

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД» МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Навчально-науковий інститут міжнародних відносин і соціальних наук

Кафедра психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему: **«ВПЛИВ ДЕПРЕСІЇ НА ОСОБИСТІ СТОСУНКИ У ДОРΟΣЛИХ»**

Виконала: студентка групи ТУвн-8-24-МПС (2.0 здс)

спеціальності 053 «Психологія»

Роменська Алла Едуардівна

Керівник: доцент, завуч кафедри, кандидат мед. наук

Рациборинська-Полякова Наталія Володимирівна

Рецензент:

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1.РОЗДІЛ. ДЕПРЕСІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН.....	8
1.1. Теоретико-психологічні підходи до розуміння депресії та її проявів	8
1.2.Гендерні особливості перебігу депресії та її вплив на міжособистісні стосунки у дорослому віці.....	20
1.3. Особисті стосунки у дорослому віці як психологічний феномен	28
Висновок до 1 розділу	33
II РОЗДІЛ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
2.1 . Етапи організації та методологічний інструментарій дослідження.....	35
2.2 Результати емпіричного дослідження	39
2.3 Кореляційний аналіз результатів дослідження.....	55
Висновок до 2 розділу	56
III РОЗДІЛ. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ТА НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОСОБИСТИХ СТОСУНКІВ У ДОРΟΣЛИХ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ПРОЯВАМИ	58
Висновки до третього розділу	72
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	83

ВСТУП

Актуальність роботи Офіційна статистика Національної служби здоров'я України станом на 2025 рік показує, що понад 70% українців відчують симптоми депресії та стресу, але лише частина з них звертається по допомогу офіційно, тому офіційна статистика відображає лише кількість діагностованих випадків, а не реальну поширеність хвороби [61].

Депресія, хвороба, зі смертельними наслідками, вона підступна та може статися в житті будь якої людини в різного віку та соціального статусу. Дані дослідників з різних країн відрізняються, на рахунок того скільки людей мають ризик захворіти на депресивний розлад протягом життя, а також кількість людей, що мають клінічну депресію від 2-15%, таку різницю в даних пояснюють різною частотою звернення за медичною допомогою в різних країнах світу.

Але депресія хвороба настільки багатогранна та багаторівнева, що люди, що мають депресивну симптоматику протягом життя ніколи не звертаються по допомогу. Варто виділити той факт, що це хвороба, яка спіткає молодих людей до 45 років, вона посідає друге місце серед усіх медичних причин інвалідності та смертності, в усьому світі [73].

Депресія призводить до смерті, статистика не втішна 14%-16% людей, які мають депресію здійснювали хоча б одну спробу самогубства протягом життя. До 2030 року, Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує, що депресивні розлади вийдуть на перше місце серед всіх медичних причин, що ведуть до інвалідності та смертності вже до 2030 року [79].

Депресія також наносить сильний удар на економічну ситуацію в світі, це пояснюється тим, що люди з депресією вдвічі частіше втрачають роботу та потребують вищі витрати на медичну допомогу, адже вони потребують спеціалізованої медичної допомоги та адекватної терапії. В Україні триває війна всі українці переживають довготривалу стресову ситуацію, яка не відомо, коли скінчиться і ризик зростання депресії в пролонгованій стресовій ситуації значно збільшується [73, 74].

Незворотні втрати рідних людей, житла, фінансової стабільності стає тими факторами, які запускають депресію. Воїни, які щохвилини захищають нашу країну роблять надзусилля вже довгий час, без відпочинку та відновлення, що також провокує депресію[73, 74].

Також важливо зазначити, що депресію, доволі часто не сприймають як серйозне захворювання. Її плутають з лінощами, знецінюють, намагаються не помічати, не розуміючи того, що наслідки цього недугу призводять до суїциду. В нашому суспільстві або не розуміють або ж уникають розмов про цей недуг, а з кожним десятиліттям рівень захворюваності на депресію лиш зростає, особливо серед підлітків та людей похилого віку, що в деяких випадках призводить до жахливих наслідків, адже родини де хтось скоїв самогубство зазнають суспільної стигматизації та залишаються без підтримки в своєму горі [66].

Сьогодні науковці виділяють безліч моделей виникнення депресії, хоча жодна з них не фігурує самотійно, депресія мультифакторне захворювання, і це не лише ускладнює проблему діагностичного пошуку механізмів виникнення і розвитку хвороби, а також її лікування та профілактики на різних рівнях людського організму. Депресія заподіює одні з найсильніших психологічних, емоційних і фізичних страждань, що істотно знижують якість життя хворого, рівень його сімейної, соціальної та трудової адаптації, нерідко призводячи до інвалідизації[4].

З одного боку, зберігається аристотелівська ідея континіуму між нормальними емоційними станами та патологією (наприклад, розмежування між смутком і клінічною депресією). З іншого боку, психоаналітична спадщина Фройда простежується в увазі до внутрішніх механізмів - самооцінки, втрати об'єктних стосунків, інтродекції та почуття провини. Сучасні діагностичні системи (DSM-5, ICD-11) формалізують депресію як розлад настрою, проте зберігають ідею про її зв'язок із переживанням втрати, порушенням стосунків і самосприйняття [69].

Об'єкт дослідження — психологічні особливості особистих (міжособистісних) стосунків у дорослому віці.

Предмет дослідження — вплив депресивних проявів на характер, якість та особливості особистих стосунків у дорослих.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив рівня депресії на особливості особистих стосунків у дорослому віці.

Для реалізації мети нами сформульовані наступні завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння депресії у психології та психіатрії.
2. Розкрити поняття депресії, розглянути фактори, що сприяють виникненню депресії. Розмежувати форми депресії.
3. Визначити основні психологічні характеристики депресивних станів, що впливають на міжособистісні стосунки.
4. Підібрати та обґрунтувати психодіагностичні методики для дослідження депресії та особистих стосунків.
5. Емпірично дослідити рівень депресії та особливості особистих стосунків у дорослих.
6. Виявити кореляційні зв'язки між рівнем депресії та показниками якості особистих стосунків.
7. Узагальнити результати дослідження та сформулювати практичні рекомендації.
8. Розробити програму психологічної підтримки для дорослих з депресивними проявами.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що підвищений рівень депресії негативно впливає на якість особистих стосунків у дорослих, що проявляється у зниженні емоційної близькості, порушенні комунікації, зростанні почуття самотності та міжособистісної напруги.

У роботі для вирішення поставленої мети було застосовано теоретичні методи дослідження: аналіз науково-теоретичних джерел з проблеми

дослідження, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних, емпіричні методи дослідження: шкала депресії Бека - для визначення рівня депресивних проявів у респондентів, Relationship Assessment Scale - для оцінки рівня задоволеності особистими (романтичними) стосунками, Experiences in Close Relationships – short form - для дослідження особливостей стилів прив'язаності у близьких міжособистісних стосунках, Multidimensional Scale of Perceived Social Support – для оцінки рівня сприйняття соціальної підтримки з боку родини, друзів та значущих інших осіб, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – для визначення суб'єктивної задоволеності різними сферами життя та загальної якості життя респондентів, та статистичні методи коефіцієнт кореляції Спірмена, метод математичної обробки даних.

До емпіричного дослідження було залучено 35 українців. Віковий діапазон вибірки опитуваних становить 19 до 48 років, у дослідженні взяли участь 26 жінок та 9 чоловіків. Збір даних проведено через мережу інтернет за допомогою програми google-форми.

Теоретична цінність роботи полягає в систематизації та узагальненні наукових підходів до розуміння депресії як психологічного феномену, її впливу на особисті стосунки у дорослому віці, здійснено аналіз класичних і сучасних концепцій депресії (психоаналітичних, екзистенційних, феноменологічних та біопсихосоціальних), що дозволяє поглибити уявлення про механізми впливу депресивних проявів на емоційну близькість, комунікацію та якість міжособистісних взаємин. Отримані теоретичні узагальнення сприяють розширенню наукового знання про взаємозв'язок депресії та міжособистісної сфери особистості.

Практична значущість роботи. Результати даного дослідження можна буде застосовувати у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та соціальних працівників, які працюють із дорослими клієнтами, що переживають депресивні стани та труднощі у стосунках.

Результати емпіричного дослідження можуть бути використані для вдосконалення психодіагностики депресії та міжособистісних проблем, а також при розробці психокорекційних і психоосвітніх програм, спрямованих на покращення якості особистих стосунків у дорослих із депресивними проявами, а з людьми, чії близькі люди страждають на депресію.

1.РОЗДІЛ. ДЕПРЕСІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН

1.1. Теоретико-психологічні підходи до розуміння депресії та її проявів

Термін «депресія» (від лат. depressio – придушення) [11] , цей термін використовується в різних областях, у географії — означає частину землі, що затонула, в економіці — період великого економічного спаду. В психіатрії цей термін позначає рівень настрою, котрий знижується при депресії і використовується для позначення симптому, синдрому і хвороби [30 с. 390-414] .Термін депресія увійшов в науковий світ відносно недавно, адже протягом двох тисячоліть подібні стани називали меланхолією. Як писав Олександр Поуп у своїй поемі: «Увійдемо зі світлом обережними кроками...» [30 с.390]. Перші згадки про меланхолію з'являються в працях Гіппократа, близько 460–370 до нашої ери, що входять до так званого Гіппократового корпусу. Термін депресія виник пізніше, в «Афоризмах», її першою назвою була - меланхолія, яка визначається як стан, для якого характерні тривалий страх і смуток. Гіппократ писав: «Якщо страх і смуток тривають довго є меланхолія» [63]. Арістотель близько 384–322 до нашої ери, пов'язував меланхолію з геніальністю та творчістю, він писав у своєму творі «Problemata», що меланхолія може бути джерелом глибини мислення, творчості і, навіть, геніальності, а не лише слабкістю, як вважали його попередники [59]. Гален в II столітті нашої ери виділяв у людському організмі чотири рідини, кров, слиз, жовта жовч і чорна жовч в трактатах «Про темпераменти» та «Про причини хвороб», де меланхолія розглядається як стан, зумовлений надлишком чорної жовчі, що впливає не лише на фізичне здоров'я, а й на психічні процеси та риси характеру [62].

Зігмунд Фройд під час першої світової війни написав роботу “Смуток і меланхолія” вперше розмежував природний смуток, як реакцію на втрату і меланхолію, як стан, що відрізняється глибоким стражданням, пригніченістю, зникненням інтересу до зовнішнього світу, втратою здатності любити, затримкою будь-якої діяльності та погіршенням самопочуття, що проявляється у докорах і образах на власну адресу і може наростати до маячних очікувань

покарання. Адже горювання, проживання суму є природнім процесом, що допомагає прийняти втрату, яка відбулась. А меланхолія, це стан який не проходить, він не має кінця [40].

Вивчаючи наукову літературу можна прослідкувати, що страждання від депресії деякі автори романтизують та ідеалізують, вона, і правда, може бути тою рушійною силою, яка спонукатиме людину творити, але все ж депресія - це медична недуга, коли людина не здатна сприйняти світлу сторону життя, вона приречена перебувати в темряві.

Депресія є біологічний розлад з генетичною складовою, ознакою якого є втрата можливості милуватися веселкою після дощу, заходом сонця, співом пташок чи суботньою ранковою кавою. Характерним симптомом депресії є ангедонія, тобто нездатність отримувати задоволення, відчувати радість та врата цікавості. Вірними супутниками депресії є поганий настрій, відчуття провини, когнітивні проблеми, застрягання у негативних думках і станах. При депресії люди скаржаться на неможливість сконцентрувати увагу, вони втрачають робочу пам'ять, виконавчу функцію, не здатні забезпечувати турботу про власне тіло і навіть встати з ліжка, втрачають апетит та сон. Аарон Бек в шістидесятих роках сформулював депресію, як розлад когнітивного спотворення, і виділив три компоненти, що характерні для цього захворювання, - когнітивну тріаду, люди, що страждають на депресію думають негативно “про себе” (я-нікчема), “про світ” (все проти мене) та “майбутнє” (нічого хорошого не буде)[1 с.12-13]. Люди з депресією сприймають світ через призму негативізму, спогади людей з депресією наповнені темними картинами минулого, в яких немає нічого доброго та світлого і люди потрапляють в пастку власних негативних думок, не маючи можливості їх переоцінити, вони прокручують, в голові, один і той самий жахливий сюжет знову і знову. Ніщо не радує, все втрачає сенс, ні цікаві книги, ні радісні зустрічі з друзями, ні позитивні, хороші новини, ні смачна їжа, ніщо, взагалі ніщо, не приносить втіхи та задоволення людині в депресії [21 с. 480-485].

I. Радул зазначає, що термін «депресивні стани» належить до класу психічних станів, які мають необхідні психологічні особливості, депресія є емоційний стан, для якого характерний негативний емоційний фон, уповільнення розумових процесів і зменшення рухової діяльності [26 с.163-172]. Людина яка страждає на депресію, прокручує в голові суїцидальні думки, вона жива, але постійно думає про смерть, і може здійснювати багато спроб для знищення себе у різноманітних формах, наприклад, через ризиковану поведінку, різні види залежностей, або ж прямо. Людина в депресії сконцентрована на власному стражданні, все навколо немає значення, лиш її страждання та провина, мати, яка поглинута власним стражданням не думає про свою дитину, для неї не існує, того факту, що вона може бути комусь потрібна. Впертість з якої людина в депресії може намагатись себе вбити, може бути вражаючою.

Видатний польський психіатр А. Кемпінський у книзі «Меланхолія», говорячи про ці стани, пише: «Під час депресії смуток наздоганяє людину без будь-якої зрозумілої причини. Ніби через несправність електричного контакту все навколо згасає, світ втрачає свої барви, майбутнє перетворюється на чорну, непроникну стіну, а минуле - на смугу темних подій, що обтяжують хворого почуттям провини... думки обертаються навколо однієї теми: безнадійності власного життя, власної винуватості й безпорадності, мрій про смерть, яка уявляється єдиним порятунком» [43 с.12].

У виникненні депресії беруть участь біологія, психологія та соціальні фактори. До біологічних факторів відноситься генетика, порушення нейромедіаторів (серотонін), гормональні зміни, запалення, психологічними факторами виступають стиль мислення, травми отримані в минулому, схильність до самокритики та самозвинувачень, румінація. Війна, токсичне середовище, проблеми з фінансами, незворотні втрати, самотність, вимушена еміграція, ті соціальні фактори, які актуальні на сьогоднішній день. Кожен з цих факторів окремо - не становить загрози, але їхнє поєднання може бути тою невідвратною зміною, яка запустить депресію у людини.

Головний мозок людини містить в собі приблизно десять мільярдів нервових клітин, ці клітини мають близько сотні відростків, кожна клітина синапсами взаємодіє з іншими нервовими клітинами, синапси — посередники, які через себе передають речовини, одна з них серотонін, коли рівень серотоніну падає, то це впливає на уповільнення процесів в головному мозку, що в свою чергу впливає на процеси мислення та людина переживає депресію [25 с.24-25].

Для того, щоб підвищити рівень серотоніну в синаптичній щілині, використовують фармакологічні препарати, але це не дає можливості виміряти чи наочно розподілити та відобразити те, як розподіляється серотонін в головному мозку за допомогою візуалізації. Нейробіологічні процеси, які лежать в основі психічних явищ є неймовірно складними і такий погляд дуже спрощує, тому на сучасному етапі існує велика кількість теоретичних моделей, які пояснюють роль нейромедіаторів у розвитку депресії, вони продовжують залишатися предметом активних наукових дискусій [25 с.22-27].

Разом із тим сучасна наука підтверджує, що когнітивні процеси, а також процеси регуляції фізіологічного функціонування організму локалізуються в діяльності головного мозку, однак, суб'єктивне переживання депресії значно виходить за межі суто нейробіологічного рівня, людина, яка має страждання на депресію, переживає її як глибокий особистісний досвід, який супроводжується тривогою, пригніченим настроєм і соматизованими відчуттями, які сприймаються не лише як психічні, а й як тілесні страждання [25 с.21-27].

У культурно-історичному контексті такі переживання традиційно локалізуються в образі «сердечного болю» або описуються як глибока втома та виснаження душі й тіла. Особи, що страждають на депресивний епізод, також скаржаться на тривогу, безнадійність та безперспективність. Можна помітити у їхніх словах наявність “магічних думок” (вони можуть говорити про магічні втручання, прокляття, порчі тощо) тим самими відображати специфічну культуральну особливість наших депресивних хворих, а саме “пасивну безвідповідальність перед обличчям депресивного захворювання”, ця пасивна

безвідповідальність та бездіяльність може приховувати в собі інтроектоване відчуття меншовартості та провини [8 с.48-49].

Тіло відіграє суттєву роль у перебігу депресивних станів. Адже тіло є невідомою частиною нашого життя, тіло задіяно в усіх процес життєдіяльності: в русі, в навчанні, в творчості, в мисленні, в роботі тощо. Через тіло людина пізнає цей світ, саму себе, інших людей, тіло матері є місцем зачаття та народження дитини, через тіло люди отримують задоволення, тож тіло постійно залучено до усіх процесів життя. І з однієї сторони, саме на тілесному рівні проявляється значна частина депресивної симптоматики, людина скаржиться на те, що не може рухатись, не може їсти чи ходити до вбиральні, її стан може супроводжуватись різноманітними, іноді не пов'язаними між собою, больовими симптомами. І навпаки хронічний біль, соматичні захворювання та тривалі фізичні обмеження можуть виступати чинниками, що сприяють розвитку депресії, формуючи взаємозв'язок між психічними та соматичними аспектами цього розладу і утворюючи таким чином замкнене коло [21 с.480-485].

Вище зазначено, що причин та механізмів виникнення депресії багато, розглянемо їх детальніше. У сучасній психології та психіатрії депресивні розлади класифікуються за етіологічним принципом, найпоширенішими є ендогенна, органічна (соматогенна), невротична (психогенна), психотична та фармакогенна депресія.

Причини ендогенної депресії не в зовнішньому, а у внутрішньому світі людини, тут визначну роль грають генетичні фактори та особливості роботи головного мозку, ця депресія буває біполярною фазою афективного розладу або монополярною, лише депресія [42 с.527-530].

Характеризується ендогенна депресія, відсутністю або мінімальним впливом психосоціального стресу, біологічною зумовленістю, таким як дисбаланс нейромедіаторів: серотоніну, норадреналіну, дофаміну. Цю депресію можна отримати у спадок від біологічних батьків. В різний час доби у людини, з цим типом депресії настрій змінюється, після пробудження людина почувається

гірше, ніж пізно ввечері. Характерною є виражена ангедонія, психомоторна загальмованість, почуття безпідставної, глибокої провини, зниження життєвого тону [42 с.535-540].

