С. 28-33.
6. Асєєва Ю. О. Програми ментального здоров'я в Україні під час повномасштабного вторгнення // *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя* : Матер. Міжнар. наук.-практич.конфер.(м. Одеса, 14-15 вересня 2023 р.). Одеса : МГУ, 2023. С. 14-17. URL: <https://doi.org/10.32837/11300.26345>
7. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8-17. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2>.
8. Астахов В. М. Психогенні розлади та вагітність: особливості прояву та шляхи профілактики. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*:

Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2020 р.) / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. Київ. 2020. С. 10-13

9. Астремська І. В. Корекція депресивних розладів з психосоматичною симптоматикою методом гештальт-терапії. *Габітус*. 2021. № 30. С. 85–90.

10. Астремська І. В., Ліповецька К. І. Вплив рівня особистісної тривожності на життєдіяльність молоді в умовах війни. The 2nd International scientific and practical conference «*Scientific achievements of contemporary society*» (September 12-14, 2024) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2024. P. 261-270.

11. Барінов Д.Н. Соціоструктурні джерела тривожності. *Соціальна психологія*. Вип. 10. 2016. С. 147.

12. Барна О. М., Аліфер О. О. Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству. *Ліки України*. 2022 Вип. 1(257). С. 17-22. DOI: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.1\(257\).264284](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.1(257).264284).

13. Барсукова Є.У. Реактивна тривожність – природне чи набутий стан організму. *Сучасна педагогіка*. №10 (47). 2016. С. 73.

14. Без паніки! Як вижити, боротися й перемогти під час бойових дій: poradnik для цивільного населення / укл.: О. Дєдик, М. Сободянюк, О. Фешовець. Львів : Астролябія, 2018. 139 с.

15. Білоус О.В. Вікова психологія: навч. посібник. Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2015. 108 с.

16. Білоус Р. М., Біленко Д. С. Психологічні особливості депресивних станів старшокласників. *Багатовимірність особистості: теорія, психодіагностика, корекція* : Зб. наук. праць за матеріалами Всеукр. наук.-практ. семінару з міжнар. участю (м. Полтава, 23 березня 2017 р.) / ред. колегія: С.Д. Максименко, М.І. Степаненко, С.М. Шевчук, Н.В. Сулаєва, К.В. Седих, В.Ф. Моргун (відп. за випуск). Полтава: ПНПУ імені В.Г. Короленка, 2017. С. 41-44.

17. Борисенко Л.Л., Коврат Л.В.. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2022. №3. С.53-65.
18. Бурчинський, С. Г. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? *Ліки України*. 2021. №3(249). С. 14–18. URL: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.3\(249\).238034](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.3(249).238034).
19. Вавілова А. С., Кудріна Т. С. Тривожно-депресивні прояви у дітей та підлітків з деструктивним перфекціонізмом. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. № 1 (4). С. 30-36.
20. Вдовіченко О.В., Асєєва Ю.О., Понянська Д.О. Особливості сприйняття якості життя та соціальні наслідки депресивних розладів під час воєнного стану. *Габітус*. 2023. Вип. 52. Ст. 266-270. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/52-2023/45.pdf>.
21. Венгер О. П. Особливості проявів тривожності в емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 2. С. 13-15.
22. Всесвітня організація охорони здоров'я. Комплексний план заходів у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2023. 39 с.
23. Гаврилькевич В., Олійник М. Гендерні особливості емоційного реагування на війну. *Psychology Travelogs*. 2023. №3. С. 100–112. URL: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-3-10>.
24. Гальцова С. Роль надання першої психологічної допомоги для збереження психічного здоров'я в умовах війни. *Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни: матеріали міжнародного круглого столу (28 квітня 2022 р. м. Львів)*. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2022. С. 21-24.
25. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. Т. 26. Вип. 1, № 94. 2008. С. 62-65.

26. Грига І. В., Агарков О. А. Психологічні виміри тривожних станів. *Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 грудня 2023 р.).* Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С. 84-85.

27. Гундертайло Ю. Практики психогігієни як частина здорового способу життя особистості під час війни. *Проблеми політичної психології.* 2022. Випуск 12 (29). С.34-37.

