

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПрАТ «ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ХЕРСОНСЬКИЙ ІНСТИТУТ**

БІДЮК Інна Володимирівна

На правах рукопису

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Психологічна допомога особам, які страждають на депресію

подається на здобуття
освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр»
Спеціальність «Психологія»

До захисту допущено:
Директор Херсонського інституту
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»
_____Петричук С.І., д.е.н.
«__» _____ 2026р.

Науковий керівник

«__» _____ 2026 року

Виконано студенткою групи
ІН 19-8-22 Б1ПС(4,0здс)

Чернівці-2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ОСОБИСТІСНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ В УМОВАХ ДЕПРЕСИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	7
1.1. Концептуальні підходи до пояснення депресії та критерії її клінічної діагностики.....	7
1.2. Зміни особистісного функціонування та якості життя під впливом депресивних станів.....	17
1.3. Психологічна допомога особам із депресивними розладами.....	27
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
2.1. Методи наукових досліджень.....	35
2.2. Етапи проведення експериментального дослідження.....	48
2.3. Характеристика вибірки.....	50
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	59
3.1. Аналіз системи цінностей, мотиваційних орієнтацій та індивідуально-психологічних особливостей у осіб із депресивними розладами.....	59
3.2. Дослідження розбіжностей у структурі цінностей, мотиваційних пріоритетах та психологічних характеристиках осіб з депресією порівняно зі здоровими людьми.....	68
3.3. Вплив психологічного підтримуючого втручання на показники якості життя у пацієнтів із депресією легкого та помірного ступеня.....	71
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність. Психічне здоров'я людини в сучасному світі дедалі більше визначається не лише індивідуальними особливостями, а й сукупністю соціальних, економічних та культурних чинників. Одним із найбільш поширених і водночас складних психічних станів, що істотно впливають на життєдіяльність особистості, є депресія. Вона характеризується не тільки зниженням настрою, а й порушенням мотиваційної сфери, емоційної регуляції, когнітивних процесів і здатності до адаптації. У зв'язку з цим проблема психологічної допомоги особам, які страждають на депресію, набуває особливої актуальності як у науковому, так і в практичному вимірі.

Депресивні стани все частіше фіксуються серед осіб різного віку, соціального статусу та професійної належності. Вони негативно позначаються на продуктивності діяльності, міжособистісних стосунках, рівні соціальної активності та суб'єктивному відчутті життєвої задоволеності. При цьому депресія часто має прихований або мало виражений характер, що ускладнює своєчасне звернення по допомогу та сприяє переходу розладу в хронічну форму. За відсутності належної психологічної підтримки депресивні прояви можуть поглиблюватися, спричиняючи вторинні порушення — тривожні стани, психосоматичні симптоми, соціальну ізоляцію та зниження особистісного потенціалу.

Особливу увагу привертає той факт, що депресія суттєво змінює структуру особистості. У депресивному стані трансформується образ себе, посилюється почуття безпорадності, знижується рівень самоцінності та впевненості у власних можливостях. Порушуються механізми саморегуляції, здатність до прийняття рішень і конструктивного подолання труднощів. У такому контексті психологічна допомога не може обмежуватися лише усуненням окремих симптомів, а має бути спрямована на відновлення цілісного функціонування особистості, її адаптаційних і ресурсних можливостей.

Сучасні умови життя характеризуються високим рівнем невизначеності,

тривалим впливом стресових факторів та зростанням психоемоційного навантаження. Ці обставини значно підвищують ризик розвитку депресивних станів і зумовлюють потребу в ефективних, науково обґрунтованих формах психологічної допомоги. Особливо актуальною є ця проблема для осіб, які зазнали втрат, травматичних подій або тривалого психологічного напруження, оскільки саме в таких умовах депресія часто набуває стійкого й дезадаптивного характеру.