Маскована депресія розглядається як варіант ендогенної депресії, але вона ховається у різноманітних фізіологічних та психологічних симптомах, депресивна тріада, яка проявляється в зниженні настрою, ідеаторній та моторній загальмованості, тут або відсутня взагалі або присутня лиш частково, а проявляється різноманітними соматичними розладами. Людина з цим видом депресії скаржиться на, наприклад, панічні атаки, нейродерміти, незрозумілі тілесні болі, фіброміалгії, функціональні запаморочення, різноманітні невралгії. Може супроводжуватися порушенням сну, тривогою, іпохондрією, різними видами залежності, антисоціальною поведінкою, істеричними реакціями. Депресія ховається за різними тілесними симптомами, періодично, загострюючись, переважно весною та восени. Стан людини погіршується в нічний та ранковий час, вона прокидається дуже втомленою, розбитою, виснаженою. І має ремітуючий перебіг, депресія накриває людину, ніби хвилями, і в періоди коли хвороба відступає людина відчуває себе дуже добре, і їй може здаватися, що симптоми зникли назавжди, але депресія щоразу повертається.

Людина ходить по лікарям, скаржиться на свої больові симптоми, але аналізи показують, що фізично людина здорова, чіткий діагноз лікарі поставити не можуть. І сама людина не може чітко назвати, що і де в неї болить, через те, що депресія постійно мігрує, ховається, змінює симптом. Зниження мотивації та здатності отримувати задоволення, забарвлює життя людини в сірий фон незрозумілих тілесних страждань. Люди, що страждають на масковану депресію, мають позитивний відгук на терапію антидепресантами і відсутність ефекту терапії «соматичного захворювання» [42 с. 540-548].

Органічна депресія виникає внаслідок ураження головного мозку, наприклад через отримання травми, інсульту чи вікових змін. Соматогенна

депресія є наслідком проблем щитоподібної залози, хвороб серця чи нирок, онкології, хронічний біль тощо [41 с.185-195].

Цей вид депресії має тісний зв'язок із соматичними симптомами, менш виражене почуття провини, домінування астенії, втоми, апатії, депресія часто йде як відлуння іншої хвороби [42 с. 546-548].

Психогенна (невротична) депресія - депресивний стан, що виникає як реакція на психотравмуючі життєві події, тривалий стрес або міжособистісні конфлікти. Варто додати, що не лише негативні, позитивні життєві зміни можуть бути тим фактором, що спричинить психогенну депресію, наприклад переїзд чи завершення, якогось важливого життєвого етапу і перехід на новий. Характерні риси невротичної депресії має чіткий зв'язок із психологічною травмою, збережена критичність до свого стану, емоційна лабільність, поєднання депресії з тривогою, залежність тяжкості симптомів від зовнішніх обставин.

Особливості клінічної симптоматики: розвивається поступово, має зв'язок із психотравмою (травма відбивається у висловлюваннях, симптоми погіршуються при загостренні травмуючої ситуації та зникають після припинення травми), депресія більшою мірою проявляється у словах та висловлюваннях, практично не відображається в діях та зовнішньому вигляді. Для цього виду депресії дуже корисною стане розмовна терапія, підтримка фахівця та можливість проговорювати свій внутрішній стан допоможуть прийняти нову реальність, що відбулась.

Така депресія супроводжується сильною плаксивістю, розладами сну, нестриманістю, загальною слабкістю, відчуттям безсилля, втомлюваністю, проявами жалості до себе, в мовленні часто звучатиме питання — чому це сталося саме зі мною? Людина може звинувачувати інших в тому, що з нею сталося, гніватися та ображатися. Ця депресія не має вітального характеру, не характерне загальне сповільнення рухів та мислення. Добова динаміка оборотна порівняно з ендогенною депресією (при неврозі стан погіршується у вечірні години). Немає туги та похмурого погляду на майбутнє, песимістичної оцінки

минулого та теперішнього. Психогенна (реактивна) депресія розвивається як реакція на надзвичайно сильну стресову подію, яку людина визначає для себе як непоправну емоційну втрату.

Реактивна депресія, так і називається, тому, що є реакцією на травму, її симптоми зникають після припинення травми. Людина застрягає в думках минулого, відчуває безнадію, її слова і думки сповнені песимізму, фабула депресивних переживань відбиває зміст психотравмуючих обставин, конкретних психологічних переживань. Характерні пригнічений настрій з вираженою тяжкою тугою, втрата інтересу до навколишнього середовища, всі стимули, включаючи інстинктивні потреби, такі як харчування, самозбереження, сексуальні потреби, пригнічені. Людина повністю зосереджена на психотравмуючих подіях, їх обставинах. Ця тема стає домінантною, набуває характеру надцінної ідеї або маячної ідеї. Часто відчуття провини спрямоване на оточення, а не на себе. Сон супроводжується кошмарними сновидіннями, що відображають психотравмуючу ситуацію. Вітальні прояви та зміни самопочуття впродовж доби добові не характерні, зберігається критична оцінка свого стану, хоча й занижена [42 с. 549-553].

Психогенна депресія (депресивна реакція адаптації) - виникає внаслідок значних змін життєвих обставин чи стресової події, де стресор не є катастрофічним. Причиною виникнення є невідповідність покладених на людину вимог її ресурсному стану. Починається зазвичай протягом місяця після стресової події або зміни умов життя. Тривалість симптоматики зазвичай не перевищує шести місяців (крім пролонгованої депресивної реакції). Депресивні розлади легкого або помірного ступеня. Депресивні прояви (зниження потреб та інтересів) мають певне пристосувальне значення - "депресивний реалізм".

Впізнати її можна за, скаргами на відсутність приємних емоцій у житті, відчуття пригніченості, безнадійності, смутку. У людини з цим видом депресії занижена самооцінка, складнощі з концентрацією уваги, складно сприймати інформацію, загальмованість. Емоційний стан нестабільний, людина

несподівано спалахує від гніву, відчуває постійне роздратування, настрій може різко змінюватись, не може контролювати емоції, бувають прояви імпульсивної поведінки. Людина з депресивною реакцією адаптації, може уникати соціальних контактів та відчувати зниження продуктивності [42 с. 658-663].

Також виділяють психотичну депресію, фармакогенну депресію, депресію, що виникає при вживанні психоактивних речовин, інволюційну (пресенильна) меланхолія, ці види депресії в даній роботі ми не будемо розглядати. Але нам важливо їх тут зазначити, адже розуміння типу депресії є важливим для адекватної діагностики, прогнозу та вибору ефективних підходів до психологічної і психотерапевтичної допомоги [66].

Депресивні розлади, незалежно від їх етіології, істотно впливають на міжособистісну сферу особистості. Водночас характер і механізми порушення особистих стосунків мають специфічні особливості залежно від типу депресії.

При ендогенній депресії порушення особистих стосунків зумовлене переважно внутрішніми біологічними та афективними механізмами. Основними порушення є зниження емоційної залученості у стосунки; втрата здатності переживати задоволення від спілкування (ангедонія); емоційна холодність, відстороненість; зменшення ініціативи у підтримці контактів. Депресивний афект знижує здатність людини до емоційного резонансу з іншим, внаслідок чого навіть близькі стосунки переживаються як емоційно порожні або обтяжливі [42 с. 538-539].

При органічній або соматогенній депресії порушення стосунків мають вторинний характер і пов'язані з тілесними обмеженнями та хронічним болем. Цей вид депресії характеризується звуженням кола соціальних контактів, залежністю від допомоги близьких, зростанням напруги у сімейних ролях, відчуттям провини через «тягар» для інших. Фізичні обмеження і тривалий дискомфорт призводять до зміни соціальної ролі людини, що ускладнює підтримання рівноправних і взаємно підтримувальних стосунків.

Невротична депресія тісно пов'язана з міжособистісними конфліктами та психотравмуючими подіями, що безпосередньо впливають на стосунки. Для неї характерна підвищена емоційна залежність, конфліктність, звинувачення себе або партнера, коливання між потребою в близькості та уникненням контакту. Депресія виступає як реакція на втрату значущого об'єкта або порушення важливих стосунків, що підсилює фіксацію на міжособистісній проблематиці.

Психотична депресія супроводжується глибокими порушеннями реальності, що різко ускладнює міжособистісну взаємодію. Втрачається довіра до близьких, виникають маячні ідеї провини перед іншими, людина соціально ізолюється, різко обмежує або розриває стосунки. Психотичні симптоми спотворюють сприйняття іншого, що унеможливлює адекватну комунікацію та взаємну емоційну підтримку [42 с. 680-695].

Фармакогенна депресія впливає на стосунки опосередковано, через зміну емоційного стану та поведінкових реакцій. Характеризується дратівливістю, емоційною нестабільністю, зниженням інтересу до спілкування, тимчасовими труднощами у підтриманні близькості. Зміна нейрохімічного балансу під впливом медикаментів порушує емоційну регуляцію, що негативно відображається на якості міжособистісної взаємодії [66].

Таким чином, різні види депресії мають специфічні механізми впливу на особисті стосунки у дорослих. Це може бути, як збільшення емоційної дистанції та втрата інтимності, конфліктність, залежність чи соціальна ізоляція. Усвідомлення цих відмінностей є важливим для розуміння психологічної природи міжособистісних труднощів при депресивних станах, і дає можливість розширювати і будувати ефективні стратегії психологічної допомоги.

Українська культура наповнена родинними цінностями, повагою до соціального оточення. Українці, часто надають багато значення думці друзів, колег, сусідів. І через це депресія є не лише індивідуальним стражданням, вона проходить через чотири стадії, людина поступово віддаляється від суспільства, для неї втрачають сенс спілкування з друзями, знайомими, колегами, її перестає

хвилювати, що думають про неї інші люди. Заглиблюючись в депресивний стан людина ховається від сім'ї, депресивна людина потрапляє в полон своєї психіки, вона постійно прокручує одні і ті самі думки, спогади, докори, бажання смерті. Але з плином часу, вона втрачає і цю здатність й лише тоді виявляє свою депресію через скарги на тілесні негаразди [8 с. 77-82]. Людина в депресії постійно віддаляється, для неї стають непомітними ті стосунки, які раніше були важливими. Схильність до депресії родинна, батьки генетично передають її у спадок своїм нащадкам, але не обов'язково людина, яка має генетичну схильність до депресії, захворіє. Для того, щоб це сталося мають бути фактори впливу з середовища [11 с.331-332].

Насильницькі дії завжди матимуть наслідки у будь якому віці, але найвразливішими до насилля є саме діти, адже вони дуже залежні від дорослих. Люди, що зазнавали багато насилля в дитячому віці можуть так і не навчитися довіряти світу та все життя не відчувати себе в безпеці, що може стати тою рушійною силою, яка провокуватиме депресію. Варто звернути увагу, що діти егоцентровані, вони сприймають насилля від дорослих, як те, що вони заслужили, що вони погані, а це в свою чергу призводить до самозвинувачувальних думок та несвідомий вибір тих стратегій поведінки, що будуть давати підтвердження цьому внутрішньому знанню.

Досвід насильства може запускати певні гени, які відповідальні за стійкість до стресових ситуацій.

Стресових ситуацій не можливо уникнути, вони так чи інакше будуть траплятися і вміння справлятися з складними життєвими ситуаціями є тою силою, яка допомагає в житті і якщо дитина навчитися справлятися зі стресом у дитячому садочку, школі чи на подвір'ї це буде корисно для неї. Але при виникненні стресової ситуації в дитячому віці важливу роль грає підтримка зі сторони важливих дорослих, якщо дитина має турботливих батьків, які завжди придуть на допомогу, то вона виросте з довірою до світу і зможе адекватно

реагувати на стресову ситуацію. А в історіях, коли такої підтримки немає, дитина лишається безпорадною та беззахисною перед цим великим і небезпечним світом.

Дитина, що проживає в хронічній, інтенсивній стресовій ситуації, без підтримки безпечних дорослих, наприклад, в родині де батьки зловживають психоактивними речовинами, отримує зміни на ті ділянки мозку, які відповідають за стрес. Мозок дитини гнучкий, якщо ситуація в якій перебуває дитини в ранній період життя лякаюча та гіпертривожна, то розвиток ділянок мозку, що відповідають за страх і тривогу, буде переважати. Це вплине на здатність вчитися, думати, планувати, контролювати. Люди, що пережили такий дитячий досвід будуть чутливими, менш стійкими до стресових ситуацій впродовж життя. Їх реакція може не відповідати стресовій ситуації, вони можуть більше тривожитись та бути менш рішучими в своїх діях, відчувати себе безпорадними, маленькими дітьми перед великим світом. Такі люди мають більший відсоток можливості здобути психічний розлад, залежність чи депресію [72].

Наслідки хронічного стресу можуть проявитись також у фізичних симптомах інсульту, серцево-судинних захворювань, діабету тощо [64] .

Наслідком хронічного стресу є депресія, вона ж, є наслідком “перевантаження” системи стресової відповіді. Це відбувається так: постійне насильство тримає гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь в режимі «бий або біжи», що з часом призводить до того, що вона виснажується чи стає гіперчутливою. Через високий рівень кортизолу буквально пошкоджуються клітини головного мозку, зокрема в гіпокампі, який відповідає за емоції та пам'ять, у гіпокампі відбувається атрофія дендритів, зменшення синапсів. Згідно з дослідженнями в Nature, у людей, що пережили насильство в дитинстві, об'єм гіпокампа часто менший ніж у людей які зростали в безпечному середовищі [73].

1.2. Гендерні особливості перебігу депресії та її вплив на міжособистісні стосунки у дорослому віці

Епідеміологічні дослідження свідчать про те, що депресивні розлади значно частіше діагностуються у жінок, ніж у чоловіків. Березюк. О., Фільц О., Грабчак В., Сірко Р. В рамках дослідження «Феномен неповноцінності та депресія» виявили, що депресія найчастіше зустрічалась у тих респондентів, хто дуже сильно прагнув в будь який спосіб компенсувати відчуття власної неповноцінності. А жінок з депресією суттєво більше, ніж чоловіків [2 с. 148-157].

На депресію можна захворіти в будь-якому віці, проте симптоми та перебіг недугу будуть різними у різних вікових категоріях. В період від народження до трьох років депресивні симптоми можуть проявлятися у вигляді відмови від їжі, втрата ваги, відмова від гри, емоційне заціпеніння, дратівливість, сонливість. У віці від трьох до шести років депресія проявляється у проблемах харчування та сну, ум, агресивність, зниження чи втрата цікавості до гри, провини, втома вторинний енурез. В період з шести до дванадцяти років депресія проявляється в страхах, агресивні поведінці, суїцидальних думках, проблемами в школі. В підлітковий період з'являється самоушкоджуюча поведінка, підліток може завдавати собі фізичної шкоди різноманітними способами — селфхарм, анорексія, булімія, вживання різних психоактивних речовин, суїцидальні думки та спроби вчинити самогубство, занижена самооцінка, антисоціальна поведінка, втрата інтересів, апатія. Бедлінський В.О. пише, що депресія в дитячому віці виникає з однаковою частотою у хлопчиків та дівчаток, а вже починаючи з підліткового періоду частота захворювань на депресію у дівчаток збільшується, автор пов'язує це з гормональною перебудовою, ця тенденція продовжується і надалі. Особливістю дитячої депресії є те, що вона з великою вірогідністю повториться знову. В осіб пізнього віку після шестидесяти років симптоми депресії значно важчі та тривають набагато довше [3 с.22-24, 4 с.163-172]

Жінки, при виявленні у себе депресивних симптомів, вдвічі частіше звертаються за допомогою, адже для жінок важлива приналежність до спільноти,

їм важливо спілкування та буття поруч з іншими, вони дуже чутливі до соціального відкидання. Для них важливо отримувати підтримку і турботу і обмінюватись своєю підтримкою та турботою з іншими, вони мають високу потребу в спілкуванні та розділенні своїх емоцій та почуттів [25 с.48-51, 16 с.328-354]. Депресивна симптоматика чинить негативний вплив як на фізичне, так і психічне функціонування будь якої людини в будь який період її життя, особливо вразливими є особи жіночої статі, які (починаючи з пубертатного віку) більш схильні до розвитку депресії, але найбільший відсоток самогубств скоюють саме чоловіки [2 с. 22-24].

Ще одним із можливих пояснень є особливості функціонування головного мозку. Дані нейропсихологічних досліджень вказують на те, що у чоловіків частіше активізуються когнітивно-аналітичні процеси, пов'язані з функціонуванням лівої півкулі, тоді як у жінок більш вираженою є активація правої півкулі, яка відіграє провідну роль у переробці емоційної інформації. У зв'язку з цим емоційний стан у жінок має більш безпосередній вплив на мисленнєві процеси.

Підвищена емоційна чутливість, притаманна багатьом жінкам, відіграє важливу роль. Проявляється у більшій вразливості, схильності до тривожності, заниженій самооцінці та залежності від значущих міжособистісних стосунків. Ці психологічні особливості лише частково зумовлені соціокультурними умовами і мають також індивідуально-психологічні передумови.

Біологічні фактори, зокрема гормональні коливання, також підвищують ризик депресивних розладів у жінок. Менструальний цикл, зміни гормонального фону під час вагітності, післяпологового періоду чи в період менопаузи можуть супроводжуватися вираженими коливаннями настрою і фізіологічними змінами. Зокрема, значна частина жінок переживає симптоми передменструального синдрому, а також можливий розвиток післяпологових депресивних станів, від легких форм до важких депресій і, в окремих випадках, психотичних розладів [28,с. 118-122, 38 с.530-532, 38 с.825-830].

Варто зазначити, що окрему роль відіграють фактори перевантаження, втоми. В сучасному світі до жінок висувається так багато вимог, це і робота, і турбота про дітей та чоловіка, прибирання, розвиток, привабливий зовнішній вигляд, що жінка відчуває багато виснаження, втоми, вигорання, які стають тими рушійними факторами, що призводять до того, що жінка перебуває в хронічному стресі. Психоемоційне напруження, відсутність підтримки та відпочинку, що триває дуже довго, призводить до того, що перевищує адаптаційні можливості особистості та сприяє розвитку або поглибленню депресії.

Сучасний світ вимагає від жінок бути завжди красивими, доглянутими, мати хорошу фізичну форму, бути усміхненою, позитивною, комунікабельною, що призводить до того, що природні вікові зміни можуть сильно лякати та ускладнювати психологічний стан жінок. Соціальні мережі, де є постійне стимулювання до змін та порівняння з іншими людьми, також є сильним стресором. Адже жінка, що постійно відчуває, що не є, наприклад, ідеальною мамою своїй дитині, як різноманітні блогери, може відчувати постійний сором, провину та тривогу [16 с.331-334].

Період коли діти, що вирости, лишають батьківську домівку та “вилітають з батьківського гнізда” переживається жінками як значуща втрата. В цей період жінка може усвідомити, свою тотальну самотність та непотрібність. Зовнішність, що змінюється з часом, втрата молодості, зниження сексуального потягу, менопауза, всі ці фактори можуть негативно впливати на самооцінку та якість подружніх стосунків [28 с. 118-122, 38 с.530-532, 38 с.825-830].