28. Гура Т. В. Дзюба А. В. Особливості психосоціальної підтримки в Україні під час воєнного стану. *Актуальні проблеми соціального розвитку в суспільстві змін : Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції (28-30 березня 2024 р., м. Харків) / За заг. ред. Кіпенського А.В. Х. : НТУ «ХПІ», 2024. С. 114-117.*

29. Денефіль О. В., Мусієнко С. А., Зьомко Ю. В. Зміни психологічного здоров'я студентів старших курсів протягом року повномасштабної війни в Україні. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 2023. № 3. С.85- 88.

30. Депресія: обличчя і маски / За редакцією Н. Долішньої. Львів: Видавництво МС, 2006. 116 с.

31. Ендокринні та неврологічні захворювання: проблеми коморбідності. *Міжнародний ендокринологічний журнал. Серія: Конгреси, конференції.* 2018. Vol. 14, №. 6. С. 610-616. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/adminiejournal,+610-616.pdf>.

32. Єрмоленко Т. С., Приступа Л. Н. Тривожно-депресивні розлади при ішемічній хворобі серця. *Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених (м. Суми, 23-24 квітня 2015 р.).* Суми : СумДУ, 2015. С. 42.

33. Жара Г. І. Динаміка поширеності розладів психіки і поведінки серед населення України у 2017-2021 роках. *Громадське здоров'я в Україні:*

здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2022. С. 34-43.

34. Загальна психологія: навч.посібник / О. Скрипченко, Л. Долинська, З. Огороднійчук та ін.. Київ : Просвіта. 2005. 464 с

35. Заїка В. М. Психологічні особливості виявлення та подолання депресивних розладів. *Психолого-педагогічні аспекти розвитку особистості в сучасному світі* : Збірник наукових праць. Полтава: Освіта, 2007. С. 8-14.

36. Заїка В. М. Психологічні особливості прояву депресії в сучасному світі. The XIV International Scientific and Practical Conference «*Theoretical and science bases of actual tasks*». (April 12 – 15, 2022). Lisbon, Portugal. 2022. С. 505-508.

37. Зеленська К.О., Толстая Т. Ю. Тривожні розлади у структурі стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2021. №90(3). С 64-69. URL: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet>.

38. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

39. Іванова Т.В. Соціальні чинники депресивності. *Проблеми розвитку соціологічної теорії*: матеріали XIV Міжнар. наук.-практ. конф (25-26 трав. 2017 р., м. Київ). Київ : Логос, 2017 С. 56-58.

40. Івченко Т. В., Велика Л. А., Полуйко З., Сидоренко А. Визначення стресостійкості студентів в період воєнного стану в Україні. *Інновації медичної освіти: перспективи, виклики та можливості* : матеріали II Всеукр. дистанційної наук.-практ. конференції (м. Запоріжжя, 23 січня 2023 р.) / під ред. Т. Ю. Четвертак. Запоріжжя, 2023. С. 157-161.

41. Ільїна Ю. Ю., Павлова О. О. Дослідження емоційної сфери особистості у надзвичайних ситуаціях. *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. Серія : Психологія*. Харків : ХНПУ, 2007. Вип. 3. С. 74-83.

42. Ільїна Н. М. Клінічна психологія: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с. URL: <https://library.megu.edu.ua:9443/jspui/handle/123456789/2131>.

43. Каневський В. І., Гур'янова А. С. Дисфункціональні переконання в системі депресивно-тривожних розладів. *Габітус*. 2021. Випуск 32. С. 89-93.

44. Карагодіна О.Г. Соціальна значущість депресивних розладів. *Вестник Ассоциации психиатров Украины*. 2013. №3. С. 5-9.

45. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості в умовах війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 48 с.

46. Карвацька Н. С. Депресія у хворих із невротичними, пов'язаними зі стресами та соматоформними розладами, особливості лікування. *Цифровий Репозиторій - Інтелектуальні Фонди Буковинського державного медичного університету*. 2012. URL: [oai:dspace.bsmu.edu.ua:123456789/4258](https://oai.dspace.bsmu.edu.ua/123456789/4258).

47. Коваленко О. Є, Литвин О. В. Особливості тривожно-депресивних розладів у хворих з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією та супутнім гіпотиреозом. С. 63-67. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/1094-Article%20Text-1900-1-10-20231206.pdf>.

48. Ковальська Н., Жук А., Корженко В. Вплив дистресу війни в Україні на ментальне здоров'я. *Grail of science*. 2024. № 37. С. 406–410.