Незважаючи на наявність значної кількості досліджень, присвячених депресивним розладам, у науковій літературі спостерігається недостатня узгодженість підходів до організації психологічної допомоги. Часто акцент робиться на медикаментозному лікуванні, тоді як психологічні аспекти депресії — особистісні зміни, порушення емоційної регуляції, втрата смислів і життєвих орієнтирів — залишаються недостатньо опрацьованими. Це зумовлює необхідність поглибленого аналізу психологічних механізмів депресії та розробки комплексних програм допомоги, які враховують індивідуальні особливості особистості.

Важливим аспектом актуальності теми є потреба у розвитку психологічної допомоги, орієнтованої на активізацію внутрішніх ресурсів людини. У процесі психологічного супроводу особи з депресією особливого значення набувають формування навичок усвідомлення власних емоційних станів, відновлення здатності до рефлексії, пошук особистісних смислів та підвищення рівня автономії. Такий підхід дозволяє розглядати депресію не лише як патологічний стан, а і як сигнал про порушення балансу між вимогами середовища та можливостями особистості.

Питання психологічної допомоги були предметом дослідження численних вітчизняних і зарубіжних науковців. Водночас специфіка надання психологічної підтримки в умовах критичних психоемоційних станів, зокрема депресії, у наукових працях представлена недостатньо повно. Суттєвий внесок у розроблення зазначеної проблематики зробили такі дослідники, як М. Рокіч, А. Бек, О.Т. Соколова, О.Б. Фанталова, Ф.Є. Василюк, Л.Ф. Шестопалова. Отже,

актуальність дослідження психологічної допомоги особам, які страждають на депресію, зумовлена високою поширеністю депресивних станів, їх негативним впливом на особистісне та соціальне функціонування, а також необхідністю вдосконалення практичних підходів до психологічної підтримки. Вивчення даної проблеми сприятиме поглибленню наукових уявлень про депресію як багатовимірне явище та створенню ефективних моделей психологічної допомоги, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя та якості життя особистості.

Об'єкт дослідження – особистість людини, яка перебуває у стані клінічно діагностованої депресії.

Предмет дослідження – специфіка ціннісно-мотиваційної структури особистості та особливості застосування психологічної допомоги у осіб із клінічною депресією легкого ступеня.

Мета дослідження – проаналізувати вплив психологічної допомоги на характер мотиваційних змін, спрямованість особистісних трансформацій і функціональний стан людини в умовах депресивного розладу.

Відповідно до поставленої мети у роботі передбачено виконання таких **завдань** дослідження:

1. Проаналізувати структуру ціннісних орієнтацій та визначити взаємозв'язок між ієрархією життєвих цінностей і проявами депресивного стану, а також окреслити найбільш проблемні та конфліктні сфери життєдіяльності осіб із депресією;
2. Дослідити характер і напрям можливих мотиваційних зрушень, що виникають у процесі перебігу депресивного розладу;
3. Зіставити виявлені психологічні особливості осіб із депресією з потенціалом їх корекції шляхом використання засобів психологічної допомоги з метою профілактики повторних депресивних станів і покращення якості життя;
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо оптимізації якості життя осіб із клінічною депресією на основі комплексного застосування психологічної допомоги.

Методи дослідження. Для реалізації мети та розв'язання поставлених завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, зокрема:

1. Теоретичний аналіз і систематизацію наукових джерел за темою дослідження;
2. Медико-біологічні методи оцінки морфофункціонального стану організму;
3. Клінічну бесіду та метод спостереження; шкалу самооцінки депресії Цунга з метою визначення рівня депресивних проявів; методику оцінки співвідношення «цінностей» і «доступностей» у різних сферах життєдіяльності для виявлення внутрішніх конфліктів; 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла; тест колірних виборів М. Люшера;
4. Методи математичної статистики для обробки та інтерпретації отриманих даних.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що цілеспрямована психологічна допомога сприятиме покращенню функціонального стану організму, мотиваційної сфери та загальної якості життя осіб із депресією.