Варто розмежувати й відмінності у способах подолання депресивних станів у жінок і чоловіків.

Жінки швидше та частіше визнають наявність певних психологічних труднощів і починають шукати професійної допомоги, цей фактор підвищує ймовірність діагностування депресії, а також сприяє одужанню жінок, що вчасно звернулись по допомогу [27 с.480-485].

Уникнення - ось стратегія, яку частіше обере чоловік. Вони можуть бути сильно зайнятими чи вживати алкогольні напої. Вважаючи, що можуть самотійно впоратись з депресією за допомогою алкоголю, але насправді це не так. Адже алкоголь, лише на короткий проміжок часу дає полегшення, а потім симптоми повертаються знов, але з більшою вираженістю. Чоловік, що страждає на алкоголізм може, насправді, займатись самолікуванням депресії, стверджує Р. Сапольський [27 с.480-485].

Така чоловіча поведінка може маскувати депресивні прояви. Зустріч з власним браком контролю, безсиллям, безпорадністю, може спричинити депресію у чоловіка, депресивні розлади у чоловіків мають низку специфічних проявів, які зумовлені поєднанням біологічних, психологічних та соціокультурних чинників [28 с.110-125].

Чоловіча депресія часто має латентний, прихований характер і нерідко залишається невиявленою протягом тривалого часу, це пов'язано з вимогами суспільства до чоловіків, їх з дитинства привчають пригнічувати власні емоції, забороняють плакати, висміюють емоційність та вразливість. Соціум вимагає від чоловіків бути емоційно непохитними, стриманими, самотійно справлятися з усіма труднощами. Що, як наслідок призводить до того, що чоловіки рідше визнають власний психологічний дистрес і звертаються по професійну допомогу, як правило, лише після гострих кризових подій або драматичних життєвих ситуацій. Чоловіки соромляться бути вразливими та просити про допомогу. Справжній чоловік, має бути успішним, сильним та емоційно стійким, така стереотипна думка є джерелом внутрішнього конфлікту у багатьох чоловіків. Чоловік, який не може відповідати цим високим суспільним вимогам починає сумніватися у власній чоловічій ідентичності, в нього падає самооцінка, він відчуває безсилля та злобу. У чоловіків не прийнято просити про допомогу, ділитися своїми емоціями, навіть з близькими людьми, складнощі та проблеми приховуються. Однак ці переживання зазвичай не проговорюються, а негативні

емоції придушуються, чоловік натомість являє світу маску контролю, сили та впевненості в собі.

Клінічна картина депресії у чоловіків часто відрізняється від «класичних» описів, більш характерних для жінок. Дратівливість, емоційна відстороненість, агресивність зниження концентрації уваги, втрата інтересу до роботи та соціального життя, а також соматичні скарги, замість відкрито вираженого смутку або почуття провини у чоловіків. Також не є рідкістю те, що депресивний стан проявляється через ризиковану поведінку, зокрема схильність до екстремального водіння, яку у клінічній практиці часто класифікують, як “парасуїцидальну поведінку”, коли людина не робить прямої спроби самогубства, але підсвідомо шукає смертельної небезпеки через нестерпний внутрішній біль. А також, прямує до необдуманих, імпульсивних рішень, надмірного фізичного навантаження чи азартних ігор [27 с.118-122, 485 .].

Депресія, що не визнається або заперечується суттєво впливає на особисті стосунки у дорослому віці. Чоловіки можуть перекладати відповідальність за свій стан на подружні або партнерські відносини, а те, що депресія є першопричиною змін у поведінці та емоційній доступності, вони не усвідомлюють. Що і призводить до зростання та загострення конфліктів, сварок, збільшення емоційної дистанції, зниження інтимності та взаємної підтримки у парних стосунках. Особливої уваги потребує проблема суїцидальності, хоча жінки частіше звертаються по допомогу з депресивними скаргами, рівень завершених суїцидів серед чоловіків є значно вищим. Тут велику роль відіграє поєднання соціального табу на прояв слабкості та вразливості, пізнім виявленням депресії та використанням більш летальних способів суїциду. У деяких випадках суїцид розглядається чоловіками як спосіб «гідного виходу» з ситуації безпорадності та втрати контролю [42 с. 531-532, 24 с.48-51].

Таким чином, чоловіча депресія має специфічні психологічні та соціальні прояви, які безпосередньо впливають на якість особистих стосунків у дорослому віці. Жінки статистично частіше страждають на депресивні розлади, що

пов'язується з поєднанням біологічних чинників, зокрема гормональних коливань, психологічних особливостей емоційної чутливості та соціальних факторів, таких як рольове перевантаження й очікування турботи про інших. Гендерні відмінності в перебігу депресії проявляються і у сфері особистих стосунків. Жінки в депресії частіше шукають емоційної підтримки, однак можуть переживати страх, що будуть тягарем для близьких. Чоловіки ж схильні до емоційної дистанції та проектування власного психічного стану на партнерські конфлікти, що ускладнює подружню та сімейну взаємодію. Саме через атипові прояви (гнів, ризик) чоловічу депресію часто не помічають, а лікують її симптом, наприклад алкоголізм чи розлад особистості, що лише погіршує стосунки в сімейній системі. Отже, врахування гендерних особливостей перебігу депресії є необхідною умовою для її своєчасного виявлення, ефективної психотерапевтичної допомоги та збереження якості особистих стосунків у дорослому віці [41 с.93-98, 42 с.531-532].

Сучасна теорія гештальт-терапії спирається на теорію поля К. Левіна, концепцію контактної взаємодії та феноменологію. Якщо розглянути людське страждання як феномен поля, то таким чином можна побачити можливість для кращого розуміння людини та його соціального поля [30 с.26-27].

Люди соціальні створіння, і феномен депресія виникає в стосунках, і це означає, що люди навколо депресивної людини приймають участь в безодні депресії. Поле відносин, що організовано депресивним образом, інші люди створюють депресивну організацію поля і потрапляють під її вплив. Вони приєднуються до депресивного досвіду. У контакті з депресивною людиною діалог незабаром уповільнюється, час наче починає тягнутися, а люди довкола відчують тягар і втому.

З іншого боку, люди, які оточують депресивну людину, також сприяють організації депресивного поля. Вони намагаються «витягти» депресивну людину з її стану, змусити її рухатися та бути активною, підбадьорюють її, запрошують на прогулянку, підтримують та намагаються розвеселити чи хоча б рухатися,

проте депресивна людина в цей момент не має здатності чогось хотіти, бути активною і взяти себе в руки.

Навіть якщо комусь вдасться вивести її з дому, вона просто функціонуватиме в режимі автопілота, залишаючись при цьому внутрішньо замкненою в собі й відчуючи лише те, що знову провалюється, зникає і не відповідає очікуванням близького кола людей. У подальшому такий досвід стосунків руйнує надію на повноцінний контакт і призводить до ще глибшого падіння у депресивну прірву. Через певний час рідні та близькі люди втрачають здатність надихати та «оживляти» депресивну людину й відступають від своїх намірів, починають більше зосереджуватися на власних потребах і займатися своїми справами. Депресивна людина, натомість, сприймає це як чергове відкидання, що ще більше засмоктує її у депресивний вир [30 с.390-414].

Депресія може мати значний вплив на відносини, особливо в парі, знецінення чи хибне розуміння депресії, може призводити до ігнорування чи неправильної підтримки партнера і це, в свою чергу може загострити стан депресії та погіршити стосунки між партнерами [30 с.402-414].

Більше того, сам процес лікування депресії може бути викликом для пари, включаючи зміни в щоденних ритмах, відносинах та способах спілкування. Таким чином, розуміння впливу депресії на стосунки та вчасна підтримка можуть виявитися ключовими факторами у забезпеченні здорових та підтримуючих відносин в умовах депресивного стану [45 с.53-85]. А. Ленгле, пропонує подивитися на життя не лише з біологічної чи медичної точки зору, а й з екзистенційної, то можна здивуватись, побачивши, що життя це постійний рух і зміни, і через цей рух та зміни життя приводить нас в тут-і-зараз, в теперішню коротку мить. Автор виділяє людину, тою яка будує стосунки з життям ту-і-зараз, це стає можливим завдяки обміну, людина як отримує від життя, так і віддає, якщо обмін не відбувається, утворюється застій, болото. Людина, яка не може привносити себе в життя, в стосунки і не може віддавати, психологічно помирає, - пише автор. Завдяки змінам, які супроводжують нас

всюди день змінюється ніччю, весна літом, вода в річці тече, повітря постійно рухається, в нашому тілі є постійний рух, тож там де немає руху життя завершується. І завдяки вітальній силі і фізичній, яка проявляється, наприклад, в загоєнні ран і в психологічній, у вигляді почуття жаги до життя, тої інтенціональної сили, яка спонукає людину рухатись назустріч життю, яка проявляється в радості жити. [45 с.53-82]. Автор пише про стосунки з життям та стосунки з іншими людьми, про те звідки люди вміють бути в стосунках, і повертається до найперших, найважливіших стосунків матері та дитини. Дитина прагне стосунків, але якщо мати не відповідає на це прагнення, відкидає, то людина може пронести цей досвід через все своє життя шукаючи стосунків, які тоді не сталися, з саме тією матір'ю, і не знаходячи їх, потрапляє в депресію, завмирає, застигає, перестає жити. Дитина втрачаючи матір — втрачає набагато більше [45 с. 35-48]. С. Ендрю також пише про особливості спілкування при депресії: «Від оточення очікують, що люди, які перебувають у депресії, впораються: у нашому суспільстві немає місця хандрі, подружжя, батьків, дітей ніби затягують разом із собою в безодню, а їм не хочеться бути поруч із безмірними стражданнями, із безодні глибокої депресії ніхто нічого не може, хіба що просити про допомогу (і то не завжди), але навіть коли допомогу пропонують, їй ще потрібно зуміти прийняти» [11 с. 111-112]. У спілкуванні з друзями та рідними можуть з'являтися порожнечі, провали. Здається, що саме друг або родич повинен зрозуміти страждання людини в депресії, але інша людина не здатна зрозуміти і відчувати страждання іншого, і тоді людина в депресії може сприйняти це як знецінення [24 с. 39-44].

Людина в депресії не має видимих причин для страждання і не може пояснити рідним людям, чому саме вона страждає, вона не може передати словами свій внутрішній стан. Близькі люди та родина можуть робити багато спроб зрозуміти людину в депресії, але як пояснити їм, що це «незрозуміле страждання» може не завершуватися тижнями чи місяцями? А якщо родина має маленьких дітей чи хворих батьків чи кредит, якщо в родині хтось хворіє Жінка

у якої чоловік захворів на депресію, може не приймати, той факт, що тепер їй на доведеться взяти на себе матеріальне забезпечення родини, хатні справи, догляд за дітьми, на період який немає строків. Депресія одного з членів сім'ї стає фінансовим та функціональним стресором для всієї сімейної системи, наслідком цього буде розлучення, якщо пара не звертається по допомогу. І тоді вірним супутником депресії стає почуття провини [11 с.110-120].

Якщо один з партнерів в депресії, то відповідно втрачається інтерес в парі, як наслідок партнери віддаляються один від одного, загострюється відчуття самотності, стосунки в парі перестають бути джерелом для відновлення, а стають фактором, який тягне на дно. Поступово може зникнути емоційна близькість, виникатимуть конфлікти, зникне тепло. Так як депресивний стан може впливати на спосіб комунікації, спілкуватись між собою стає все важче. Загальний стан напруженості і депресії в парі утворює замкнене коло, в якому погіршення стосунків викликає поглиблення депресії, а депресія погіршує відносини [11 с.112-115].

У працях Еріха Фромма любов розглядається не як спонтанний емоційний стан або пасивне переживання, а як активна позиція особистості, що передбачає цілеспрямовану діяльність і внутрішню зрілість. Ось, що він пише: “Зріла любов це єдність за умов збереження цілісності особистості, її індивідуальності, любов є рушійною силою людини, силою, яка руйнує стіни, що відокремлюють її від побратимів, силою, яка об'єднує її з іншими” [31 с. 45]. Еріх Фром повертає людині відповідальність, підкреслюючи, що любов це активна дія, а не пасивне злиття де одна людина цілком і повністю залежить від іншої. Дорослі стосунки є результатом свідомого вибору та активної участі обох партнерів [31 с.47-59].

Зріла, доросла любов, за Еріхом Фроммом, яку автор виділив у 1956 році, вміщує в собі компоненти турботи, відповідальності, поваги та знання. Де турбота проявляється у прагненні підтримувати розвиток іншої людини, допомагати їй на її життєвому шляху та бути залученим до її життя. А відповідальність передбачає готовність відповідати за власні дії, слова та інші

проявлення у стосунках та за емоційний вплив на партнера. Визнання унікальності іншої людини поруч, тих її рис, що відрізняють та виділяють її, з-поміж інших людей є повага, яку проявляють зрілі партнери один до одного. Партнери в діадних стосунках мають кожен свої потреби, в зрілих відносинах, кожен з партнерів знає потреби партнера, розуміють глибину його особистості та внутрішній світ [31 с. 36-45]

Важливим аспектом зрілих міжособистісних стосунків Еріх Фромм вважає збереження автономії в умовах близькості, автор також описує деструктивні форми любові, які часто маскуються під близькість, але є проявами психологічної незрілості. До них належать залежні, співзалежні та симбіотичні стосунки, в яких один або обидва партнери втрачають автономію, перекладають відповідальність за власне життя на іншого або прагнуть контролю та злиття. Співзалежні стосунки, часто наповнені незадоволенням, сварками, претензіями, тривогою, емоційним виснаженням, вони ведуть, навпаки, до деградації одного з партнерів або ж обох. Такі форми взаємодії не сприяють розвитку особистості та часто супроводжуються тривогою, конфліктами й емоційним виснаженням [31 с.30-45]. У контексті депресивних станів ця концепція набуває особливої актуальності. Депресія істотно знижує здатність особистості до активної любові, турботи та відповідальності, оскільки супроводжується емоційною пригніченістю, втратою енергії, зниженням інтересу до людини, що поряд та почуттям власної непотрібності, знеціненням. У результаті міжособистісні стосунки можуть набувати форм емоційного відчуження, охолодження або, навпаки, посиленої залежності, що ще більше поглиблює депресивні переживання та порушує якість особистих стосунків у дорослому віці [31 с.30-45, 42 с.538-540, 27 с.482-484].

1.3. Особисті стосунки у дорослому віці як психологічний феномен

О. Столярчук пише, що «Психологічне благополуччя батьків є визначальним чинником формування безпечного емоційного простору сім'ї. Будь-які деструктивні стани дорослих (тривога, депресія, емоційне виснаження)

неминуче транслюються на дітей та партнера, порушуючи стабільність сімейної системи та знижуючи рівень задоволеності стосунками у кожного її члена» [28 с.92-95].

Джон Боулбі в 1969 році в рамках дослідження по теорії привязаності вивчаючи взаємостосунки матері та маленької дитини, зробив висновок, що прив'язаність природня людська риса. Якщо розлучити матір та маленьке дитя, вони обидва відчуватимуть сильну тривогу та будуть прагнути один до одного. Стосунки в яких безпечно, надійно, де задовольняються потреби в близькості, Боулбі називає близькими. Де люди можуть бути емоційно відкритими та прожити поруч з іншою людиною будь які свої емоції, розділити життєві негаразди та бути прийнятим та почутим. Природа створила людину, як соціальну істоту, як ту яка живе в спільноті, разом з іншими людьми, люди потребують контакту з іншими людьми, самотність та відсторонення переживається дуже болісно [37, с. 140-165].

С. М. Галушко зазначає, що прихильність, той опорний каркас на якому будується характер людини, і вона прямо впливає на те, як людина встановлює, підтримує та переживає близькі стосунки, а не лише психологічний термін [6 с.21-28].

Центральна ідея теорія прив'язаності Джона Боулбі, в тому, що ті люди, які з самого початку життя дитини турбуються про малюка, реагують на його потреби та задовільняють їх, дають дитині можливість відчувати себе в безпеці. Малюк знає, що цей дорослий надійний, і це створює надійну опору для пізнання світу, його подальшого розвитку та зростання, проходження вікових криз та становлення, як дорослої людини [37 с. 160-165].

У межах теорії прив'язаності Мері Ейнсворт у 1969 році провела експеримент “Незнайома ситуація”, саме він дозволив виокремити три основні типи прив'язаності — надійний стиль прив'язаності, тривожно-амбівалентний стиль, уникаючий стиль і дезорганізований стиль [36 с.31-43].

Надійний стиль, його ще називають безпечним стилем прив'язаності, формується за умов стабільної, чутливої та передбачуваної поведінки батьків. Особи з таким стилем у дорослому віці здатні до емоційної близькості, довіри та автономії, відкрито звертаються по підтримку в складних ситуаціях і водночас зберігають відчуття власної цінності. Безпечна прив'язаність пов'язана з високою якістю міжособистісних стосунків та психологічною стійкістю.

Тривожний стиль прив'язаності виникає внаслідок непослідовної або емоційно нестабільної поведінки батьків. Для дорослих з тривожним стилем характерна підвищена чутливість до віддалення партнера, страх втрати стосунків, низька впевненість у власній значущості та схильність до надмірної емоційної залежності. Такі люди часто потребують постійного підтвердження любові та прийняття з боку значущого іншого [9 с.84-88].

Уникаючий стиль прив'язаності формується за умов емоційної холодності або відторгнення, відкидання з боку батьків. У дорослому віці він проявляється прагненням до автономії, емоційної дистанції та уникнення близькості. Особи з уникаючим стилем схильні пригнічувати власні емоційні потреби, уникати звернення по підтримку та мінімізувати значущість міжособистісних зв'язків, що ускладнює формування глибоких і стабільних стосунків.

Трохи пізніше був виділений четвертий стиль - дезорганізований чи дезорієнтований. Цей стиль формується тоді, коли батьки для дитини виступають одночасно і джерелом безпеки, і джерелом загрози. Так стається, коли батьки скоюють насилля над дитиною, жорстоко поведуться або мають невиліковну важку травму чи психічний розлад. Якщо в одного з батьків дезорганізований стиль прихильності це має прямий вплив на дитину, та в неї може проявитись дезорганізована поведінка, часто такий стиль прихильності наслідується в родині. У дитині може бути дезорганізований стиль прив'язаності з одним з батьків, але з іншим батьком може бути іншою, а наприклад, бабусею теж іншою. В дорослому віці ця стилістика проявляється у вигляді суперечливих імпульсів у стосунках. Людина прагне близькості, але панічно її боїться. Люди з

дезорганізованим стилем прихильності мають складнощі з регуляцією власних емоцій, схильні до дисоціації та спалахів неконтрольованого гніву [46 с. 95-124].

Ці стилі зберігаються у вигляді внутрішніх робочих моделей і надалі впливають на характер близьких міжособистісних стосунків у дорослому віці. Тривога прив'язаності та уникнення визначають уявлення особистості про себе й інших, а також формують очікування щодо доступності, надійності та емоційної залученості значущих інших у відносинах [9 с. с.38-42, с. 84-90, с. 98-102].