49. Колесник М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. *Український медичний часопис*. 2019. Т. 1. № 5. С. 49-51.

50. Корженко В. О., Жук А. М., Асєєва Ю. О. Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 45–49.

51. Корнієнко В. В. Патопсихологія : навч. посіб. Дніпро : ДДУВС, 2023. 120 с.

52. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.

53. Кузікова С. В., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2022. №2. С. 64-70.

54. Кулева М. В. Асєєва Ю. О.. Вплив гендерних факторів на формування стратегій подолання тривожно депресивних розладів у молоді. *Актуальні проблеми практичної психології* : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (17 травня 2024 року, м. Одеса). Одеса, 2024. С. 34-35.

55. Курчицька Є.А., Тодорова І. С. Тривожні стани людини: чинники та механізми виникнення. *Актуальні питання розвитку науки та забезпечення якості освіти у XXI столітті* : тези доповідей XLVI Міжнародної наукової студентської конференції за підсумками науково-дослідних робіт студентів за 2022 рік (м. Полтава, 25 квітня 2023 р.). Полтава : ПУЕТ, 2023. С. 717-719.

56. Лазарчук О. В. Клініко-психологічні аспекти невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. 2009. №13. С. 264-275.

57. Лахтарина Ю. С., Харченко Т. Г. До питання психологічної допомоги при проявах делінквентної поведінки військовослужбовців після отримання психічної травми. *Актуальні проблеми спеціальної педагогіки, психології та реабілітації*: матеріали IV Всеукраїнської студентської заочної науковопрактичної конференції (25 вересня 2020 року, м. Суми). Суми : ФОП Цьома С. П., 2020. С. 134-139.

58. Логвись О. Дослідження психоемоційного стану українців в умовах воєнних дій. *Виклики сьогодення для психологічної служби закладів вищої освіти у воєнний час*: матер. Всеукр. засідання круглого столу (22 квітня 2022р.). Дніпро: Дніпров. гум. ун-т, 2022.С. 44-49.

59. Малиш В. Є., Венгер Г. С. Вивчення тривожності та її корекція в українців під час війни. *Актуальні проблеми практичної психології* : Збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (17 травня 2024 р., м. Одеса). Одеса, 2024. С. 29-34.

60. Марута Н. О. . Федченко В. Ю. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). *Сімейна медицина*. 2020. № 5-6. С. 23-30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2020_5-6_6.

61. Марута Н. О. Федченко В. Ю. Лінська К. І. Генетичні передумови депресивних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 3. С. 39-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_3_12.

62. Марута Н. О., Семікіна О. Є., Панько Т. В., Федченко В. Ю. Терапія рекурентних депресивних розладів з урахуванням спадкових, фармакогенетичних, соціальних чинників. *Психіатрія, наркологія*. 2022. Вип. 19. С. 7-13. URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/22500-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-42089-1-10-20231024%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/22500-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-42089-1-10-20231024%20(1).pdf).

63. Матяш М. Н., Худенко Л. І. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*. 2016. №3 (113) – V/VI. С. 118-121.

64. Медична психологія : в 2-х т. Т.1. Загальна медична психологія / Г.Я. Пилягіна, О.О. Хаустова, О.С. Чабан, К.В. Аймедов, Ю.О. Асєєва ; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с. URL: <https://nk.in.ua/pdf/1890.pdf>.

65. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С. Д. Максименка. Том І. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 512 с.

66. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навчально-методичний посібник. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної та клінічної психології. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 152 с.

67. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. Львів : Видавництво Мс, 2004. 208 с.

68. МОЗ: Розширено перелік послуг із надання психосоціальної допомоги населенню. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-rozshyreno-perelik-posluh-iz-nadannia-psykhosotsialnoi-dopomohy-naselenniu>

69. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с

70. Напрєєнко О. К., Марценковський Д. І., Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *НЕЙРОNEWS*. 2019. №2 (103). С. 20-28. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/2\(103\)/nn19_2_20-28_be5f7f69f2ad3e09ff7b39187e3c7d7e.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/2(103)/nn19_2_20-28_be5f7f69f2ad3e09ff7b39187e3c7d7e.pdf).

71. Олійник Ю. О., Романів А. С., Параняк Н. М. Домедична психологічна допомога в умовах війни. *Науковий журнал Габітус*. 2022. Випуск 37. С. 174–179.

72. Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Неврологія та Психіатрія*. 2023. С. 3-7. URL: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.154.241952>.