Практичне значення дослідження полягає у можливості впровадження запропонованого науково обґрунтованого комплексу психологічної допомоги для осіб із депресією легкого та середнього ступеня, а також у використанні розроблених рекомендацій у роботі фахівців психологічного профілю.

Структура та обсяг роботи: Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

ОСОБИСТІСНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ В УМОВАХ ДЕПРЕСИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ

1.1. Концептуальні підходи до пояснення депресії та критерії її клінічної діагностики

Депресія належить до найпоширеніших психічних розладів сучасності та охоплює понад 120 мільйонів людей у різних країнах світу. За статистичними оцінками, принаймні кожна п'ята людина протягом життя стикається з депресивними проявами різного ступеня інтенсивності. Даний розлад має комплексний негативний вплив на психічний і фізичний стан особистості та, за відсутності належного лікування, може призводити до суттєвого зниження працездатності й інвалідизації [7, с. 5].

Традиційно основним підходом до лікування депресивних розладів у світовій практиці залишається фармакотерапія із застосуванням антидепресантів. Водночас упродовж останніх років дедалі більше уваги приділяється немедикаментозним методам втручання, які можуть виступати як доповнення, а в окремих випадках — як альтернатива медикаментозному лікуванню. Серед таких методів особливе місце посідає фізична активність, зокрема використання терапевтичних вправ у роботі з пацієнтами, що мають депресивні розлади.

Як зазначає М. Г. Аравіцька [1, с. 341], депресія характеризується стійким зниженням емоційного фону, втратою інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, а також труднощами у виконанні повсякденних обов'язків. Встановлено, що у осіб із хронічними соматичними захворюваннями, зокрема цукровим діабетом чи артеріальною гіпертензією, ризик розвитку депресії зростає майже вдвічі, а за наявності кількох тривалих захворювань — у декілька разів. Водночас психічні розлади сприяють погіршенню фізичного стану: у людей з ожирінням депресія трапляється значно частіше, а наявність

депресії, своєю чергою, підвищує ймовірність розвитку ожиріння [1, с. 342].

Автор також підкреслює, що депресія негативно впливає на комплаєнтність пацієнтів, ускладнюючи формування довірливих і партнерських відносин між фахівцем і хворим. Депресивні пацієнти часто демонструють сумніви, нерішучість, знижену віру в позитивний результат лікування, що пов'язано з переживанням безнадії, провини, апатії та енергетичного виснаження.

За даними Т. І. Мюллера, рецидив депресії спостерігається у 50–85 % осіб, які вже перенесли депресивний епізод, що свідчить про хронічний і рецидивуючий характер даного розладу [5, с. 69].

Дослідження Ю. Ю. Ребрик та Н. Я. Ульяницької показали, що фізична активність є важливим чинником способу життя, який пов'язаний із функціонуванням імунної системи, нейропротекторними механізмами та енергетичним обміном. Регулярні фізичні навантаження впливають на клітинні й молекулярні процеси в мозку, що мають ключове значення для емоційного та когнітивного здоров'я. Фізична активність сприяє оптимізації стресової реакції, регуляції нейромедіаторних і метаболічних процесів, підтриманню мітохондріальної активності та факторів росту, порушення яких пов'язують із розвитком депресії. Узагальнені дані підтверджують позитивний вплив фізичних вправ на емоційний і когнітивний стан осіб із депресією, зокрема за наявності супутніх неврологічних порушень [52].

Науковці Іранського дослідницького центру спортивної медицини довели ефективність фізичних вправ у профілактиці та лікуванні депресивних розладів і запропонували орієнтовні програми рухової активності для цієї категорії пацієнтів. Перевагою фізичних вправ є можливість їх поєднання з іншими терапевтичними методами, а також відсутність побічних ефектів, що робить їх безпечними для дітей, підлітків і вагітних жінок.

Низка досліджень свідчить, що регулярні аеробні навантаження здатні знижувати ризик рецидиву депресії ефективніше, ніж медикаментозна терапія. Фізичні вправи демонструють позитивний ефект як у випадках депресії,

зумовленої психосоціальними чинниками, так і за депресивних станів, пов'язаних із соматичним ослабленням організму.