Доросла прихильність, містить в собі більш складні механізми, форми проявлення більш складні, на відміну від дитячої. Вона пов'язана з особистісними установками, самооцінкою та тим, як людина емоційно саморегулюється. У дорослих стосунках стилістика прихильності проявляється у формах пошуку підтримки, реагування на конфлікти, переживання дистанції та здатності до емоційної відкритості.

Згідно з позицією Сьюзен М. Джонсон, засновниці емоційно фокусованої терапії, прихильність у дорослих партнерських стосунках є ключовим чинником емоційної стабільності, а порушення прихильнісного зв'язку може спричиняти глибокі психологічні кризи. Автор виділяє три основи на яких тримається надійний партнерський зв'язок: доступність, чуйність та залученість, які є міцним фундаментом безпечної прихильності. Джонсон пише, що для дорослої зрілої людини партнерські стосунки важливі для виживання. Вона вказує, що людина відчуває фізичний біль, коли її відкидають. Емоційна ізоляція сприймається як загроза. При епізоді депресії партнер стає недоступним, він замикається у власному болю та відгороджується "стіною". Через агедонію та емоційне заціпеніння людина втрачає чуйність, в неї відсутній ресурс, щоб реагувати на партнера. Залученість зникає через зниження інтересу до життя, загалом. Соціальні мережі транслують, що секс є рятувальником стосунків, але автор заперечує це твердження, вважаючи, для сексу потрібен емоційний зв'язок,

без якісного емоційного зв'язку секс стає функціональним та перестає приносити задоволення, що сприяє віддаленню партнерів [9 с. 40-55, с. 98-105, с. 210-230].

Дорослі люди створюють близькі стосунки в дорослому віці, щоб відчувати емоційну безпеку, яка полягає у надійності партнера, можливості звернутися до нього у потрібну мить, його підтримку у складних життєвих ситуаціях та можливості розділити власні емоції та отримати підтримку. Такі стабільні та безпечні стосунки дають можливість ефективно регулювати емоції, гнучко переживати життєві бурі та мати стабільну самооцінку. І якщо дивитись на романтичні стосунки з цього кута, то можна побачити, що тут партнер набуває функцій фігури прихильності, схожих на ті, які в дитинстві виконували батьки.

Порушення системи прив'язаності, характерні для тривожного або уникаючого стилів, знижують здатність особистості використовувати міжособистісні стосунки як джерело підтримки та емоційного відновлення. Особи з тривожною прив'язаністю схильні до хронічного страху втрати близькості, підвищеної залежності та постійної потреби в підтвердженні значущості, що призводить до емоційного виснаження та нестійкості настрою.

Уникаючий стиль, навпаки, пов'язаний з емоційним дистанціюванням, пригніченням потреб у близькості та обмеженням на звернення за підтримкою, що позбавляє особистість важливих ресурсів подолання стресу.

Підсумовуючи, можемо зробити висновок, що ненадійні стилі прихильності підвищують вразливість до розвитку депресивних проявів. Адже поєднують в собі труднощі емоційної регуляції з дефіцитарністю міжособистісної підтримки. І при складних життєвих ситуаціях, знаходячись у стресовій ситуації, люди з тривожним, уникаючим чи дезорганізованим стилями прихильності частіше переживають почуття безпорадності, самотності та безнадійності, що створює сприятливий психологічний ґрунт для формування депресії [9 с.34-38, 27 с. 482-486, 37 с.162-168].

Зокрема, теорія поля Курта Левіна та гештальт-підхід Фрідріха Соломона Перлза дозволяють осмислити міжособистісні стосунки через категорії контакту, автономії та психологічних меж. У межах теорії поля Курт Левін, в середині тридцятих років двадцятого століття, розглядав особистість та її оточення як єдиний життєвий простір, де поведінка людини визначається взаємодією внутрішніх та зовнішніх факторів. Він пише, що розвиток та зростання особистості, становлення її автономії пов'язані з процесами диференціації та інтеграції, що передбачають формування відносно автономних «регіонів» як усередині особистості, так і в середовищі. Процес психологічного відділення полягає у зменшенні прямої залежності особистості від впливів зовнішнього середовища, а також у послабленні безпосереднього взаємного впливу внутрішніх психічних процесів, що сприяє більшій саморегуляції та автономності [15 с.42-55, с.78-85, с.102-110]. Курт Левін стверджував, що життєвий простір містить в собі не лише теперішнє, а й проєкцію людини на своє минуле та майбутнє. При депресії життєве поле людини деформується, майбутнє лякає чи зникає повністю, а минуле сприймається лише, як низка помилок. Це добре пояснює безнадійність та безсенсовність, що переживає людина, про яку було зазначено раніше. Таким чином, міжособистісний конфлікт у парі є не просто сваркою, а зіткненням двох деформованих силових полів, де депресивна напруга блокує шлях до емоційного відновлення [15 с.182-185].

Фріц Перлз стверджував, що кожен організм, людина, тварина чи рослина, невіддільно пов'язаний з тим середовищем у якому існує. І цей організм саморегулюється, маючи на увазі природну, вроджену здатність людини встановлювати контакт із собою та навколишнім світом, переживаючи власну цілісність у миті теперішнього. Якщо дивитись на депресію через призму модальностей контакту сучасної гештальт-терапії, то ретрофлексія (завернення життєвих імпульсів на себе) є ключовим механізмом переривання контактування при депресії, людина відчуваючи гнів, чи потребу в допомозі, не звертається до партнера, а загортає її на себе, утворюючи, таким чином, провину і безнадійність.

Що натомість призводить до самозвинувачення та застигання життєвої енергії. Людина, яка не відчуває межі між собою і іншим, моделює контакт конфлюентним способом, така модальність контакту характерна для людей з тривожним типом прихильності, адже вони бояться межі між собою та іншим, така людина прагне розчинитися в партнері. Людина, що формує контакт конфлюентним способом не відчуває власних почуттів, вона не знає хто вона така і чого хоче, вона не відчуває в собі сил для самостійного існування і формує стосунки, які дуже схожі на період в житті людини, коли дитина постійно потебує материнської любові, розчиняється в ній та залежить від неї. Фрідріх Перлз вважав патологічним такий спосіб контактування, адже це вбиває автономію, та унеможлиблює контакт між двома зрілими людьми. Варто додати, що поєднання конфлюентного способу преривання контакту з ретрофлексивним, характерне для людей з різноманітними залежностями, включаючи сюди порнозалежність, алко- та нарко-залежність, ігрову залежність тощо [30 с.48-47].

Порушення процесів саморегуляції, контакту та психологічних меж, описаних у теорії поля та гештальт-підході, часто спостерігаються при депресивних станах і проявляються у труднощах близькості, емоційній відчуженості або, навпаки, надмірній залежності у міжособистісних стосунках [30 с. 333-352, 49 с.24-35, с.110-135, с.150-162].

Теорія Перлза дозволяє показати, що вихід із депресії в стосунках лежить через відновлення контакту. Навчитися знову розділяти себе та іншого, відчути власні потреби і знайти в собі сміливість та відвагу заявити про них іншому, а також побачити та прийняти автономії іншої людини.

Висновок до 1 розділу

Узагальнюючи вищевикладений матеріал, можемо підсумувати, що депресія має значний вплив на здоров'я та соціальне життя людей, як тих хто хворіє на депресію, так і тих хто взаємодіє з людиною в депресивному стані. Прослідкували те, як депресію виділяли та вивчали в історичному контексті, наскільки глибоке коріння має ця хвороба.

Детально зупинились на клінічних проявах, на тому як по різному впливає вид депресії на стосунки з іншими людьми.

Депресія складна хвороба, вона не завжди одразу зрозуміла і може приймати різні форми в залежності від того хто страждає на депресію та який життєвий фон навколо цієї людини. Цей недуг приходить в життя людини та сильно змінює його, людина застрягає у самозвинувачувальних думках, які можуть бути настільки важкими, нестерпними, що людина чинить спробу самогубства, яка може бути вдалою.

Вивчаючи наукову літературу нами було виявлено, те що насправді на, те чи страждатиме людина на депресію, впливає дуже багато різноманітних факторів: біологічні, генетичні, психологічні, соціальні тощо. Також, в першому розділі розмежовано перебіг чоловічої депресії та жіночої. Адже розуміння різниці у перебігу депресії, дає більші можливості для допомоги.

Депресія може виражатися нетипово, наприклад, формі у неконтрольованої злості, різних залежностях, ризикованій поведінці тощо.

Вона впливає на стосунки, але і стосунки можуть бути фактором, що спричиняє депресію. І, стосунки, які людина винесла із своєї батьківської сім'ї, те як вона навчилась взаємодіяти з іншою людиною, те як вона будує стосунки і прив'язується, все це є факторами впливу на те як буде жити себе людина чи буде вона щасливою, чи зможе повною мірою насолоджуватись життям. Чи навчилась вона справлятися з стресовими ситуаціями в дитинстві, чи мала вона достатньо підтримки, або ж залишилась сама і була безсилою, щось змінити, адже діти сильно залежні від дорослих і того середовища в якому вони зростають. Чи людина так і понесла в доросле життя досвід ранньої безпорадності та меншовартості.

Міжособистісні стосунки у дорослому віці можуть бути тим безпечним місцем сили, підтримки та відновлення, або ж, навпаки чинником, що поглиблює депресію.

Але хороша новина в тому, що дорослі люди можуть працювати над власним життям, здобувати новий позитивний досвід, вибудовувати власну безпеку та звертатись за допомогою.

II РОЗДІЛ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 . Етапи організації та методологічний інструментарій дослідження

Перший етап – підготовчий, включає аналіз проблеми, вибір дослідницького інструментарію – діагностичних методик, визначення вибірки - підбір респондентів, підготовку матеріалів для дослідження – підготовка в електронній формі індивідуальних бланків методик;

Другий етап – проведення дослідження, що передбачає інструктування респондентів та тестування;

Третій етап – узагальнюючий, включає первинну обробку отриманих результатів тестування – складання зведених таблиць даних, а також вторинну обробку за допомогою статистичних критеріїв подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих результатів.

Гіпотеза дослідження припускаємо, що підвищений рівень депресії негативно впливає на якість особистих стосунків у дорослих, що проявляється у зниженні емоційної близькості, порушенні комунікації, зростанні почуття самотності та міжособистісної напруги. Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань було використано стандартизовані психологічні опитувальники, спрямовані на дослідження рівня депресивних проявів, особливостей міжособистісних стосунків, стилів привязаності, рівнів соціальної підтримки та суб'єктивної якості життя респондентів. Зокрема були використані такі методики. Зокрема були використані такі методики:

1. Шкала депресії Бека - для визначення рівня депресивних проявів у респондентів, автор А. Бек, адаптація М.С. Логінової та Т.С. Кононенко.

2. Relationship Assessment Scale - для оцінки рівня задоволеності особистими (романтичними) стосунками, автор С.Гендрік, адаптація Н.Ф. Каліна та І.Г. Данилюк.

3. Experiences in Close Relationships – Short Form – для дослідження особливостей стилів прив'язаності у близьких міжособистісних стосунках, автор К.Бреннан, Ф. Шейвер, адаптація Т.В. Казанцева та О.С. Кочарян.

4. Multidimensional Scale of Perceived Social Support – для оцінки рівня сприйняття соціальної підтримки з боку родини, друзів та значущих інших осіб, автор Г.Зімет, адаптація В.М. Панченко та О.В. Сидоренко.

5. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – для визначення суб'єктивної задоволеності різними сферами життя та загальної якості життя респондентів, автор Дж. Ендікотт, адаптація О.О. Хаустова та Н.П. Тернова.

Для обробки та інтерпретації отриманих результатів застосовувалися методи математичної статистики, зокрема:

1. метод кореляційного аналізу, який дозволяє визначити наявність та силу взаємозв'язків між рівнем депресії та показниками міжособистісних стосунків, стилями прив'язаності, соціальною підтримкою та якістю життя;

2. метод математичної обробки даних, який передбачав обчислення середніх значень показників, відсоткового розподілу результатів та коефіцієнтів кореляції між досліджуваними змінними.

Застосування комплексу зазначених методів дозволило комплексно дослідити вплив депресії на особисті стосунки у дорослих та виявити взаємозв'язки між основними психологічними показниками.

План емпіричного дослідження:

1. Опис методик та первинна обробка отриманих результатів.
2. Математико-статистичний аналіз результатів та їх інтерпретація.

Опис методик та первинна обробка отриманих результатів.

Для виявлення та вимірювання депресивних проявів, було обрано шкалу депресії Бека. Яка перекладена на більш ніж сорок три мови, в тому числі, і арабську, китайську, японську та навіть коса. Вона є одним з найуніверсальнішим та найпоширеніших інструментів для вимірювання

депресивних симптомів у світі. Призначення тесту - швидка діагностика інтенсивності депресивних симптомів.

Клінічно перевірений опитувальник із 21 пункту для оцінки рівня депресії, розроблений Аароном Беком, українську версію адаптації здійснила група дослідників під керівництвом М.С. Логінової та Т.С. Кононенко.

Респондент обирає одну з чотирьох відповідей (0-3 бали) для кожного пункту, що описує стан за останній тиждень. Сумарний бал (0-63) визначає ступінь депресії: 0-9 (норма), 10-15 (легка), 16-19 (помірна), 20-29 (середня), 30-63 (важка).

Інструкція до тесту - цей опитувальник складається з 21 твердження. Процедура тестування респондентам пропонується 21 група тверджень, респонденти обирають одне, яке найбільш точно описує його стан протягом останнього тижня, включно з сьогоднішнім днем.

Другою методикою обрано короткий опитувальник задоволеності якістю життя Q-LES-Q-SF, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form, розробник Джин Ендікотт, україномовну версію адаптації розробили О.О. Хаустова та Н.П. Тернова. Призначення - оцінка задоволеності різними сферами життя.

Опитувальник складається з 16 тверджень, які охоплюють ключові сфери життєдіяльності: фізичне здоров'я та рухливість, психічний стан (настрій, відчуття контролю), соціальне функціонування (стосунки з іншими, спілкування), повсякденна діяльність (робота, навчання, дозвілля, домашні справи), загальне благополуччя. Інструкція пропонується 16 тверджень за якими респонденти оцінюють свій стан за останній тиждень за п'ятибальною шкалою Лікерта: 1-дуже погано, 2-погано, 3-задовільно, 4-добре, 5-дуже добре.

Третьою методикою обрано україномовну версію опитувальника Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS, автор Г.Зімет, адаптували україномовну версію опитувальника В.М.Панченко та О.В.Сидоренко.

Опитувальник призначається для вимірювання сприйняття соціальної підтримки. Складається з трьох субшkal, кожна з яких містить чотири пункти, субшкала "Сім'я" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів сім'ї. Субшкала "Друзі" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів. Субшкала "Близькі люди" оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку близьких людей.

Інструкція - респондентам пропонується уважно прочитати кожне твердження і вибрати цифру відповідно до того, яка буде суб'єктивно оцінювати твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні. Четвертою методикою обрано «Шкалу оцінки стосунків» («RAS»), автор С. Гендрік, україномовну адаптацію здійснили Н.Ф.Каліна та І.Г.Данилюк.

Призначення шкали вимірювання загального рівня задоволеності партнерськими стосунками. Опитувальник складається з 7 запитань, що охоплюють відповідність романтичних стосунків суб'єктивним очікуванням, кількість проблемних зон у стосунках, ступінь любові до партнера, загальне задоволення порівняно з іншими парами. Для оцінки результатів використовується 5-бальна шкала Лікерта, де "1" - рідко, а "5" - майже завжди.

П'ятою методикою обрано ECR-S (Experiences in Close Relationships – Short Form), автор К.Бреннан, Ф.Шейвер, українською мовою адаптували Т.В.Казанцева та О.С. Кочарян. Призначенням даної методики є діагностика типу прив'язаності, базується на моделі К. Бреннан і розглядає прив'язаність через дві основні шкали: тривожність та уникнення.

Опитувальник містить 12 тверджень (по 6 на кожну шкалу). Оцінюється за 7-бальною шкалою Лікерта (від «абсолютно не згоден» до «повністю згоден»), респондентам пропонується 12 тверджень, де потрібно обрати за 7-бальною шкалою Лікерта, де 1-цілком не згоден, 2-не згоден, 3-швидше не згоден, 4-важко відповісти, 5-швидше згоден, 6-згоден, 7-цілком згоден, рівень власної погодженості з даним твердженням.

Повний опис методик додається в додатках.

2.2 Результати емпіричного дослідження

Нами було організовано та проведено експериментальне дослідження, метою якого було дослідити вплив депресивного компонента на особисті стосунки.

Збір емпіричного матеріалу виконувався за допомогою опитувальника «Google Forms» через мережу інтернет, всі респонденти прийняли участь в опитуванні добровільно та анонімно.

В опитуванні взяли участь 35 респондентів. Віком від 19 до 48 років. Серед них 74,3% становили жінки та 25,7% чоловіки.

З метою зручності представлення та аналізу результатів, надалі у роботі кількісні показники будуть подані у відсотковому співвідношенні.

Рівень освіти респондентів, 5,7% мають середній рівень освіти, 11,4 % - середньо-спеціальну, 0 % - незакінчена вища, 77,1% - вища, 5,7% - післядипломна освіта.

З метою визначення актуального статусу міжособистісних стосунків респондентів було досліджено їхній сімейний стан. Отримані результати показали, що 48,6% опитаних перебувають у шлюбі, 14,3% у близьких романтичних стосунках, тоді як 28,6% респондентів не перебувають у стосунках, 8,6% учасників дослідження зазначили, що є розлученими, респондентів зі статусом вдови або вдовця серед опитаних виявлено не було. 5,7 % респондентів зазначили, що перебувають у стосунках менше 1 року , 5,7 % від року до трьох, 2,9% від трьох до п'яти років перебувають у стосунках, 54,3 % понад п'ять років 31,4% опитаних обрали варіант “Не актуально”. Таким чином характер статусу стосунків даної вибірки різноманітний, але майже половина опитаних українців перебувають в офіційному шлюбі.

Запропоновані часові межі були обрані враховуючи психологічні особливості розвитку міжособистісних стосунків, адже тривалість відносин є важливим фактором, який має вагомий вплив на рівень емоційної близькості,

стабільності, взаємної підтримки та сформованості партнерської взаємодії. Зокрема, стосунки тривалістю до одного року відповідають етапу формування та адаптації партнерів один до одного, це період закоханості та симбіозу, період квітів та “рожевих окулярів”.

Його змінює період від одного до трьох років пов’язаний із поглибленням емоційного зв’язку та стабілізацією взаємодії, а також розділення та перенасичення, на цьому етапі партнери починають тверезо оцінювати стосунки, помічають недоліки один одного.