73. Ортинська К. В., Нікітчук У. І. Креативність, локус контролю та особливості їх зв'язку із симптомами депресії в осіб юнацького віку. *Problems and prospects of implementation of innovative research results: collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ» with Proceedings of the International Scientific and Practical Conference*. Valletta, Republic of Malta: European Scientific Platform NGO. 2019. Vol. 3. С. 16-22.

74. Основи загальної і медичної психології / за ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344с.

75. Основи психодіагностики та психокорекції : навчально-методичний посібник / уклад. Н.В. Гриньова. Умань. 2019. 124 с.

76. Охорона психічного здоров'я : підручник для лікарів / за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В. 2022. 384 с.

77. Прошукало І. Л. Основні підходи до вивчення проблеми психологічного здоров'я особистості в науковій літературі. Вісник післядипломної освіти. «Серія «Соціальні та поведінкові науки» Вип. 9(38). С. 55-72. DOI: [https://doi.org/10.32405/2522-9931-9\(38\)-55-72](https://doi.org/10.32405/2522-9931-9(38)-55-72).

78. Психіатрія : підручник для магістрів та бакалаврів «Сестринська справа» / Н. О. Марута, І. С. Вітенко, Г. М. Кожина та ін. Київ : Медицина, 2013. 150 с.

79. Пфайфер С. Депресія : Хвороба сучасності / пер. О. Кушніков. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.

80. Рештакова Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. *Медсестринство*. 2019. № 4. С. 29-31. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/287307938.pdf>.

81. Рябоконь Н. О., Рябоконь Д. С. Тривожно-депресивні розлади у дітей з соматичною патологією. *Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень*. 2017. Т. 5. № 2. С. 761–767. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/58297>.

82. Ряховська Т. Л. Роль когнітивно-поведінкової терапії в роботі з коморбідною тривожністю в клініці ендогенних психічних захворювань. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2020. №3. С. 195-201.

83. Савенкова І. І. Патопсихологія: навчально-методичний посібник. Миколаїв : Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського, 2017. 160 с.

84. Садова М.А. Гендерні та вікові відмінності депресивних станів особистості. *Міжнародний науковий журнал Науковий огляд*. 2020, №2.65. С. 75–89.

85. Сарницька А. О. Діагностика та корекція проявів тривожних розладів у підлітків. *Актуальні проблеми практичної психології* : збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет- конференції (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. С. 162-164.

86. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки* : Збірник наукових праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2015. № 1(46). С. 266-272. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/13247>.

87. Татарчук Т. Ф., Булашенко О. Є. Передменструальний синдром. Клінічна настанова, заснована на доказах. Міністерство охорони здоров'я України, Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України». Київ, 2021. 78 с.

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

89. Терехов Є. Тривожні стани як наслідки воєнних подій. *Вісник студентського наукового товариства Горлівського інституту іноземних мов*: зб. наук. праць: у 2 ч. Дніпро: Вид-во ГІІМ ДВНЗ ДДПУ, 2023. Вип. 10. Ч. 2. С. 105-108.

90. Тимошук М. В. Вплив ангедонії на якість життя у хворих на депресії. *Актуальні питання нейронаук*: Збірник тез Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів (Харків 27 квітня 2018 р.). Міністерство освіти і науки України, Харківський національний медичний університет. Харків. 2018. С. 48-49.

91. Томчук Т. В., Боб А. О. Роль медичної сестри у подоланні відчуття самотності в пацієнтів хоспісу. *Медсестринство*. 2016. № 4. С. 47-49.

92. Третьякова Т. М., Станішевська В. І Психологічні маркери особистості, що переживає внутрішньоособистісний конфлікт . *Вісник*

Національного університету Оборони України Сер. Психологія. Київ, 2020. Вип. №1-54(2020). С. 173-178.

93. Туриніна О. Л. Особливості психологічних травм війни та шляхи їх подолання у населення. *Вісімдесят другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Львів, Україна, м. Ополь, Польща, 29-30 січня 2024 р.)* / редкол. : О. Патряк та ін. ГО «Наукова спільнота», WSZIA w Opolu. Львів : ФО-П Шпак В.Б. С. 210-214.