Л. Ванкел і Б. Бергер у своїх роботах зафіксували покращення емоційного стану та соціальної активності осіб, які регулярно займаються фізичною культурою. Дослідники пояснюють це тим, що спорт створює умови для самоперевірки, розвитку особистісних компетентностей і підвищення суб'єктивної якості життя.

Наукові дані підтверджують ефективність як аеробних (біг, плавання), так і анаеробних (силові тренування) вправ у зменшенні депресивної симптоматики та покращенні настрою. Навіть помірне підвищення рівня щоденної рухової активності здатне позитивно впливати на психоемоційний стан.

Американські дослідники, проаналізувавши результати понад 90 досліджень за участю більш ніж 10,5 тисяч осіб із хронічними захворюваннями та низьким рівнем фізичної активності, встановили значущу ефективність фізичних вправ у зменшенні депресивних проявів. Найкращі результати спостерігалися у пацієнтів, які протягом 17 тижнів регулярно виконували силові або аеробні вправи помірної інтенсивності.

Таким чином, для пацієнтів із хронічними захворюваннями важливою є не епізодична активність, а системна, індивідуально підібрана програма фізичних навантажень.

Низка досліджень (Knubben et al.; Legrand, Neff; Krogh та ін.) підтверджують, що терапевтичні вправи суттєво знижують вираженість депресивних симптомів як у стаціонарних, так і в амбулаторних пацієнтів, а в окремих випадках їх ефективність не поступається або перевищує ефект традиційного лікування [18, с. 276].

Водночас фахівці наголошують на необхідності дотримання принципів дозування фізичної активності, попередньої функціональної оцінки пацієнта, урахування соматичних захворювань, медикаментозної терапії та рівня мотивації. Обов'язковим є контроль фізіологічних показників і психологічного стану під час занять.

Отже, терапевтичні вправи виступають перспективним немедикаментозним напрямом лікування депресивних розладів, доступним за вартістю, безпечним і ефективним. Поєднання фізичної активності з психотерапією розглядається як оптимальний шлях підвищення якості життя осіб із депресією, що потребує подальшої наукової розробки та впровадження комплексних реабілітаційних програм.

Депресивний афект є особливою формою емоційної реакції особистості, яка відрізняється від звичайних емоційних переживань насамперед своєю тривалістю, підвищеним ризиком суїцидальної поведінки та поєднанням із широким спектром психопатологічних проявів. На відміну від ситуативних емоційних станів, депресія має стійкий характер і впливає на всі рівні психічного функціонування людини.

Як складне психоемоційне явище, депресія включає кілька взаємопов'язаних компонентів. До них належать суб'єктивні переживання негативного емоційного стану, що відображаються у поведінці, мові, міміці та руховій активності; фізіологічні зміни внутрішнього середовища організму, зумовлені індивідуально-конституційними та особистісними особливостями; а також патогенетичні механізми, які лежать в основі формування депресивного розладу. Саме сукупність цих механізмів визначає специфіку депресивного стану в кожному конкретному випадку, зокрема його модальність, ступінь тяжкості, наявність супутніх психопатологічних симптомів, характер перебігу та нозологічну приналежність депресивних проявів [57, с. 51].

Відповідно до загальноприйнятого уявлення про те, що печаль є однією з найбільш розповсюджених негативних емоцій, депресія розглядається дослідниками як одна з найпоширеніших психологічних і психопатологічних проблем сучасності. У межах провідних теоретичних підходів депресивний розлад трактується як багатовимірне явище, формування якого зумовлюється взаємодією нейрофізіологічних і біологічних чинників, афективних переживань та когнітивних структур особистості.