Стосунки в яких партнери перебувають понад п’ять років, відрізняються реалістичним поглядом на партнера, сформованістю ролей в парі, кожен з партнерів чітко розуміє, що він робить для спільного життя, партнери відчувають більше особистої відповідальності, відчувають один до одного повагу та тепло. Такі стосунки є більш опорними та стійкими.

Додавання варіанту «не актуально» дало можливість врахувати відповіді тих респондентів, які на момент дослідження не перебували у близьких стосунках, і таким чином забезпечити повноту та коректність аналізу отриманих даних.

91,4% респондентів в дорослому віці мали досвід значущих близьких стосунків, відповідно 8,6 % їх не мали, ми припустили, що відсутність досвіду близьких стосунків пов’язана з типом прив’язаності у цих респондентів, у одного респондента виявився високий рівень уникнення 4,5 балів, другим респондентом виявилася молода людина, з високими показниками по обом шкалам, що вказує на дезорганізований стиль прив’язаності, а показник за шкалою депресії Бека 16 балів, що вказує на помірний рівень депресії. Третій респондент набрав 12 балів за шкалою Бека та проігнорував заповнення останнього опитувальника.

У ході емпіричного дослідження були отримані наступні результати:

1. За Шкалою депресії Бека: опитування показало, що 65,7% респондентів набрали від 0 до 9 балів за шкалою Бека, що свідчить про відсутність у них депресивних симптомів. Легку депресію зафіксовано у 14,3% респондентів, їх

стан може проявлятися у зниженні загальної енергії, вони швидше ніж раніше втомлюються, помічають зниження настрою.

Помірну депресію виявлено у 8,6% опитаних, що свідчить про відчуття сильної втоми, відсутність сил братися до праці, погіршення сну та самопочуття, з'являються різні тілесні симптоми, самозвинувачувальні думки, постійне порівняння себе з іншими, не на свою користь, бажання усамітнитись та поринути у вигаданий світ , наприклад у перегляд серіалів, беззмістовне гортання стрічки в соціальній мережі чи перегляд коротких відео. Виражену депресію середньої тяжкості було виявлено у 11,4% респондентів, які набрали від 20 до 29 балів за шкалою Бека.

Так, як більшість респондентів у групі показують благополучний результат, але третина групи все ж має симптоми депресії, а четверо респондентів перебувають у вираженій депресії, середньої тяжкості, це вказує на доцільність даної роботи.

Виражена депресія середньої тяжкості характеризується сильною втомою, погіршенням сну, втратою апетиту, втратою цікавості до інших людей та зниженням лібідо, відчуттям безсилля, безнадії та провини. До речі, один респондент при проходженні опитування усвідомив свій стан та звернувся за допомогою до кваліфікованого фахівця.

Респондентів із важким рівнем депресії серед опитаних виявлено не було, пов'язуємо цей факт з не клінічним характером вибірки, оскільки у дослідженні брали участь умовно психічно здорові особи, які не перебувають на психіатричному лікуванні.

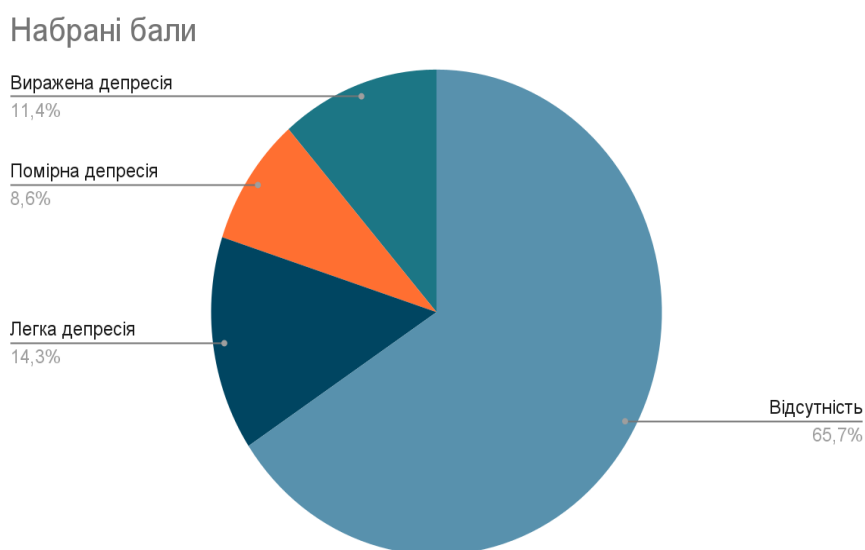
Важливо зазначити, що проходячи опитування на запитання 6, у трьох респондентів виник внутрішній конфлікт, вони обрали варіант “Я не вважаю, що заслуговую покарання”, але вони відчують, що життя їх карає, ми припускаємо, це може бути пов'язано з сьогодишньою ситуацією в якій перебувають всі українці, опитування проводиться на п'ятий рік повномаштабної війни. І більшість наших співгромадян переживають стан гострої несправедливості та

мають відчуття, що життя їх карає, а також відчують багато безсилля, щоб змінити поточну ситуацію.

Отримані результати свідчать про доцільність подальшого аналізу взаємозв'язку між рівнем депресії та особливостями міжособистісних стосунків, адже у даній вибірці 34% респондентів мають різні рівні депресивних проявів від легкого до вираженого. Ми порівняли дані цього опитування з статусом стосунків, виявлено, що три жінки, що мають симптоми вираженої депресії перебувають у офіційному шлюбі понад 5 років, а за шкалою оцінки стосунків RAS вони показали низький рівень задоволеності стосунками, що може свідчити, про те, що респондентки перебувають у нещасливому чи не благополучному шлюбі. Доцільно більш детально дослідити, причини які сприяють незадоволеності стосунками та шлюбом у цих респондентів. В даній вибірці 22,9 % респондентів обрали варіант - "у мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього". Ці дані загальних результатів за шкалою депресії Бека наочно показані в діаграмі 2.1.

Діаграма 2.1

Результати опитування за шкалою Бека (у %)



2. Короткий опитувальник задоволеності якістю життя (Q-LES-Q-SF, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form, розробник Джин Ендікотт). Дані нашої вибірки $n=35$ показали, що значення медіани дорівнює 66%, це свідчить про однорідний розподіл показників в даній групі, а середній показник у вибірці становить - 51,4%, що відповідає помірному рівню задоволеності якістю життя.

Діапазон результатів від 38% до 84%, що вказує на наявність суттєвих індивідуальних відмінностей у суб'єктивному сприйнятті якості життя серед опитаних респондентів.

Згідно з отриманими результатами, виділено три групи респондентів відповідно до обраного рівня задоволеності якістю життя, 51,4% респондентів мають середній рівень задоволеності, що свідчить про відносно стабільний загальний стан, але, також, це може впливати на рівень емоційного самопочуття, рівень соціальної активності, задоволеність міжособистісними стосунками чи повсякденним життям. Для цієї групи осіб загальний рівень якості життя оцінюється як прийнятний, але, важливо зазначити, що є сфери де мають місце незадоволення та напруга, і вони можуть бути факторами ризику при несприятливих обставинах. Деталізуючи результати опитування, привертає увагу, що своїм фізичним здоров'ям дуже задоволений лиш один респондент, а 34,3% респондентів помірно задоволені стосунками, а 11,4% респондентів, не задоволені ними. Заслугує уваги той факт, що 54,3 % опитаних респондентів помірно задоволені своєю роботою, та жоден респондент не обрав варіант — дуже добре/дуже задоволений. І всі ці сфери можуть бути тими факторами впливу, що сприятимуть розвитку депресії.

28,6% опитаних демонструють низький рівень якості життя, можемо зробити висновок, що в їхньому житті присутній виражений психологічний дискомфорт, враховуючи, той факт, що дана робота пишеться на п'ятий рік війни і зниження суб'єктивного відчуття благополуччя, проживання в постійному

дефіциті, може і бути тим критичним поєднанням факторів, що призводять до депресії.

Для цієї групи респондентів характерними можуть бути труднощі у міжособистісних стосунках, зниження життєвої активності, відчуття самотності або відсутності підтримки, що додатково підсилює негативне сприйняття якості життя.

І лише двадцять відсотків респондентів відчують задоволення від життя на високому рівні, відчують психологічне благополуччя та гармонійно живуть своє життя. Вони задоволені своїм емоційним станом, фізичним здоров'ям та самопочуттям, соціальними зв'язками, рівнем своєї самореалізації.

Людина, яка має високий рівень задоволеності власним життям має високий рівень психологічної гнучкості, високу здатність до адаптації, впевненість у власних силах, може ефективно долати життєві негаразди, і бути більш суб'єктивно щасливою в міжособистісних стосунках. Ці дані наочно показані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл респондентів за рівнем задоволеності якістю життя

Рівень	Діапазон	Кількість респондентів	Частка
Високий(норма)	>75%	10	28,6%
Середній (помірний)	60%-75%	18	51,4%
Низький (знижений)	<60%	7	20%

Варто також зробити детальний аналіз по сферах задоволеності життям. Задоволеність власним фізичним здоров'ям — 8,6% обрали варіант погано\незадоволений, варіант частково/помірно задоволені обрали 31,4 %, добре/задоволений — 57,1 %, дуже добре/дуже задоволений 2,1 %, варіант дуже

погано/дуже не задоволений жоден респондент не обрав. Власним настроєм дуже не задоволені 2,9% респондентів, 5,7 % характеризують свій настрій, як поганий/дуже не задоволений, 25,7% - помірно/частково задоволені, 60% - добре/задоволений та 5,7% респондентів обрали варіант дуже добре/дуже задоволений. Роботою, діяльністю 54,3% помірно/частково задоволені, 37,1% добре/задоволений, 8,6% дуже добре/дуже задоволений, респондентів оцінюючих задоволеність власною роботою, як дуже погано та погано в даній групі не виявлено. Навчанням, домашніми справами дуже не задоволені 5,7%, 2,9 % не задоволені, помірно\частково задоволені 22,9 %, 51,4% добре/задоволені і 17,1 % обрали варіант дуже добре/дуже задоволений. Дозвіллям, хобі — 2,9% дуже не задоволені, 31,4 % - помірно/частково задоволені, 54,3% оцінюють цю категорію, як добре/задоволений та 11,4% дуже добре/дуже задоволений. Соціальними відносинами — 5,7% респондентів не задоволені, 28,6 % респондентів помірно/часково задоволені, 57,1% - добре/задоволений та лиш 8,6% опитаних оцінили цю сферу за найвищим балом. Сімейними стосунками 11,4% респондентів погано/не задоволений, 34,3% - частково/помірно задоволений, 37,1% добре/задоволений та 17,1% опитаних респондентів дуже задоволені сімейними стосунками. Здатність жити самостійно 2,9% респондентів оцінюють, як погано/не задоволений, 25,7% частково задоволені, 45,7% задоволені та 25,7% респондентів дуже задоволені здатністю жити самостійно. Якістю життя загалом 5,7% респондентів не задоволені, 28,6% частково задоволені, 62,9 % задоволені і 2,9% дуже задоволені якістю життя загалом.

Дуже не задоволений/дуже погано обрано дуже низьким відсотком респондентів у трьох областях - настроєм, навчанням та дозвіллям. Найбільше респондентів обрали саме відповідь “добре/задоволений” у таких областях, як фізичне здоров'я, настрої, навчання, дозвілля, соціальні відносини та якістю життя загалом. І “дуже добре” найбільше набрала область здатність жити

самостійно - 25,7 % респондентів. Якістю життя загалом більшість респондентів задоволена.

Отримані результати щодо рівня якості життя доцільно розглядати у взаємозв'язку з показниками депресивних проявів, визначених за допомогою шкали депресії Бека. Було встановлено, що значна частина респондентів із низьким рівнем якості життя потенційно входить до групи з підвищеними показниками депресії.

Це узгоджується з даними попереднього аналізу, відповідно до якого 34,3% вибірки демонструють різний рівень депресивних проявів (від легкого до помірного).

Низькі показники якості життя (28,6%) можуть відображати суб'єктивне переживання незадоволеності різними сферами життя, що є характерним для осіб із депресивними станами. Зниження життєвої активності, емоційна виснаженість, труднощі у міжособистісних стосунках та відчуття відсутності підтримки можуть виступати як проявами, так і наслідками депресії.

Водночас середній рівень якості життя обрало 51,4%, може свідчити про наявність «прихованих» або слабо виражених депресивних проявів, які ще не досягають клінічного рівня, проте впливають на загальне самопочуття та задоволеність життям. У цьому випадку можна говорити про потенційну вразливість респондентів до розвитку депресивних станів.

Припускаємо, що високий рівень якості життя у двадцяти відсотків респондентів, ймовірно корелює з відсутністю або мінімальним рівнем депресивних проявів, що свідчить про, те що в респондентів краща психологічна адаптація, більше матеріальних та життєвих ресурсів та більш сприятливий емоційний стан.

3. Україномовна версія опитувальника ***Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS***. З метою визначення рівня соціальної підтримки було використано багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS). Опитувальник MSPSS складається з трьох субшкал, кожна з яких містить чотири

пункти: субшкала "сім'я", що оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку членів сім'ї, субшкала "друзі", що оцінює наявність, доречність та адекватність соціальної підтримки з боку друзів, субшкала "близькі люди", котра оцінює наявність та адекватність соціальної підтримки з боку близьких людей.

Результати дослідження рівня сприйняття соціальної підтримки за окремими субшкалами методики MSPSS (підтримка сім'ї, друзів та значущих інших) дозволили виявити певні особливості соціального оточення респондентів (див. Таблицю 2.2.).

Отримані дані свідчать про те, що найбільш проблемною сферою соціальної підтримки є підтримка з боку сім'ї. Зокрема, 8% респондентів мають низький рівень сімейної підтримки, тоді як високий рівень відзначили лише 20% опитаних, водночас 71 % респондентів, оцінює рівень підтримки з боку сім'ї, як середній, що може свідчити про формальну або недостатню емоційно насичену підтримку, яка не завжди задовольняє психологічні потреби особистості у повному обсязі. Це може впливати з того, що люди зазвичай не обирають бентежити близьких, або ж тому, що реакція близьких людей може бути сильно емоційною, тривожною чи лякаючою, замість підтримки. В родині може бути не прийнято просити про підтримку, показуючи свою вразливість.

Проаналізувавши субшкалу друзі отримано більш позитивний результат, ми пов'язуємо, цей факт з тим, що друзів людина може обирати собі сама, регулювати час проведений разом та місце зустрічі, дружні стосунки будуються на спільних інтересах, і низький рівень підтримки з боку друзів не виявлено в жодного респондента, у 60% опитаних респондентів є середній рівень підтримки, а у 40% високий рівень підтримки, це прямо вказує на те, що дружні стосунки для значної частини респондентів є важливим ресурсом психологічної підтримки.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження рівня сприйняття соціальної підтримки (у%)

Рівень підтримки	сім'я	друзі	значимі інші	загальний рівень сприйняття
низький	8%	0%	0%	0%
середній	71%	60%	54%	69%
високий	20%	40%	46%	31%

Найбільш позитивні показники отримано за субшкалою “підтримка значущих інших”. Так, високий рівень підтримки виявлено у 46% респондентів, що є найвищим показником серед усіх досліджуваних областей, середній рівень мають 54% опитаних, тоді як низький рівень підтримки відсутній, що свідчить про наявність у більшості респондентів емоційно значущої особи, чи декількох осіб, стосунки з якими є джерелом підтримки, розуміння та психологічної безпеки.

Загалом, середньо підтриманими в соціальному плані відчувають себе 69 % опитаних респондентів, та відповідно 39%, що відчувають себе добре підтриманими. Серед учасників опитування, осіб, які не відчувають зовсім підтримки зі сторони соціуму в даній групі не виявлено. Такі дані показують, що навіть, якщо в якійсь сфері людина відчуває недостатню підтримку, вона може брати її з інших джерел.

Підсумовуючи отримані результати за багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки, у даній групі переважає середній рівень підтримки у всіх областях, ця підтримка є стабільною, але може бути неповною та не закривати всі потреби в підтримці у опитаних респондентів.

Варто виділити, те, що підтримка сім'ї має найнижчі бали серед усіх джерел підтримки, припускаємо, що це може бути важливим фактором психологічної вразливості, оскільки, недостатній рівень сімейної підтримки пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку почуття самотності та

міжособистісної напруги. Але цей факт може компенсуватися вищою підтримкою від друзів та важливих інших. Соціальна підтримка є тим важливим чинником, який має прямий вплив на благополуччя та може бути пов'язаний з депресивними проявами, що потребує подальшого аналізу за допомогою кореляційного дослідження.

4. **«Шкала оцінки стосунків» (RAS).** Для оцінки рівня задоволеності романтичними стосунками було використано методику «Relationship Assessment Scale» (RAS) (Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C., 1998). Група розділилась майже порівну на три частини, четверта частина має високу задоволеність стосунками 25,7%. Майже половина перебуває в середній зоні 48,6% і ще чверть демонструє низькі показники 27,7%. Середній бал групи становить 3,45, що відповідає середньому рівню задоволеності. Це вказує на те, що більшість респондентів сприймають свої стосунки як стабільні, проте такі, що мають певні зони напруженості чи не відповідають певним очікуванням.

Четверта частина групи 25,7% демонструє показники в межах 4,0 — 4,71, що є свідченням того, ці респонденти відчують суб'єктивну задоволеність, високу відповідність партнера очікуваному ідеалу. В парі є хороша комунікація між партнерами і, відповідно, майже відсутні конфлікти.

Майже половина вибірки — 48,6% перебуває в межах 3,0 — 3,99 набраних балів. Ці дані показують, що парні стосунки в цілому задовольняють потреби партнерів, але, періодично виникає певна незадоволеність, яка може бути пов'язана з побутовими ситуаціями або ж мати інші причини, які доречно прояснити в респондентів, при більш глибокій діагностиці.

Зона ризику та дистресу (25,7%): четверта частина опитаних має показники нижче 3,0. Особливу увагу привертають критично низькі бали -1,7; 1,86, які вказують, що респонденти відчують багато незадоволення, жалкують, що вступили в ці стосунки. Також цей факт може вказувати на те, що пара переживає стосункову кризу і, потребує психологічної, парної роботи, яка можлива лише за

умови, що обидва партнери готові працювати. Якщо ж залишити, все як є, то пара може розпастися.

Загальний емоційний фон у групі є помірно позитивним, проте спостерігається чітке розшарування. Показник у 25,7% осіб з низькою задоволеністю є сигналом про необхідність проведення додаткових консультацій або тренінгів з налагодження комунікації для цієї частини вибірки.