94. Усенко К.Т. Депресивні стани особистості та особливості їх проявів в період після річниці війни в Україні. *Інноваційні проєкти для післявоєнного відновлення та розвитку України* : зб. доп. Ювілейної 90-ї щорічної студентської наукової конференції (м. Київ, 17 квітня - 20 травня 2023 р. Київ, КНЕУ, 2023. С.27-29.

95. Федорченко С.В. Загальна психологія. Модуль 3 «Емоційна, вольова та мотиваційна сфери»: Конспект лекцій для студентів напряму підготовки «Психологія». Київ: ПП PVM-print, 2017. 96с.

96. Фомін А. О. Психологічні особливості прояву тривожно-депресивних симптомів у людей, що пережили воєнні події. *Могиланські читання – 2023 : Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти* : XXVI Всеукр. наук.-практ. конф. присвячена Всесвіт. дню науки в ім'я миру та розвитку (6–10 листоп. 2023 р., м. Миколаїв). Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2023. С. 178.

97. Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги. *Український медичний часопис*. 2019. № 4 (1). С. 53–60.

98. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Health-ua.com*. 2023. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2022/Nevro_4_2022/Nevro_4_2022_st22.pdf.

99. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2009) Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання. *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2009. №23 (3). С. 13-21.
100. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? 2022. *Неврологія та Психіатрія*. 11 с. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
101. Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика. Психодіагностика: навчальний посібник. Харків : НТУ «ХПІ», 2018. 245 с.
102. Чередниченко Т. В. Теоретичний аспект систематизації тривожно-фобічних розладів. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. №64(6). С. 154–163. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-64-6-154-163>.
103. Чистовська Ю.Ю., Стеценко М.Г. Особливості тривожних проявів в осіб з навченою безпорадністю. *Габітус*. 2022. Випуск 36. С. 230-233.
104. Юр'єва, Л.М. та Лященко, Ю.В. Діагностика та лікування диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2020. Т. 28 (Вип. 3). С. 70-76. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is3-2020-11>.
105. Юрчук Д. О. Відчуття тривоги як супутній фактор воєнного стану. *Могилянські читання – 2023 : Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти : XXVI Всеукр. наук.-практ. конф. присвячена Всесвіт. дню науки в ім'я миру та розвитку (6–10 листоп. 2023 р., м. Миколаїв)*. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2023. С. 179.
106. Ющенко, Ю. Вплив карантину на виникнення депресивного стану серед підлітків. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2022. Том 1. С. 96–100. URL: <https://doi.org/10.31812/psychology.v1i.7574>.
107. Яцишина А. М. Вікова психологія: конспект лекцій. Частина 2. Одеса: ОНЕУ, ротапринт, 2023. 172 с.

108. Beattie G.S. Social Causes of Depression. *Rochester Institute of Technology*. 2005. URL: <http://www.personalityresearch.org/papers/beattie.html>.
109. Darrel A. Regier, Emily A. Kuhl, David J. Kupfer. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013. Volume 12, Issue 2. P. 92-98.
110. Dolsen M. R., Asarnow L. D., Harvey A. G. Insomnia as a Transdiagnostic Process in Psychiatric Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16(9). P. 471. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0471-y>.
111. Grandner M. A., Perlis M. L. Treating Insomnia Disorder in the Context of Medical and Psychiatric Comorbidities. *JAMA Internal Medicine*. 2015. Vol. 175 (9). P. 1472-1473. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3015>.
112. Jerome C. Wakefield. DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal*. 2013. Volume 41. P. 139–154.
113. Julio C. Tolentino, Sergio L. Schmidt. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Front. Psychiatry. Sec. Mood Disorders*. 2018. Volume 9. 9 p. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00450>.
114. Koukopoulos A., Sani G. DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Volume 129, Issue 1. P. 4-16. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12140>.
115. Krystal A. D. Psychiatric disorders and sleep. *Neurologic clinics*. 2012. Vol. 30(4). P. 1389-1413. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2012.08.018>.
116. Pyliagina G, Grinevich E, Mykhaylov B. Social functioning impairment in patients with depressive disturbances under war stress. *PMGP*. 2023 URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/414>.
117. Rudolf Uher, Jennifer L. Payne, Barbara Pavlova, Roy H. Perlis. Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and Anxiety*. 2014. №31. P. 459–471. URL: <https://doi.org/10.1002/da.22217>.
118. Seon-Cheol Park, Yong-Ku Kim. Depression in DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions. *Understanding Depression*. 2017. Volume 2.

Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment. P. 3–14. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-10-6577-4_1.

119. Sleep loss exacerbates fatigue, depression, and pain in rheumatoid arthritis. Sleep. / M.R. Irwin, R. Olmstead, C. Carrillo, N. Sadeghi, J.D. FitzGerald, V.K. Ranganath, et al. Sleep. 2022. №35. P. 537-543. DOI: 10.5665/sleep.1742.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ (К. РОДЖЕРС І Р. ДАЙМОНД)

В опитувальнику містяться висловлювання про людину, його спосіб життя: переживаннях, думках, звичках, стилі поведінки. Їх завжди можна співвіднести з нашим власним способом життя.

Прочитавши або прослухавши чергове висловлювання опитування, приміряйте його до своїх звичок, свого способу життя і оцініть: якою мірою цей вислів може бути віднесено до Вас. Для того щоб вказати свій відповідь в бланку, виберіть відповідний, на Вашу думку, один з шести варіантів оцінок, пронумерованих цифрами від «0» до «6»: «0» – це до мене абсолютно не відноситься; «2» – сумніваюся, що це можна віднести до мене; «3» – не наважуюся віднести це до себе; «4» – це схоже на мене, але немає впевненості; «5» – це на мене схоже; «6» – це точно про мене.

Обраний Вами варіант відповіді відзначте в бланку для відповідей у клітинці, відповідної порядковому номеру висловлювання.

Питання:

1. Чи відчуває незручність, коли вступає з ким-небудь в розмову.
2. Немає бажання розкриватися перед іншими.
3. У всьому любить змагання, змагання, боротьбу.
4. Чи пред'являє до себе високі вимоги.
5. Часто лає себе за зроблене.
6. Часто відчуває себе приниженим.
7. Сумнівається, що може подобатися кому-небудь з осіб протилежної статі.
8. Свої обіцянки виконує завжди.
9. Теплі, бадьорі відносини з оточуючими.
10. Людина стримана, замкнута; тримається від усіх трохи в стороні.
11. У своїх невдачах звинувачує себе.
12. Людина відповідальна; на нього можна покластися.
13. Відчуває, що не в силах хоч що-небудь змінити, що всі зусилля марні.
14. На багато дивиться очима однолітків.
15. Приймає в цілому ті правила і вимоги, яких слід дотримуватися.
16. Власних переконань і правил не вистачає.

17. Любить мріяти – іноді прямо серед білого дня. Насилу повертається від мрії до реальності.

18. Завжди готовий до захисту і навіть нападу: «застряє» на переживаннях образ, подумки перебираючи способи помсти.

19. Вміє керувати собою і власними вчинками, змушувати себе, дозволяти собі; самоконтроль для нього – не проблема.

20. Часто псується настрій: накочує смуток, нудьга.

21. Все, що стосується інших, не хвилює: зосереджений на собі, зайнятий собою.

22. Люди, як правило, йому подобаються.

23. Не соромиться своїх почуттів, відкрито їх виражає.

24. Серед великої збігу народу буває трошки самотньо.

25. Зараз дуже не по собі. Хочеться все кинути, кудись сховатися.

26. З оточуючими зазвичай ладнає.

27. Всього важче боротися з самим собою.

28. Насторожує незаслужене доброзичливе ставлення оточуючих.

29. У душі – оптиміст, вірить в майбутнє.

30. Людина неподатливий, впертий; таких називають важкими.

31. До людей критичний і судить їх, якщо вважає, що вони цього не заслуговують.

32. Зазвичай відчуває себе не провідним, а веденим: йому не завжди вдається мислити і діяти самостійно.

33. Більшість з тих, хто його знає, добре до нього ставиться, любить його.

34. Іноді бувають такі думки, якими не хотілося б ні з ким ділитися.

35. Людина з привабливою зовнішністю.

36. Відчуває себе безпорадним, потребує когось, хто був би поруч.

37. Прийнявши рішення, слід йому.

38. Беручи, здавалося б, самостійні рішення, не може звільнитися від впливу інших.

39. Відчуває почуття провини, навіть коли звинувачувати себе наче не в чому.

40. Відчуває неприязнь до того, що його оточує.

41. Всім задоволений.

42. Вибитий з колії: не може зібратися, взяти себе в руки, організувати себе.

43. Відчуває млявість: все, що раніше хвилювало, стало раптом байдужим.