Численні емпіричні дані підтверджують існування тісного зв'язку між

соціокультурним контекстом і поширеністю депресивних розладів. Так, у деяких європейських країнах, зокрема у Великій Британії, депресія фіксується значно частіше, ніж в Ірландії або країнах Африканського континенту. Окремі дослідники зазначають, що серед африканського населення депресивні розлади трапляються рідше, ніж серед європейців [47, с. 106]. Водночас слід враховувати, що такі соціокультурні чинники, як етнічна належність, особливості сімейного середовища чи традицій, тісно переплітаються зі спадковими детермінантами, що ускладнює їх чітке розмежування.

Однією з найбільш розроблених концепцій депресії є когнітивна теорія, запропонована А. Беком. Згідно з цією теорією, емоційні стани, настрої і поведінкові реакції людини значною мірою визначаються специфікою її пізнавальних процесів і когнітивних схем. Центральне місце у виникненні депресії займає так звана когнітивна тріада, що включає негативні уявлення про власну особистість, навколишній світ і майбутнє. Особи з депресивним розладом, як правило, сприймають себе як неспроможних і неповноцінних, навколишню дійсність — як ворожу або безперспективну, а майбутнє — як позбавлене позитивних змін.

А. Бек вважав, що саме когнітивна організація особистості, яка визначає спосіб інтерпретації подій та їх смислове осмислення, є ключовим чинником розвитку депресії. У межах його підходу когнітивні порушення проявляються у схильності депресивної особистості знецінювати власні якості, особливо ті, що мають для неї найбільше значення. На основі ґрунтовного аналізу клінічних проявів депресії Бек виокремив чотири основні групи симптомів: емоційні (пригнічений настрій, почуття смутку), когнітивні (негативні переконання щодо себе), мотиваційні (пасивність, зниження ініціативи, залежність) та фізіологічні (порушення сну, зниження апетиту).

Інший підхід до розуміння природи депресії був запропонований М. Селігменом та його співробітниками, які експериментально досліджували феномен набутої безпорадності. Вони дійшли висновку, що відсутність можливості контролювати події, уникати негативних стимулів і впливати на

ситуацію формує відчуття безсилля, яке виступає одним із ключових психологічних механізмів розвитку депресивного стану.

Згідно з теорією Клінгера, формування депресії відбувається поетапно і включає три послідовні фази. На початковому етапі людина активно реагує на втрату значущого об'єкта, докладаючи зусиль для його повернення. За відсутності результату настає друга фаза, що характеризується проявами агресії та гніву. Якщо ж активні стратегії подолання не приносять очікуваного ефекту, відбувається третя фаза — емоційне та мотиваційне згасання, яке проявляється у відстороненості, пасивності, почутті безнадії та безпорадності, що зрештою й зумовлює розвиток депресивного розладу.

Чинники розвитку депресивних станів можуть бути зумовлені не лише внутрішніми особистісними передумовами, а й особливостями соціального середовища. У ситуаціях, коли зовнішні умови змінюються таким чином, що поведінкові реакції, які раніше отримували позитивне підкріплення, перестають заохочуватися, ці реакції поступово зникають з поведінкового репертуару людини. За таких обставин може формуватися стан емоційного виснаження та зниженої мотивації, що створює ґрунт для виникнення депресії.

У межах психоаналітичного підходу депресивні переживання розглядаються як наслідок реальної або уявної втрати, яка підриває почуття власної цінності, впевненість у собі та емоційну стабільність особистості. Більшість представників психоаналізу сходяться на думці, що депресивний стан супроводжується цілим спектром афективних реакцій, зокрема смутком, гнівом, страхом, тривогою та почуттям провини [56, с. 117]. Смуток постає як відповідь на втрату значущого об'єкта або ідеалу, що сприймається як загроза самоповазі та самооцінці. Прояви гніву й ворожості у депресії психоаналітична традиція пов'язує з фіксацією на ранніх стадіях психосексуального розвитку, зокрема на оральній.