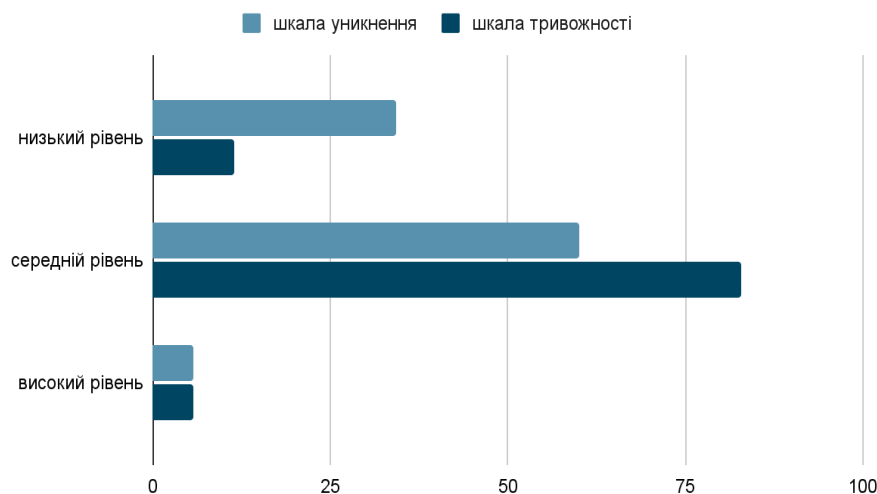
5. *ECR-S (Experiences in Close Relationships – Short Form)*. З метою дослідження особливостей прив'язаності у близьких міжособистісних стосунках було використано методику ECR-S, яка дозволяє оцінити два базові параметри дорослої прив'язаності: тривожність прив'язаності та уникнення бл уникнення близькості. Що наочно зображено на діаграмі 2.2.

На основі співставлення обох шкал можна виділити такі тенденції в групі. Надійну прив'язаність 30-35% мають респонденти з низькими балами за обома шкалами, їм комфортно в близькості та в самотності, вони не будуть жертвувати собою і залишатися в стосунках, через страх самотності. Варто додати, що респонденти з безпечним стилем прив'язаності відчують більше довіри до оточуючих, мають менший рівень тривоги та почувають себе більш спокійно та впевнено, не лише в близьких стосунках, а й в інших соціальних колах. Світ для них безпечне місце, вони вміють потурбуватися про себе самостійно та прийняти турботу іншого.

Діаграма 2.2.

Аналіз показників прихильності

Діаграма 2.2. Аналіз показників прихильності

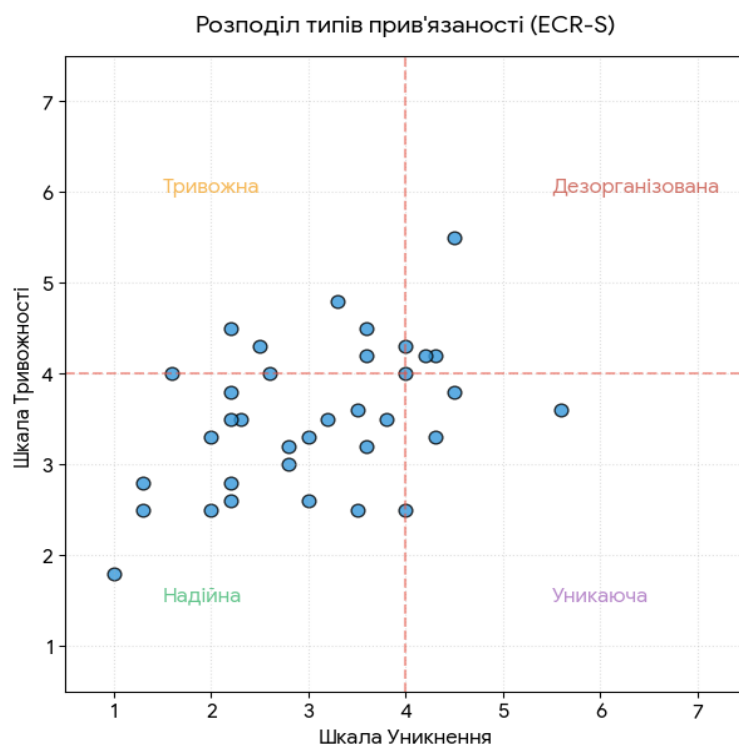


Тривожну прив'язаність 45-50% мають респонденти з вищою тривожністю при середньому/низькому уникненні. Схильні до надмірної опіки та пошуку схвалення, вони можуть “прилипати” до партнера, та бояться бути покинутими.

Унікаючу прив'язаність 15% мають ті, респонденти у кого уникнення переважає над тривожністю, схильні до емоційної дистанції, в стосунках вони ніби в захисному чохлі, можуть справляти враження на інших людей, що стосунки їм не потрібні зовсім.

Дезорганізована (тривожно-унікаюча) приблизно 5-10% поодинокі випадки з високими балами за обома шкалами (наприклад, показники 4,5/5,5). Це найбільш складна категорія, де є і страх близькості, і страх бути покинутим. Це люди з випаленою душею, вони пережили в дитячому віці багато насилля та вижили в дуже небезпечній сімейній системі. Вище зазначено, що у одного з респондентів з вираженою депресією середньої тяжкості дезорганізована прив'язаність, припускаємо, що надійні, безпечні, тривалі стосунки, стануть тою важливою базою, що захистить від повторних депресивних епізодів. Ці дані наочно показані на точковій діаграмі 2.3.

Точкова діаграма 2.3.



Розглянемо детальніше точкову діаграму. Кожна крапка на графіку відповідає конкретній особі. Перетин ліній на рівні 4 балів (середина 7-бальної шкали) розділяє групу на чотири типи прив'язаності: надійна - нижній лівий квадрат, тривожна - верхній лівий квадрат, уникаюча - нижній правий квадрат та дезорганізована (верхній правий квадрат). На цій діаграмі наочно видно, що більшість респондентів мають надійну прив'язаність. Вони здатні будувати міцні, надійні та безпечні стосунки, наповнені близькістю, повагою та теплом, можуть бути дещо нудними, адже тут відсутні емоційні гойдалки та яскраві конфлікти. Більшість крапок зосереджена саме тут. Ці люди мають низькі показники за обома шкалами.

В верхньому лівому куту бачимо респондентів з тривожною прив'язаністю, ці люди дуже сильно потребують близькості, прагнуть постійно бути поруч з

партнером, вкладають багато сил та турботи в стосунки, адже сама думка, що вони можуть залишитися на самоті їх лякає.

Далі, в нижньому правому квадраті, зосередились респонденти, які в стосунках схильні тримати дистанцію, вони виглядають дуже самодостатніми і не показують, що партнер для них важливий, проте це не так. Вони так само потребують стосунків, але бояться надмірної залежності від партнера.

Дезорганізований стиль прив'язаності респонденти з високими балами за двома шкалами, тут поєднується бажання близькості та страх перед нею.

Основна маса респондентів групується в центрі та ближче до «Надійного» типу, проте значна частина зміщена вгору вздовж осі тривожності. Також, важливо звернути увагу, що дані мають високу варіативність, від майже нульових показників 1.0 до критично високих 5.6. Більшість точок зміщена вгору по вертикальній осі тривожності, але залишається в лівій частині горизонтальної осі (уникнення). Люди в цій групі хочуть близькості і цінують стосунки, але сильно бояться їх втратити. Вони схильні до надмірного аналізу поведінки партнера.

Велика кількість результатів зосереджена в діапазоні 1.0 - 3.0 за шкалою уникнення. Ці респонденти не бояться залежати від інших, вони готові ділитися почуттями та шукають підтримки. Це гарний показник для побудови глибоких стосунків, але без належної впевненості, через тривожність, це може призводити до емоційного виснаження.

Значна частина групи (нижній лівий квадрат) має показники нижче 3.0 за обома шкалами, ці люди є «емоційними якорями» групи. Вони адекватно сприймають і близькість, і автономію, стосунки для них безпечні, вони не тікатимуть від них.

Окремі точки з високими показниками (наприклад, уникнення 5.6 або тривожність 5.5) свідчать про: захисну позицію, що може бути спробою відгородитися від болю через емоційну холодність чи високий рівень стресу. Можливо, ці респонденти зараз переживають розрив або гостру кризу у

стосунках, що тимчасово підняло їхні показники. Група загалом орієнтована на партнерство, але має високий запит на підтвердження власної значущості. В даній групі основна складність у вразливості даної групи осіб. У стосунках вони можуть бути схильні до самопожертви або надмірної опіки, аби лише не залишитися на самоті. Для них важливо розвивати власну самоцінність, опору на себе та зниження потреби у постійному зовнішньому підтвердженні любові.

2.3 Кореляційний аналіз результатів дослідження

За результатами кореляційного аналізу r -Спірмена отримані такі взаємозв'язки:

1. Підтримка від конкретної близької людини, партнера має найсильніші зв'язки з усіма позитивними показниками. Вона є найкращим захистом від депресії $r = - 0,48$ та найбільше корелює з задоволеністю стосунками $r = 0,54$

2. Підтримка родини виявилася значно важливішою для стабілізації емоційного стану $r = - 0,44$ з депресією, ніж підтримка друзів $r = - 0,31$. Також підтримка з боку сім'ї краще корелює з якістю життя.

3. Виявлено, що люди з унікаючим типом прив'язаності схильні нижче оцінювати підтримку з боку сім'ї та значущих інших. Це підтверджує, що закрите серце сильно заважає людині приймати допомогу від оточення.

4. Найбільш деструктивним для стосунків (RAS) є поєднання уникнення $r = -0,61$ та депресії $r = -0,18$, хоча депресія прямо не руйнує стосунки, вона створюючи дефіцит підтримки підсилює уникнення, яке і є тим шкідником, який безпосередньо псує якість партнерства.

За результатами кореляційного аналізу в даній групі найбільшим та найціннішим ресурсом є достатня підтримка з боку значущих інших та сім'ї. Соціальна підтримка підвищує якість життя та безпосередньо корелює з надійністю типу прив'язаності та задоволеністю близькими стосунками.

Висновок до 2 розділу

Для того, щоб якісно дослідити вплив депресії на особисті стосунки, було проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку депресивних станів, соціальної підтримки, якості близьких стосунків у дорослих. Отримано наступні результати: аналіз за шкалою депресії Бека показав, що у 65,7 % респондентів відсутні депресивні симптоми, проте у 14,3% наявна легка депресія (субдепресія), помірна депресія у 8,6% респондентів, а також тривожний результат показали 11,4% в них виявлено виражену депресію середньої тяжкості. Половина опитаних демонструє помірний рівень задоволеністю життям і лиш 20% відчують високий рівень задоволеності життям.

За даними опитувальника MSPSS сім'я, є тою сферою, де респонденти відчують найменше підтримки, але підтримка зі сторони друзів та значимих інших є тим важливим джерелом, де можна її отримати.

Кореляційний аналіз за методом r -Спірмена виявив, що загальний показник соціальної підтримки виступає центральним ресурсом психологічного благополуччя. Встановлено сильний зворотній зв'язок підтримки з депресією ($r=-0,51$) та прямий із задоволеністю стосунками ($r=0,48$). Найбільш значущою для стабілізації емоційного стану виявилась підтримка з боку значущих інших ($r=-0,48$ з депресією) та сім'ї ($r=-0,44$). Виявлено, що найбільш руйнівним фактором для партнерських стосунків є уникнення близькості ($r=-0,61$), яке має значно сильніший негативний вплив ніж тривожність, хоча в даній групі переважає саме тривожний стиль прив'язаності.

Встановлено, що депресія впливає на якість життя опосередковано, це відбувається через зниження загальної якості життя ($r=-0,52$) та посилення тенденції до емоційного дистанціювання.

Отримані дані повністю підтвердили гіпотезу про захисну функцію соціальної підтримки та частково підтвердили припущення про прямий вплив депресії на стосунки. Доведено, що міжособистісна напруга в парі є результатом

поєднання депресивного фону та уникаючого типу привязаності, що перешкоджає якісному використанню ресурсів підтримки.

Отже, результати дослідження вказують на необхідність комплексної психологічної допомоги, яка б поєднувала роботу з депресивними симптомами та розвиток навичок емоційної відкритості й прийняття підтримки в близьких стосунках.

ІІІ РОЗДІЛ. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ТА НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОСОБИСТИХ СТОСУНКІВ У ДОРΟΣЛИХ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ПРОЯВАМИ

В першому розділі ґрунтовно проаналізувавши феномен депресії в науковій літературі, причини її виникнення та те, як вона впливає на стосунки, було виявлено, що людина з депресією поступово ізолюється від свого оточення. В другому розділі даної роботи ми емпірично дослідили, що саме уникнення є тою проґрашною стратегією поведінки, яка корелює з депресивними симптомами. Також в дослідженні, цікавим виявився той факт, що респонденти, які перебувають в шлюбі більше п'яти років, за шкалою депресії Бека, мають високі показники від 20 до 29.

На основі даного дослідження розроблено психологічну програму для роботи в групі на засадах гештальт-підходу: «Відновлення емоційної близькості та подолання депресивних станів та дистанції в парі».

Важливим етапом реалізації психологічної програми по роботі з депресивними станами є диференціація клінічних станів, що потребують медичного втручання. Зокрема, психолог має враховувати критерії визначені [66], серед яких пріоритетними є суїцидальна налаштованість, невдалі спроби коїти самогубство в минулому, наявність психотичних включень (маячні ідеї, галюцинації), тривала відсутність апетиту та відмова від їжі, самозвинувачувальні ідеї, біполярний афективний розлад, вагітність, повторний депресивний епізод впродовж одного року, виражена дезадаптація у зв'язку з депресивним розладом (важка депресія), тривала відсутність позитивної динаміки впродовж 4-6 тижнів, а також побажання самої людини.

За результатами дослідження було отримано дані, що вказують на необхідність комплексної психологічної роботи, яка б поєднувала роботу з депресивними симптомами та розвиток навичок емоційної відкритості і прийняття підтримки в близьких стосунках. Лора Перлз писала, про необхідність достатньої підтримки для того, щоб контакт став можливим, якщо такої

підтримки немає, то він переривається конфлюєнцією (злиттям) чи ізоляцією [46].

Один з ефективних видів роботи з депресивними станами є робота в групі [1, 55], І. Ялом виділяв одинадцять факторів, які є лікувальними в груповій терапії. Перший, повернення надії — віра людини в те, що їй допоможуть вже є терапевтичною. Другий, універсальність, в групі людина бачить, що в інших людей є схожі проблеми і, вона не самотня, тоді вона відкривається на зустріч іншим. Третій, повідомлення інформації, дидактична освіта використовується для повідомлення інформації, для структурування, для пояснення того, що відбувається з людиною. І, часто, є тим фактором, який першим об'єднує людей в групі. Четвертий, альтруїзм, в терапевтичній групі, люди отримують віддаючи. П'ятий, корекційний аналіз впливу батьківської сім'ї, люди в групі ведуть себе саме так, як навчились, ще в дитинстві і група є тим місцем, де можна побачити деструктивні поведінкові паттерни та змінити їх. Шостий, розвиток соціальних технік, в групі дуже швидко видно, ті звички які заважають спілкуванню з іншими людьми. Сьомий, імітаційна поведінка, людина отримує терапевтичний ефект спостерігаючи за тим, як допомагають іншій людині. А також інтерперсональний вплив, сенс якого полягає в тому, що люди соціальні створіння, та перебувають в конфлікті між вибором задоволення власних інтересів та приналежністю до групи, цей внутрішній конфлікт легко вирішується, коли людина розуміє, що власні потреби можна задовільнити за допомогою інших людей. Потребу у визнанні, повазі, турботі, владі, самостійно задовільнити не вдасться, для того, щоб це відбулось варто іти до інших, і група дуже для цього підходить. А також, в групі, можна проявити ті емоції, які давно стримувались та бути прийнятим іншими людьми. Групове об'єднання, автор пишу, що рано чи пізно, але кожен учасник групи проявить себе, саме так як він робить це зазвичай. Кожен з учасників будує стосунки з іншими учасниками групи звичним для нього способом, і має можливість побачити наочно, цей свій спосіб. В процесі групової терапії у учасників може відбутись інсайт, вони,

вперше, можуть побачити, те як їх бачать інші люди та можуть отримати більш об'єктивну картину своєї соціальної поведінки. В них з'явиться розуміння того, що вони роблять з іншими людьми, що саме вони привносять в стосунки. Наступний рівень інсайту, учасним може зрозуміти, чого саме вони потребують в стосунках та чому уникають їх, чому бояться чи соромляться. Далі учасник може, через дослідження та усвідомлення своєї власної історії, того як він зростав, розвивався він починає розуміти, чому він сам так себе поводить, та може змінити звичні паттерни поведінки. Екзистенційні фактори які впливають на життя людини, такі як неідеальність, кінцевість, відповідальність, самотність та безсенсовність [55 с.15-55].

Фредерік Перлз писав учасники групи вчаться та здобувають новий досвід, завдяки тому, що спостерігають за тим, що відбувається з іншим учасником, він вірив в саморегуляцію присутності людей в групі., так як він сам був психоаналітиком, а вже потім розробив свій метод терапії, він вважав, що аналіз сильно заважає людині проявляти свою спонтанну вітальність [49].

Робота в групі дозволяє учасникам безпосередньо досліджувати свої способи встановлення контакту з іншими людьми у безпечному середовищі. Учасники групи можуть інколи вперше проявити свою агресію, чи відстояти свою думку, або кордони, за рахунок безпечного простору групи, контакту та зв'язків що вибудовується між учасниками, а також присутності ведучого групи, який може модерувати процес взаємодії або попіклуватись про дотримання кордонів, підтримати учасників тощо. Сильний терапевтичний ефект має момент розділення болю або переживань учасника з іншими учасниками групи та ведучим. Підтримка та інколи визнання, що й інші учасники проживали схожий досвід - дає відчуття не самотності та нормалізації досвіду.

Перший етап даної програми передбачає індивідуальну психодіагностичну бесіду, направлену на виявлення депресивного компоненту шляхом опитування за шкалою депресії Бека, а також варто проаналізувати рівні задоволеності стосунками.

Пропонована програма розроблена для дорослих віком від 18 до 45 років, у вигляді групового тренінгу на 6-8 осіб, а також для індивідуальної роботи з парами, тривалістю 8 занять, один раз на тиждень по 90 хвилин. На основі проведеного дослідження створено програму на базі гештальт-підходу:

Другий етап організація місця проведення та підготовка (пошук достатньо просторого закритого приміщення, місць для сидіння, пошук музики), варто звернути увагу на забезпечення простору в якому буде зберігатися конфіденційність, адже це є одним з основних умов для створення безпеки учасників. Сам безпечний простір може стати одним з факторів, що допоможе учасникам проявити свою вразливість. За теорією поля К. Левіна простір в якому перебуває людина в даний момент часу впливає та актуалізує певні потреби, тому ведучий турбується про, те, щоб в просторі актуалізувались пригнічені, неусвідомлені потреби учасників. Варто уникати візуального шуму, а внести в простір елементи затишку та турботи, щоб учасники могли відчувати себе в максимальній безпеці [15 с.25-29].