44. Урівноважений, спокійний.

45. Розлютившись, нерідко виходить з себе.

46. Часто відчуває себе скривдженим.

47. Людина поривчастий, нетерплячий, гарячий.

- 48. Буває, що бреше.
- 49. Не дуже довіряє своїм почуттям: вони іноді підбивають його.
- 50. Досить важко бути самим собою.
- 51. На першому місці розум, а не почуття: перш ніж що-небудь зробити, подумає.
- 52. Те, що відбувається з ним тлумачить на свій лад, здатний напридумувати зайвого.

Словом – не від світу цього.

- 53. Людина терпимий до людей і приймає кожного таким, яким він є.
- 54. Намагається не думати про свої проблеми.
- 55. Вважає себе цікавою людиною – привабливим як особистість, помітним.
- 56. Людина сором'язливий, легко ніяковіє.
- 57. Обов'язково потрібно нагадувати, підштовхувати, щоб довів справу до кінця.
- 58. У душі відчуває перевагу над іншими.
- 59. Немає нічого, в чому б висловив себе, виявив свою індивідуальність, своє Я.
- 60. Боїться того, що думають про нього інші.
- 61. Честолюбний, небайдужий до успіху, похвали; в тому, що для нього істотно,

намагається бути серед кращих.

- 62. Людина, у якого в даний час багато гідно презирства.
- 63. Людина діяльний, енергійний, сповнений ініціатив.
- 64. Пасує перед труднощами і ситуаціями, які загрожують ускладненнями.
- 65. Себе просто недостатньо цінує.
- 66. За вдачею ватажок і вміє впливати на інших.
- 67. Відноситься до себе в цілому добре.
- 68. Людина наполегливий, наполегливий; йому завжди важливо наполягти на

своєму.

- 69. Не любить, коли з ким-небудь псуються стосунки, особливо якщо розбіжності загрожують стати явними.

- 70. Подовгу не може прийняти рішення, а потім сумнівається в його правильності.
- 71. Перебуває в розгубленості, все сплуталось, все змішалось у нього.
- 72. Чи задоволений собою.
- 73. Невдаха.
- 74. Людина приємний, що розташовує до себе.
- 75. Особою, може, і не дуже гарний, але може подобатися як людина, як особистість.
- 76. Нехтує осіб протилежної статі і не пов'язується з ними.
- 77. Коли потрібно щось зробити, охоплює страх: а раптом не впораюся, а раптом не

вийде.

78. Легко, спокійно на душі, немає нічого, що сильно б турбувало.
 79. Вміє наполегливо працювати.
 80. Відчуває, що зростає, дорослішає: змінюється сам і ставлення до навколишнього світу.
 81. Трапляється, що говорить про те, в чому зовсім не розбирається.
 82. Завжди говорить тільки правду.
 83. Стривожений, стурбований, напружений.
 84. Щоб змусити хоч щось зробити, потрібно як слід наполягти, і тоді він поступиться.
 85. Відчуває невпевненість в собі.
 86. Обставини часто змушують захищати себе, виправдовуватися і обґрунтовувати свої вчинки.
 87. Людина поступливий, податливий, м'який у відносинах з іншими.
 88. Людина тлумачний, любить міркувати.
 89. Інколи любить похвалитися.
 90. Приймає рішення і тут же їх змінює; зневажає себе за безвілля, а зробити з собою нічого не може.
 91. Намагається покладатися на свої сили, не розраховує на чийсь допомогу.
 92. Ніколи не виправдовується.
 93. Відчуває відчуття скутості, внутрішньої несвободи.
 94. Виділяється серед інших.
 95. Не дуже надійний товариш, не в усьому можна покластися.
 96. У собі все ясно, добре розуміє.
 97. Комунікабельний, відкрита людина; легко сходиться з людьми.
 98. Сили і здібності цілком відповідають тим завданням, які доводиться вирішувати; з усім може впоратися.
 99. Себе не цінує: ніхто його всерйоз не сприймає; в кращому випадку до нього поблажливі, просто терплять.
 100. Турбується, що особи протилежної статі занадто займають думки.
 101. Всі свої звички вважає хорошими.
- Обробка і інтерпретація результатів.
- 1) А В – адаптивність дезадаптивної – 4, 5, 9, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 72, 74, 75, 78, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98 2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 36, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 69, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100 – (68-170) 68-136 (68-170) 68-136.