Тривога, страх і почуття провини розглядаються як афекти, тісно інтегровані в структуру депресивного переживання. У межах класичного психоаналізу тривога і страх інтерпретуються як наслідок несвідомих побоювань

втрата сексуальної спроможності або значущості. Водночас страх може виникати й у зв'язку з переживанням власної неспроможності чи неадекватності перед реальною або уявною загрозою. Починаючи з робіт З. Фрейда, значна кількість психоаналітиків наголошує, що зниження самооцінки, втрата впевненості у власних можливостях і ослаблення почуття особистої гідності є ключовими характеристиками депресивного стану [60, с. 56].

З позицій теорії диференційних емоцій депресія розглядається як суб'єктивний досвід, що формується внаслідок складної та динамічної взаємодії кількох базових афектів і афективно-когнітивних утворень. Депресивне переживання може включати сум, гнів, відразу, презирство, страх, почуття провини та зниклої. Активація значної кількості емоцій одночасно підвищує ймовірність внутрішніх емоційних конфліктів, що ускладнює процес саморегуляції. У межах цього підходу депресія трактується як комплексний емоційний патерн, у якому провідну роль відіграє смуток у поєднанні з різними конфігураціями гніву, відрази, презирства, страху, провини та зниклої. Окрім того, до уваги беруться й інші афективні чинники, зокрема зниження сексуального потягу, підвищена втомлюваність і погіршення соматичного самопочуття.

Виявлення депресії як синдрому або самостійного захворювання ґрунтується на сукупності психопатологічних ознак, серед яких центральне місце посідає стійкий депресивний настрій. Вважається, що кожна виокремлена синдромологічна чи нозологічна форма депресії базується на відносно однорідних патогенетичних механізмах.

Для систематизації депресивних станів у клінічній практиці використовують низку критеріїв, зокрема:

- наявність або відсутність психотравмувального чинника, що передуює розвитку депресії та зумовлює її реактивний або ендогенний характер;
- виникнення депресивних проявів на тлі соматичних захворювань (наприклад, онкологічних процесів, судинних уражень головного мозку тощо);
- розвиток депресії як наслідок фармакологічного впливу

(застосування резерпіну, кортикостероїдів та інших препаратів);

- поєднання депресивного стану з іншими психічними розладами або наявність у минулому епізодів психотичної симптоматики, зокрема при шизофренії;

- вік початку захворювання та особливості його перебігу [37, с. 182].

З урахуванням зазначених критеріїв психотичні депресії класифікують на первинні та вторинні. До вторинних відносять депресивні стани, що виникають у структурі інших психічних розладів, при соматичних або неврологічних захворюваннях, а також унаслідок медикаментозного впливу. Крім того, виокремлюють функціональні депресії (ендогенні та психогенні, у тому числі вторинні в межах шизофренії) та органічно-токсичні форми, які включають соматогенні депресії, пов'язані з органічними, судинними або інфекційними ураженнями центральної нервової системи, а також депресивні стани медикаментозного походження.

У сучасній науковій і клінічній практиці загальновизнаним є багаторівневий підхід до оцінки депресивних розладів. Різноманіття їх форм та чинників, що можуть зумовлювати виникнення депресії, значно ускладнює формування єдиного понятійного апарату та створення чіткої класифікації. У найбільш узагальненому розумінні депресія визначається як стійке зниження настрою, яке нерідко поєднується з підвищеною тривожністю та дратівливістю. Водночас у межах клінічного синдрому депресія включає не лише афективні порушення, а й широкий спектр симптомів у когнітивно-емоційній, поведінковій та соматичній сферах.

Протягом тривалого часу депресивні стани намагалися систематизувати за різними підставами: етіологічними чинниками, клінічними проявами, особливостями перебігу захворювання та іншими параметрами. При цьому використовувалися як багатофакторні моделі класифікації, так і підходи, побудовані на принципі протиставлення. Останніми роками особливу увагу привертають дихотомічні схеми, зокрема поділ депресій на ендogenous та невротично-реактивні, первинні й вторинні, а також уніполярні та біполярні.