Третій етап постановка мети та завдань корекційної програми. Дана програма побудована на принципах гештальт-підходу, який вимагає від ведучого групи гнучкості та уваги до потреб учасників та групи. Ведучий повинен бути готовим до непередбачуваних ситуацій, які можуть виникнути в полі групи, але тримати фокус на загальній меті та завданнях.

Мета програми. Оптимізація особистих стосунків дорослих із депресивними проявами.

Завдання програми. Зниження рівня депресії, розвиток емоційної усвідомленості, покращення комунікації в стосунках, розвиток здатності бути вразливим.

Реалізація програми дає можливість знизити рівень субклінічних станів пригніченості, розвиток усвідомленості емоційних станів, покращення рівня комунікації у стосунках, розвиток здатності бути вразливим. У другому розділі даної роботи виявлено, що дистанціювання і збій міжособистісної комунікації, а

також не вміня просити про емоційну допомогу в близьких стосунках, призводить до міжособистісної напруги. Відповідно, розвиток емоційної вразливості та відкритості, дасть можливість для зближення та, як наслідок, покращення комунікації, відкритості та взаєморозуміння. Опрацьовуючи теоретичну частину дослідження виявлено, що люди, що страждають на депресію мають почуття безпорадності та безсилля. Тому одним із головних завдань даної програми є розвиток усвідомлення та здатності брати на себе відповідальність за емоційний стан людини та дії, спрямовані на його покращення. Як наслідок усвідомлення взаємозв'язку емоційного стану із емоційним фоном у стосунках та як відповідальність та дії впливають на стосунки з оточуючими.

Четвертим етап -практична робота, складатиметься з чотирьох кроків.

Л. Перлз виділила три фази, які проходить група. Преконтакт - присвячений діагностиці та орієнтуванню. Контакт - присвячений терапевтичній частині, тут відбудеться практична робота з модальностями контакту та усвідомленням, чому саме людина обирає уникати контакту з партнером. Практичні вправи групової роботи направлені на легалізацію власних почуттів та експерименти з відстанню у парних стосунках, які включають роботу з фантазією, елементи руху, експерименти з відстанню. Що дасть можливість учасникам дослідити свої відчуття у взаємодії з різними людьми, за різних обставин, здобути усвідомлення про свій стан та вплив інших на нього, здобути новий досвід у взаємодії з іншими та впровадити його в своє повсякденне життя.

Третій етап практичної роботи направлено на асиміляцію здобутого досвіду підтримки від інших людей. А також засвоєння нових здобутих навичок просити про допомогу та усвідомлення важливості близькості в стосунках з іншими людьми.

Впровадження авторської корекційної програми “Відновлення емоційної близькості та подолання депресивних станів та дистанції в парі” направлене на зміну динаміки на позитивну за трьома напрямками, які відповідають задачам

дослідження- когнітивний, емоційний та стосунковий критерії. Передбачається, що в результаті проходження програми відбудеться значне статистичне зниження інтенсивності депресивних переживань за рахунок виходу з ізоляції. А також, перехід учасників із зони помірної депресії в легку, з легкої в бездепресивний стан за шкалою Аарона Бека [15 с.37-47].

Зміна поведінкового критерію пов'язана зі зміною стратегії взаємодії та спілкування в парі. А саме зниження показників за субшкалою уникнення, шкали ECR-S через зміну ретрофлексивної модальності контакту у навичку відкритого контактування. Це дасть можливість учасникам програми проявляти вразливість без страху відкидання.

Прогнозоване зростання суб'єктивного рівня задоволеності стосунками, а відповідно і стосункового критерію за шкалою RAS становить 5 - 20 % відносно первинних даних здобутих у другому емпіричному розділі даного дослідження.

План групового заняття було розроблено спираючись на стадії розвитку групи по Такмену [60] та теорію про стадії груп у гештальт-підході, які визначила Л. Перлз. Лаура Перлз виділяла наступні стадії груп: безпека, формування контакту, експеримент, адже він спрямований саме на відновлення та покращення якості стосунків між людьми та асиміляція..

Пропонована програма передбачає проведення серії групових зустрічей, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості, формування навичок конструктивної комунікації, дослідження власних меж та підвищення рівня психологічної близькості у стосунках.

Слід зазначити, що програма може бути використана як модель психологічної роботи з дорослими, які мають депресивні прояви. Проходження запропонованої програми сприятиме зменшенню інтенсивності депресивних симптомів, за рахунок виходу з емоційної ізоляції та зміна відчуття безсилля на здатність до активної дії.

Усвідомити власні стратегії поведінки та емоційні реакції, які призводять до незадоволення актуальних потреб, а також через груповий знайти нові

способи, які будуть більш актуальними. Сприятиме підвищенню рівня усвідомлення власних актуальних потреб, що сприятиме покращенню якості життя загалом. Розвитку навичок відкритого вираження емоцій, формуванню навичок конструктивної комунікації у стосунках, усвідомленню та зниженню рівня міжособистісної напруги у стосунках, покращенню якості емоційного контакту з партнером. Підвищення загального рівня життєвої енергії через розблокування стриманих емоцій. Зниження показників ефективного уникнення та тривожності в близьких стосунках. Формування навички відкритого діалогу через використання «Я-повідомлень» замість дистанціювання чи звинувачень.

Здатність встановлювати та захищати власні психологічні межі, що робить перебування в контакті з партнером безпечнішим. Зростання суб'єктивного відчуття підтримки від «значущих інших» та розвиток навички прямого запиту про допомогу, що є ключовим предиктором високої якості життя. Підвищення рівня задоволеності стосунками завдяки зміні моделі прив'язаності на більш надійну. Розвиток здатності розрізняти свої потреби та диференціювати їх від нав'язаних установок. Перехід від пасивного переживання симптому до активного управління власним емоційним станом у стосунках. Опис корекційної програми:

Заняття 1. Створення безпечного поля та довірливих стосунків між учасниками та ведучим групи.

Мета. Побудова безпечного терапевтичного простору, впровадження структури групової взаємодії, а також актуалізація неусвідомлених потреб учасників.

Початковий етап є стартом для ефективної роботи в групі. Важливо встановити межі та правила групи: конфіденційність, правило “STOP”, говорити про себе, повага. Впровадження правил дасть відчуття безпеки та допоможе учасникам розкритись для плідної роботи. Сприятиме зниженню напруги та тривоги, що є критично важливим для осіб з депресивними проявами. Учасникам також пропонується впровадити власні правила групи, це поверне їм

відповідальність та силу приймати рішення. Таким чином відбудеться створення умов для поступового переходу від захисної стратегії уникнення до стадії преконтакту.

Актуалізація Self через проєктивну ідентифікацію, пропонується вправа “Предмет у просторі”. Через метафору учасники ідентифікуються з предметом з цієї кімнати, наприклад прозоре вікно, рожева парасоля, синій маркер тощо. Учасникам пропонується розповісти про себе та свій стан на момент “тут-і-зараз”, від імені обраного об’єкта. Використання механізму проєкції дозволяє обійти супротив та звичні когнітивні конструкції.

Диференціація фігури з фону. Учасник проявляє назовні свій актуальний стан та таким чином дає можливість розрядити накопичену емоційну напругу, без травматичної взаємодії (без прямого перетину кордонів особистості). При первинному проясненні запитів учасників формується фігура групи та тло, на якому ця фігура формується, наприклад потреба в близькості, безпеці чи у визнанні. Результатом буде чітко сформований усвідомлений запит на роботу в даній програмі. Рефлексія та дослідження власних станів та актуальних потреб, які при депресивних станах відходять в тінь.

Завершальний етап сесії буде спрямований на інтеграцію отриманих усвідомлень, що буде поживним ґрунтом для наступної зустрічі.

Заняття 2. Феноменологія та актуалізація потреб у контакті.

Мета. Сприяння розвитку навички рефлексії у учасників, через механізм зворотного зв'язку, виділення, важливих на сьогоднішній день, потреб та робота над подоланням уникаючої стратегії поведінки.

Процедура фокусування. Awareness - розширення усвідомленості. На початку сесії ведучий групи направляє увагу на роботу з апатією та емоційними блоками, якими супроводжується депресивний стан. Використовуючи техніку sharing (від дієслова to share - ділитися, спільно використовувати) здійснюється перехід від неусвідомленого, недиференційованого внутрішнього стану до яскравої та чіткої фігури актуального стану і через запитання ведучого та інших

учасників групового процесу, відбувається відновлення контакту з id-функцією. Це дає можливість учаснику розпізнати власні внутрішні імпульси та потреби, які раніше не були усвідомлені. А також механізм, який перериває задоволення даної потреби.

Експериментальне моделювання образу іншого, через техніку “Психологічний скульптор”. Основою цієї вправи є невербальна взаємодія в парах, де один учасник виступає скульптором образу іншого. Робота на кордоні контакту. Через творчу контактну тілесну та зорову взаємодію формується передумова для спонтанності та відкритої взаємодії. А також виходу з ізоляції.

Феноменологічне віддзеркалення. Кожен учасник отримує можливість побачити зовнішню проекцію свого образу (який я в очах іншої людини?). Таким чином відбувається можливість побачити та привласнити внутрішні неусвідомлені ресурси особистості, які не відчуються та не використовуються, через спотворення депресивних фільтрів сприйняття реальності. Вихід із конфлюєнції (злиття) повернення відчуттів та відділення себе від звичних уявлень про себе. Диференціація того, “як я себе бачу” від того як мене бачить інший”, може стати рушійною силою для відновлення власних кордонів та розширення і зростання власної ідентичності.

Процес асиміляції. Етап обговорення виконання даної вправи фокусується на порівнянні внутрішнього самосприйняття та сприйняття зі сторони партнера по вправі.

Очікуваний терапевтичний ефект. Посіяний сумнів у власних негативних когнітивних установках, через новий досвід прийняття та сприйняття очима іншої людини. Фінальна частина зустрічі передбачає підведення підсумків, асиміляцію нового досвіду, через обговорення в групі. Це працює на зміцнення Ego-функції учасників та розширення поля усвідомлення, відновлення здатності дії у контакті з іншим.

Заняття 3. Підтримка інтенції “до”. Подолання ретрофлексивної модальності контакту. Розвиток навичок прямої комунікації, відновлення

контакту з власною агресивністю. Зміна пасивної стратегії відсторонення до активної контактної взаємодії. А також, легалізація власних емоційних потреб.

Практична робота над вербалізацією потреб, вхідний шеринг. Сесія розпочинається з того, що учасникам пропонується диференціювати актуальні емоційні стани та потреби. Що дасть можливість виділити чітку фігуру з розмитого фону. Куди група і спрямує свою роботу. Стимуляція учасників до відновлення здатності перебувати в контакті з реальною ситуацією та людьми, є важливою складовою для умов виходу з депресивного стану.

Вправа-практикум вербалізації потреб “Використання Я-повідомлень в діалозі”. Вправа побудована на засвоєнні алгоритму прямої комунікації. Учасники в діадах відпрацьовують техніку прямого висловлення почуттів, потреб та бажань. У формі назвати емоцію - «я відчуваю ...», - сказати чого б хотілось від цієї людини, - «я хочу...», - та попросити прямо - «дай мені це ...». А партнер в свою чергу відповідає чи може він зробити, те про що його просять чи ні.

В даній вправі відбуватиметься розгортання ретрофлексії назовні, яка є головним захисним механізмом при формуванні депресії. Використання я-повідомлень, дає змогу безпечно розгорнути та направити цей емоційний імпульс назовні, до партнера.

Регуляція дистанції та меж “між мною та іншою людиною”, ця практика вчить усвідомлювати власні межі, а також кордони іншої людини. Вміння сказати “відійди” чи “підійти” повертає до авторства у власному житті, а також відновлює відчуття сили та контролю. Звертаючись прямо до іншої людини, пред'явлення себе потребуєчим, дає можливість розблокувати заморожені, витіснені емоції, що знижує рівень суб'єктивного страждання.

Етап інтеграції нового комунікативного досвіду. У груповому, завершальному обговоренні проводиться аналіз феноменології процесу пред'явлення себе іншому. Важливим є досвід отримання відгуку від партнера, обговорення взаємодії, що відбулась в діаді. Результатом буде новий досвід

успішного контакту в якому “мене чують” і “мої потреби важливі”, який веде до зростання показника задоволеності стосунками.

Асиміляція досвіду. Завершення сесії. Підведення підсумків зустрічі, засвоєння нового досвіду бути поміченим в групі. Що дає можливість перенести здобутий досвід у власні стосунки з сім'єю чи друзями.

Заняття 4. Розвиток емоційної відкритості.

Мета заняття. Дослідження власного сенсорного сприйняття та відновлення сенсорної чутливості, через механізм уповільнення та спрямування уваги. Корекція психосоматичного компонента стану пригніченості.

Робота з функцією Self. Вступний шеринг. Рефлексія усвідомлень та змін, що відбулись між сесіями.

Терапевтичний сенс. Усвідомлення власних змін дає енергію та бажання рухатись далі, а також повертає відчуття власної сили “у мене виходить”. Експериментальне дослідження власного сенсорного сприйняття. Розширення усвідомленості. Виконання вправи відбувається в парах, де один учасник називає іншому свої відчуття перебуваючи при цьому з заплющеними очима, те що він чує навколо себе, що відчуває в собі, інший учасник виконує роль свідка.

Робота з ретрофлексією. Тривале спрямовування уваги на власні відчуття і вербалізація іншій людині, дає змогу помітити та розблокувати, стриману тілесну енергію і при цьому показати себе іншій людині. Бути побаченим нею. Заплющені очі сприятимуть встановленню довіри до іншої людини та простору навколо себе.

Заняття 5. Подолання страху близькості, робота з тривожністю.

Мета. Мінімізація страху зближення, розкриття спонтанності та розвиток навичок довіри до іншої людини. Ретроспективна фіксація здобутого досвіду, аналіз інтеграції здобутих навичок у попередніх етапах групової роботи, сприяє зміцненню функції Personeliti, учасники усвідомлюють себе, експертами у власному житті, що знижує відчуття безпорадності та меншовартості.

Експеримент створення можливості для контакту в умовах невизначеності”, через танок. Учасникам пропонується під приємну музику та з зав'язаними очима рухатись по кімнаті, і спостерігати за своїм станом впродовж виконання вправи. Не можливість бачити, створює умови для регресу, які активують звичні механізми контролю та тривоги. Що дозволяє в безпечному середовищі групи побачити ці механізми та усвідомити, як вони впливають на життя, а також дає можливість створити нові форми контакту.

Танець, у якому всі учасники заплющують очі, дає можливість вільно проявити себе тілесно та сфокусуватись на власному тілі, і таким чином тіло може “розморозити” звичний панцир тілесної напруги. Рух дасть можливість вивільнити накопичену енергію. На етапі обговорення аналізується те, як було обрано партнера для танцю, учасники рефлексують новий досвід.

Результат заняття. Учасник через метафору танцю усвідомлює свої звичні моделі побудови стосунків з партнером, може помітити власну тривогу чи сором поруч з іншим, ті почуття які раніше залишались неусвідомленими.

Ведучий під час вправи забезпечує безпеку для учасників та холдінг.

Заняття 6. Формування меж.

Мета. Визначення психологічного простору особистості, створення умов для формування здатності екологічної регуляції міжособистісної дистанції, а також проявлення та корекція пасивних чи пасивно-агресивних стратегій захисту.

Впродовж всієї групи ми працюємо з Его-функцією особистості і з тим, як людина робить свої вибори, для цього потрібно надавати, також, інформацію про те, з чим працюємо. Пояснення, що межі виступають засобом регулювання власної безпеки, що є не лише межі одного, а і межі інших людей, і це варто враховувати, адже будь-яке брутальне порушення межі іншої людини є насиллям. Терапевтичний сенс. Розуміння, що є багато ситуацій в житті, де людина може сказати STOP, не терпіти (ретрофлексія).

Експеримент. Де моя межа? Вправа виконується в діадах і направлена на дослідження та усвідомлення, на якій відстані виникає супротив в контакті. Чи є, взагалі, ці відстань?

Методологічне обґрунтування. Спираючись на дані нашого дослідження відчуження може бути, тим творчим пристосуванням для захисту від загрози. І з'являється можливість усвідомити цей паттерн та вибрати інший. Учасник не тікає з поля стосунків, а має можливість зупинити іншого на комфортній для нього дистанції, таким чином розвиваючи ego-функцію та збагачуючи Personeliti новим досвідом.

Тілесна феноменологія уважне спостереження за власним тілом, диханням дає можливість розпізнати агресію (ad-gredere, від латинської йти до чогось до когось) на самому початку та запобігти зупиненню енергії [30]. Через призму теорії поля Курта Левіна, межа є зоною взаємодії, а не стіною [15]. Ця вправа показує, що вчасне STOP, може стати тим фактором, який зробить стосунки безпечними, тривалими і якісними. Ця вправа також працює зі страхом відкидання та покинутості.

Результатом буде збільшення впевненості у зоні формування стосунків, розділення відповідальності, що призведе до більшої задоволеності в стосунках. Завершення сесії направлено на привласнення права говорити - ні, асиміляцію нового досвіду.

Заняття 7. Творчість як ресурс.

Мета. Розкрити творчий потенціал учасників засобами кольоротерапії, автором цього методу є Ярина Іло.

Учасникам пропонується в якості основної вправи створити серію малюнків на аркуші паперу, не малюючи фігури, а лиш за допомогою кольорів. Учасникам пропонується швидко, не задумуючись про красу роботи створити серію малюнків різної тематики. Перший малюнок є пробою кольорів, у учасників є три кольори жовтий, червоний та синій, учасники мають швидко заповнити аркуш паперу кольорами, другий це «небо та хмаринки», тут вже додається

чорний колір та учасники малюють, те як вони уявляють небо. Це може бути ясне синє небо, або ж грозові хмари (ведучий не підказує учасникам, що їм малювати). Третій малюнок на тему «Вогонь», учасники обирають як зобразити вогонь чи це величезне вогнище в лісі, чи палаюча свічка чи вогонь в каміні. Четвертою, завершальною роботою, будуть «повітряні кульки» або овочі-фрукти.

Кольоротерапія дозволяє усвідомити свої почуття за допомогою кольорів. Учасники обирають кольори, якими будуть працювати відповідно до свого емоційного стану в момент створення мистецтва. А також побачити, що за такий короткий період часу учасникам вдалося так багато, час на малювання чотирьох робіт близько 40 хвилин.

Терапевтичний сенс заняття побачити свій емоційний стан в групі, через колір. Дорослі люди зазвичай не малюють, та забувають про творчість. Така вправа, може запустити дитячі спогади, фантазію та мрії.

Завершення заняття традиційно обговоренням та асиміляцією. Учасникам задається питання, як вони обирали кольори? Чи сподобалось їм малювати? Як вони себе почували під час малювання та коли побачили всі свої роботи? Що змінилось в їхньому стані?

Заняття 8. Проекції, в чому їх користь?

Мета заняття. Побачити позитивні проекції, присвоїти їх собі. І побачити свої негативні проекції, та спробувати присвоїти їх.