2) А В – Лжівість «-+» – 34, 45, 48, 81, 89 8, 82, 92, 101 – (18-45) 18-36.

3) А В – Прийняття себе Неприйняття себе – 33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96 7, 59, 62, 65, 90, 95, 99 – (22-52) 22-42 (14-35) 14-28.

4) А В – Прийняття інших Неприйняття інших – 9, 14, 22, 26, 53, 97 2, 10, 21, 28, 40, 60, 76 – (12-30) 12-24 (14-35) 14-28.

5) А В – Емоційний комфорт емоційний дискомфорт – 23, 29, 30, 41, 44, 47, 78 6, 42, 43, 49, 50, 83, 85 – (14-35) 14-28 (14-35) 14-28.

6) А В – Внутрішній контроль, зовнішній контроль – 4, 5, 11, 12, 13,

19, 27, 37, 51, 63, 68, 79, 91, 98 25, 36, 52, 57, 70, 71, 73, 77 – (26-65) 26-52 (18-45) 18-36.

7) А В – Домінування, відомість – 58, 61, 66 16, 32, 38, 69, 84, 87 – (6-15) 6-12 (12-30) 12-24.

Ескапізм (відхід від проблем) – 17, 18, 54, 64, 86 – (10-25) 10-20.

Зона невизначеності в інтерпретації результатів по кожній шкалі для підлітків наводиться в дужках, для дорослих – без дужок. Результати «до» зони невизначеності інтерпретуються як надзвичайно низькі, а «після» найвищого показника в зоні невизначеності – як високі.

ДОДАТОК Б**ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СТРЕСУ (ЗА В.Ю. ЩЕРБАТИХ)**

Інструкція: перед вами ознаки стресу – інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак – ставте собі 1 бал; емоційних – 1,5 бали, а фізіологічних – 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порухення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли “бачиться” менше можливих варіантів дії

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухоженість
9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності
11. Порухення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі
9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю

роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. Порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м'язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судоми
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань
10. Підвищена пітливість
11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла
12. Зниження імунітету, часті нездужання

Інтерпретація результатів

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим – означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії.

ДОДАТОК В

**ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ
(THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HADS)**

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.
- 6.Д Я відчуваю бадьорість.
- 3 Зовсім не відчуваю.
- 2 Дуже рідко.
- 1 Іноді.
- 0 Практично весь час.
- 7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.
- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише зрідка це так.
- 3 Зовсім не можу.
- 8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
- 3 Практично весь час.
- 2 Часто.
- 1 Іноді.
- 0 Зовсім ні.
- 9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.
- 10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.
- 3 Безумовно це так.
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
- 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.
- 11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
- 3 Безумовно це так.
- 2 Напевно, це так.
- 1 Лише в деякій мірі це так.
- 0 Зовсім не відчуваю.
- 12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
- 0 Точно так само, як і зазвичай.

- 1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
 2 Значно менше, ніж зазвичай.
 3 Зовсім так не вважаю.
 13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.
 3 Дуже часто.
 2 Досить часто.
 1 Не так уже часто.
 0 Зовсім не буває.
 14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.
 0 Часто.
 1 Іноді.
 2 Рідко.
 3 Дуже рідко.

«Ключ»

Субшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

- 0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
 8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

ДОДАТОК Г

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СУБ'ЄКТИВНОГО ВІДЧУТТЯ САМОТНОСТІ (Д. РАССЕЛ І М. ФЕРГЮСОН)

Інструкція. Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті
2. Мені ні з ким поспілкуватися
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім
4. Мені не вистачає спілкування
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися
8. Я зараз не маю близької людини
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї
10. Я відчуваю себе покинутим
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують
12. Я почуваюся зовсім самотнім
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі
14. Мені дуже не вистачає компанії
15. Ніхто не знає яким я є насправді
16. Я відчуваю, ніби мене ізолювано від інших людей
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий
18. Мені важко знаходити друзів
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною

Обробка результатів дослідження та інтерпретація

Підраховується кількість кожного із варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множиться на 3 (три), «Іноді» - на 2 (два), «рідко» - на 1 (один), і «ніколи» - на 0 (нуль). Отримані результати додаються. Максимально можливий показник самотності - 60 (шістдесят) балів. Високий ступінь самотності показує сума від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів - середній рівень самотності, від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.