Проекції, це ще один з способів преривання контакту. Учасникам пропонується сказати один одному в колі, що їм подобається в інших учасників групи, які вони бачать позитивні якості. А потім, ведучий пропонує сказати це про себе, наприклад: «Мені подобається твоє волосся, розум та кмітливість» і про себе «В мене гарне волосся, я розумна та кмітлива». Другою частиною вправи буде те, що не подобається в інших, але тут ведучий має бути дуже обережний, адже не всі можуть бути готові присвоїти власні негативні проекції.

Терапевтичний сенс. Учасники можуть побачити себе очами інших людей, приємні слова інших людей дають дуже багато підтримки та ресурсу. А, якщо

вдасться, присвоїти хоча б одну негативну проєкцію, то учасники отримають багато власної сили.

Завершення присвячено асимілюванню вправи, учасники діляться своїми враженнями, емоціями, що виникали під час заняття.

Заняття 9. Феноменологія вибору.

Мета. Створення умов для повернення відповідальності учасникам групи, сприяння їхній автономії, через процес групового вибору, розвиток екологічних способів ведення конструктивного діалогу в умовах конфліктної ситуації, завершальна інтеграція здобутих навичок автентичного контакту.

Процес-аналіз динаміки в групі, де фокус уваги зміщується з індивідуальних переживань на групові процеси.

Терапевтичний сенс, цього заняття дає можливість кожному учаснику пред'явити свою актуальну потребу, яка активізувалася в полі цієї групи, що свідчитиме, про значне зниження звичних механізмів ізоляції та уникнення.

Експеримент “Вільний вибір” направлений на те, щоб група через вільну дискусію сама обрала тему для роботи, ведучий виконує підтримуючу функцію та модерує конфліктні ситуації, якщо вони виникають. В першому розділі зазначено, що депресивні стани характеризуються зниженням волевого компонента, і надання групі права приймати власні рішення, є тим важливим інструментом, який стимулюватиме активність учасників. Спираючись на теорію поля, обираючи тему учасники, таким чином перерозподіляють напругу, що виникла в груповому просторі [15 с.25-36]. Також, учасники вчаться враховувати власну спрямованість з спрямованістю інших учасників, що прямо впливає на створення нового досвіду перебування в стосунках в умовах конфліктів інтересів. Необхідність домовлятися створює умови для зменшення уникнення та відчуження. Ведучий на цьому занятті є лише фасилітатором процесу і є тою безпечною фігурою, яка сприяє розвитку усвідомленості учасників, адже групова робота над темою, яку обрали самі учасники, має високий рівень емоційного резонансу.

Результатом роботи буде суб'єктивне відчуття задоволеності груповою взаємодією та підвищення самооцінки, а також дасть нові думки для самостійної рефлексії. Завершення сесії присвячено аналізу того, як учасникам вдалося зберегти баланс між власними потребами та потребами всієї групи.

Заняття 10. Асиміляція досвіду та ресурс, який учасники заберуть в своє життя.

Мета. Екологічне завершення групи, інтеграція здобутих навичок взаємодії з іншим та асиміляція досвіду.

Етап 1. Легалізація почуттів, особи, які депресивний досвід завершення стосунків часто асоціюється з втратою, і важливим етапом групової роботи є прощання, як початок нового. Де завершення не дорівнює пустоті. Робота в групі сфокусована на феноменах розставання.

Терапевтичний сенс. Усвідомлене проживання почуття суму, вдячності чи злості дає змогу уникнути звичних модальностей переривання контакту, наприклад, знецінення і дає змогу асимілювати здобутий досвід, а також екологічно завершити рух по циклу контакту.

Техніка “Мій метафоричний багаж”. Проводиться ревізія здобутого нового досвіду, учасники диференціюють корисні навички від застарілих способів модальностей контакту.

Методологічне обґрунтування, асиміляція це процес свідомого “перетравлювання” здобутого досвіду, де функція personality наповнюється новим досвідом та новими знаннями про самого себе, учасник привласнює нові можливості для побудови та перебування в тривалих, безпечних стосунках. Прямий обмін зворотними відгуками закріплює здобуті нові навички відкритого проявлення себе іншим учасникам групи “коло вдячності”. Отримання визнання від групи стає сильною базою для зростання задоволеності стосунками.

Завершальна стадія. Завершення відбувається через вербалізацію символу, через який учасник покидає групу та завершує її з чітко сформованою новою ідентичністю “Я той хто сміливо йде у стосунки і залишаюся в контактї”.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі магістерської роботи було розглянуто психологічні умови оптимізації особистих стосунків у дорослих із депресивними проявами. На основі теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження було представлено програму психологічної роботи, побудовану на принципах гештальт-підходу.

Запропонована програма «Відновлення емоційної близькості та подолання депресивних станів та дистанції в парі», включає десять щотижневих групових зустрічей, тривалістю 90 хвилин. Мета програми оптимізація особистих стосунків дорослих із депресивними проявами.

Заняття спрямовані на розвиток усвідомленості, емоційної відкритості, навичок комунікації та формування особистісних меж у взаємодії з іншими людьми. Особлива увага приділяється усвідомленню власних переживань у контакті з іншими та розвитку здатності до автентичного самовираження та повернення людині відповідальності за її власне життя.

Описана програма може бути використана у практичній роботі психологів та психотерапевтів як один із можливих напрямів психологічної підтримки дорослих із депресивними проявами з метою покращення якості їхніх міжособистісних стосунків.

ВИСНОВКИ

В рамках дослідження було проведено теоретичний аналіз літератури, присвячений темі депресії, стосунків та впливу депресивних станів на стосунки. Було розглянуто феномен депресії з різних сторін, проявів та представлено історичні аспекти вивчення цього недугу. Депресія є комплексним захворюванням, що має багато проявів та симптомів, які інколи ігноруються чи знецінюються тож ідентифікація хвороби часто займає довший час. Для депресії характерними є нездатність отримувати задоволення від життя, почуття провини, зниження самооцінки, порушення сну, різноманітні фізичні симптоми тощо. Хворобу легко знецінити, проте вона несе в собі смертельну загрозу та забрала вже багато життів, адже люди, що страждають на депресію часто скоюють суїцидальні спроби, які не рідко завершуються смертю. Отже, профілактика депресії дуже важлива для нашого суспільства.

У жінок та чоловіків депресія появляється по різному. Жінки схильні частіше звертатися за кваліфікованою допомогою, а чоловіки схильні уникати інших людей і для них характерно замовчувати свої проблеми. Через це чоловіки частіше, ніж жінки завершують життя самогубством.

Схильність до депресії є поєднанням біологічних, генетичних та соціальних факторів.

Основою дослідження стало припущення, що підвищений рівень депресії негативно впливає на якість особистих стосунків у дорослих, що проявляється у зниженні емоційної близькості, порушенні комунікації, зростанні почуття самотності та міжособистісної напруги. Гіпотеза дослідження підтвердилась та була емпірично уточнена. Встановлено, що підвищений рівень депресії негативно впливає на якість особистих стосунків, проте цей вплив має опосередкований характер. Депресивна симптоматика провокує зростання емоційного уникнення та порушення комунікації в стосунках, що призводить до конфліктів між партнерами. Водночас виявлено, що соціальна підтримка,

особливо від "значущих інших", виступає потужним буфером, який здатен нівелювати негативний вплив депресії. Таким чином, баланс між депресивними проявами та здатністю приймати підтримку є визначальним фактором психологічного благополуччя дорослих у близьких стосунках.

У заключній частині роботи представлено програму групової роботи для розвитку навичок ефективної комунікації, емоційної відкритості та усвідомленості, що ґрунтується на засадах гештальт-підходу. Центральною ідеєю якого є саме стосунки та контакт між людьми. Людина, що переживає депресію ізолюється, тому через роботу в групі, зміцнення емоційних зв'язків, вміння йти до людей і відкрито говорити, про свої потреби, може бути саме тим профілактичним засобом, що попередить депресію, або ж зменшить депресивні симптоми.

Напрямок та перспектива подальшого дослідження полягає у поглибленні дослідження через впровадження програми для вибірки та дослідження результатів після проходження програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек А. Т. *Когнітивна терапія депресії* / пер. з англ. – Київ : Видавництво «XYZ», 2021. – 320 с.
2. Березюк О., Фільц О., Грабчак В., Сірко Р. Феномен неповноцінності та депресія // *Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки* 2023, 2 (72)
3. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта // *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. – 2018. – № 3 (96). – С. 22–24.
4. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості прояву депресивних станів у різних вікових групах // *Соціально-правові студії*. – 2021. – Вип. 1 (11). – С. 163–172.
5. Власнова А. А. Психологічні особливості подружніх стосунків із різним типом прив'язаності у різні вікові періоди // *Матеріали науково-практичної конференції*. – Херсон : Молодий вчений, 2021. – С. 80–83.
6. Галушко С. М. «Прив'язаність» як науковий психологічний термін та особистісна характеристика // *Проблеми сучасної психології*. – 2019. – № 2. – С. 21–28.
7. Гусакова І. В. Депресія, тривога та стрес (за результатами тесту DASS–21) у студентів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова // *Вісник Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова*. – 2023. – Т. 27, № 1. – С. 17–21.
8. Депресія: обличчя та маски. – Львів : Видавництво МС, 2006. – 116 с.
9. Джонсон С. *Теорія прив'язаності. Емоційно-фокусована терапія для створення гармонійних стосунків*. – Київ : Наукова думка, 2023. – 256 с.

- 10.Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR® від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. – Львів : Компанія Манускрипт, 2024. – 592 с.
- 11.Ендрю С. Сенс депресії; пер. з нім. — Харків : Гуманітарний Центр, 2018. — 156 с.
- 12.Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика // *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського*. – 2016. – № 1 (16). – С. 77–81.
- 13.Костюк Ю. А. Депресія як медико-соціальна проблема // *Український медичний часопис*. – 2017. – № 1 (115). – С. 6–9.
- 14.Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії // *Проблеми сучасної психології*. – 2020. – № 49. – С. 202–223.
- 15.Левін К. *Теорія поля в соціальних науках* / за ред. Д. Картрайта. – Нью-Йорк : Harper & Brothers, 1951. – 346 с.
- 16.Мак-Вільямс Н. *Психоаналітична діагностика*. – Київ, 2015. – 592 с.
- 17.Мельник А., Магдисюк Л., Грушецька О. Причини, патологічні прояви і стадії депресивних станів // *Наукові записки ВДПУ*. – 2025. – Вип. 81. – С. 80–85.
- 18.Мельничук І. Я. Психокорекція депресивних розладів особистості // *Матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції*. – Вінниця : Ніланд-ЛТД, 2017. – С. 34–38.
- 19.Найдьонова Г., Афузова Г., Кротенко В., Прив'язаність і психічне здоров'я: систематичний огляд // *Журнал соціальної та практичної психології*. – 2024. – №3 - С. 100-106.
- 20.Орос М. М., Сіткар А. Порівняльний аналіз поширеності депресії // *Здоров'я України*. – 2016. – № 3 (38). – С. 50–52.
- 21.Панок В., Титаренко Т., Чепелева Н. *Основи практичної психології*. – Київ : Либідь, 2003. – 534 с.
- 22.Петровська Л. А. Теоретичні та методичні проблеми соціально-психологічного тренінгу. – М., 1982. – С. 30–37.

- 23.Півень Л., Рибитва Є., Кучеренко Є. Проблема депресивних станів в понятійному апараті клінічної психології // *Вчені записки Університету «КРОК»*. – 2025. – № 3 (79). – С. 437–444.
- 24.Пфайфер С. *Депресія: хвороба сучасності* / пер. з нім. О. Кушніков. – Львів : Свічадо, 2017. – 88 с.
- 25.Радул І. Депресивність як психологічний феномен // *Актуальні проблеми психології*. – 2018. – Вип. 11. – С. 163–172.
- 26.Руденко В. М., Руденко Н. М. *Математичні методи в психології*. – Київ : Академвидав, 2009. – 384 с.
- 27.Сапольські Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас / пер. з англ. М. Лузіна. — Київ : Наш Формат, 2021. - 608с.
- 28.Столярчук О. А. *Психологія сучасної сім'ї*. – Кременчук, 2015. – 136 с.
- 29.Ушакова І. М. *Психологія сім'ї*. – Харків, 2017. – 82 с.
- 30.Франчесетті Дж., Джечеле М., Рубал Я. *Геиштальт-терапія в клінічній практиці*. – 2017. – 680 с.
- 31.Фромм Е. *Мистецтво любові* / пер. з англ. В. Кузнецова. – Харків : КСД, 2017. – 192 с.
- 32.Фромм Е. *Людина для самої себе* / пер. з англ. Л. Кононович. – Харків : КСД, 2021. – 224 с.
- 33.Чабан О. С. Стрес та тривога: від нейрохімії до клініки. Що це дає лікарю–практику? / О. С. Чабан // *Український медичний часопис*. – 2023. – Т. 2, № 1 (Спецвип.). – С. 39–42.
- 34.Шевчук А.Д., Онуфрієва Л.А., Психологічний аналіз депресії та проявів депресивних станів / *Psychology theories of word science and technology implementation* -Osaka, Japan 2023 - с. 229-233.
- 35.Юрченко В. М. *Психічні стани людини*. – Рівне, 2006. – 574 с.
- 36.Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. – Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 1978. – 391 p.

37. Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. – New York : Basic Books, 1988.
38. Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1993. – Vol. 29, № 2. – P. 321–326.
39. Feeney J. A., Karantzas G. C. *Attachment in Adulthood: Theory, Research, and Clinical Implications*. – New York : Guilford Press, 2017.
40. Freud S. *Trauer und Melancholie* // *Gesammelte Werke*. – Frankfurt am Main : S. Fischer Verlag, 1946. – Bd. 10.
41. Hendrick S. S. A generic measure of relationship satisfaction // *Journal of Marriage and the Family*. – 1988. – Vol. 50, № 1. – P. 93–98.
42. Kaplan H. I., Sadock B. J. *Synopsis of Psychiatry*. – 11th ed. – 2017.
43. Kępiński A. *Melancholia*. – Kraków : Wydawnictwo Literackie, 1974.
44. Kendler K. S. The phenomenology of major depression. – 2016.
45. Längle A. Existence analysis of depression // *Consultative Psychology and Psychotherapy*. – 2006. – Vol. 14(1). – P. 53–82.
46. Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.
47. Mikulincer M., Shaver P. R. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. – New York : Guilford Press, 2007.
48. Paetzold R. L., Rholes W. S., Kohn J. L. Disorganized attachment // *Review of General Psychology*. – 2015. – Vol. 19(2). – P. 146–156.
49. Perls F., Hefferline R., Goodman P. *Gestalt Therapy*. – New York : Julian Press, 1951.
50. Perls F. S. *Gestalt therapy verbatim*. – Moab, UT : Real People Press, 1969. – 268 p.
51. Perls L. *Living at the boundary*. – Highland, NY : Gestalt Journal Press, 1992. – 312 p.

52. Solomon A. *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. – New York : Simon & Schuster, 2001.
53. Stahl S. M. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. – 2021.
54. Wei M., Russell D. W., Mallinckrodt B., Vogel D. L. An item-response theory analysis of the Experiences in Close Relationships scale // *Journal of Personality Assessment*. – 2007. – Vol. 88, № 2. – P. 187–204.
55. Yalom I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. – 5th ed. – New York : Basic Books, 2005. – 688 p.
56. Yalom I. D. *Existential psychotherapy*. – New York : Basic Books, 1980. – 524 p.
57. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support // *Journal of Personality Assessment*. – 1988. – Vol. 52, № 1. – P. 30–41.
58. Zinker J. *Creative process in Gestalt therapy*. – New York : Vintage Books, 1977. – 230 p.
59. Aristotle on Melancholy. Режим доступу:
https://www.researchgate.net/publication/362701817_Aristotle_on_Melancholy
 у (дата звернення: 10.02.2026).
60. Вікіпедія. Стадії розвитку груп за Такменом. – Режим доступу:
https://uk.wikipedia.org/wiki/Стадії_розвитку_груп_за_Такменом (дата
 звернення: 25.03.2026).
61. Вплив війни на здоров'я українців // *The Page*. - Режим доступу:
<https://thepage.ua> (дата звернення: 10.02.2026).
62. Гален К. *Про темпераменти* // Гален. Вибрані медичні твори. - Режим
 доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/> (дата
 звернення: 10.02.2026).
63. Гіппократ. *Афоризми* // Гіппократ. Вибрані твори. - Режим доступу:
<https://www.cdc.gov/howrightnow/emotion/sadness/index.html> (дата
 звернення: 10.02.2026).

- 64.МОЗ України. Клінічні настанови. – Режим доступу: <https://guidelines.moz.gov.ua> (дата звернення: 12.02.2026).
- 65.Психосома. Розлад адаптації: як впоратися. – Режим доступу: https://psychosoma.com/uk/rozlad-adaptaciiyi-yak-vporatisya/#google_vignette (дата звернення: 15.02.2026).
- 66.Центр громадського здоров'я МОЗ України. Як розпізнати ознаки суїцидальної поведінки та допомогти людині. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/yak-rozpiznati-oznaki-suicidalnoi-povedinki-ta-dopomogti-lyudini> (дата звернення: 20.03.2026).
- 67.Mozok.ua. Клінічні варіанти депресії. – Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/article/3975-kljnchn-varanti-depres> (дата звернення: 15.02.2026).
- 68.Mozok.ua. Ліки, що можуть викликати депресію. – Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/video/2924-lki-sho-mozhut-viklikati-depresyu> (дата звернення: 15.02.2026).
- 69.ICD-11: Adjustment d. - Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6747135/> (дата звернення: 18.02.2026).
- 70.Centers for Disease Control and Prevention. – Режим доступу: <https://www.cdc.gov> (дата звернення: 27.02.2026).
- 71.Harvard University Center on the Developing Child. – Режим доступу: <https://developingchild.harvard.edu> (дата звернення: 25.02.2026).
- 72.Harvard University Center on the Developing Child. *Stress disrupts the architecture of the developing brain.* – Режим доступу: https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf (дата звернення: 30.02.2026).

73. National Institute of Mental Health. *Major depression*. – Режим доступу: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression> (дата звернення: 28.02.2026).
74. Nature. – Режим доступу: <https://www.nature.com> (дата звернення: 28.02.2026).
75. PubMed Central. – Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov> (дата звернення: 28.02.2026).
76. ResearchGate. – Режим доступу: <https://www.researchgate.net> (дата звернення: 30.02.2026).
77. ScienceDirect. – Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com> (дата звернення: 01.03.2026).
78. Tutor2u. *Explaining depression: Beck's cognitive triad*. – Режим доступу: <https://www.tutor2u.net/psychology/reference/explaining-depression-becks-cognitive-triad> (дата звернення: 01.03.2026).
79. World Health Organization. *Depression*. – Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата звернення: 05.03.2026).