У найбільш поширених сучасних класифікаційних системах, таких як МКБ-10 і DSM-IV, виділення підтипів депресії здійснюється переважно на основі описових, операціоналізованих клінічних ознак.

Типова симптоматика ендогенної депресії включає стійко знижений, тужливий настрій, психомоторну та ідеаторну загальмованість, ослаблення інтересів і мотивації, ідеї власної малоцінності, суїцидальні думки або тенденції, тривожність, прояви ауто- та соматопсихічної деперсоналізації, порушення сну й апетиту, а також інші вегетативно-соматичні розлади.

Однією з провідних психопатологічних характеристик ендогенної депресії є патологічно занижений настрій, який пацієнти описують як відчуття внутрішньої тяжкості, глибокої пригніченості, безнадії та емоційної порожнечі.

Під час клінічної бесіди хворі часто наголошують, що переживаний ними сум якісно відрізняється від звичайного горя чи печалі, однак чітко сформулювати цю відмінність вони зазвичай не можуть. Позитивні події або приємні звістки, як правило, не спричиняють істотного покращення настрою. Саме відсутність реакції на зовнішні стимули є важливою ознакою, що відмежовує ендогенну депресію від ситуативно зумовлених емоційних станів.

У патопсихологічній структурі клінічної депресії тривога може проявлятися у різних формах: від внутрішнього напруження до вираженої ажитації або, навпаки, так званої «тривожної загальмованості», що іноді сягає стану ступору. У тяжких випадках виникають панічні переживання неминучої катастрофи чи смерті, а також суб'єктивне відчуття нестачі повітря.

Диференціація між тривогою та тугою часто становить значні труднощі як для самих пацієнтів, так і для фахівців, оскільки «ізольована» тривога поза межами афективного психозу майже завжди супроводжується зниженням настрою. На відміну від нормальних емоційних реакцій, депресивний настрій має застійний, патологічний характер, у зв'язку з чим зовнішні впливи практично не здатні змінити його якість, а лише іноді незначно посилюють або послаблюють інтенсивність.

Характерною особливістю ендогенної депресії є добові коливання

афективного стану: у ранкові години сум і пригніченість досягають максимальної вираженості, тоді як увечері ці переживання дещо послаблюються. Пояснюючи цей феномен, пацієнти часто зазначають, що наприкінці дня з'являється відчуття завершення чергового важкого періоду та надія хоча б на тимчасове полегшення через сон.

Важливим діагностичним симптомом ендогенної депресії, який Е. Крепелін відніс до тріади основних проявів, є психічна загальмованість. Вона виявляється у сповільненні темпу мислення та мовлення: пацієнтам важко швидко зрозуміти поставлені запитання, відповіді формуються із затримкою, добір слів і формулювань потребує значних зусиль. Хворі відзначають, що їхні думки стають млявими, роз'єднаними, ніби «втрачають зв'язок одна з одною». Особливо чутливими до навіть незначного уповільнення мисленнєвих процесів є особи інтелектуальної праці.

Депресивну ідеаторну загальмованість іноді складно відрізнити від проявів астенічного стану. У першому випадку уповільнення мислення є відносно стабільним протягом усієї бесіди, тоді як при астенії темп психічної діяльності поступово знижується в міру виснаження [22, с. 5].

Для клінічної депресії загалом характерне зниження психічного тону. Спостерігається різке звуження кола інтересів: події й заняття, які раніше викликали зацікавлення, сприймаються як байдужі або позбавлені сенсу. Пацієнти уникають спілкування, прагнуть ізоляції. Це зумовлено тим, що повсякденні завдання, які у звичайному стані виконуються автоматично, у депресії набувають характеру надзвичайно складних і виснажливих проблем. У результаті поряд із загальним зменшенням активності окремі, часто незначні ситуації або думки можуть повністю захоплювати свідомість хворого, стаючи джерелом тривалих болісних переживань.

Порушення концентрації уваги при депресії, ймовірно, зумовлюється поєднанням кількох чинників: загального зниження психічного тону, ідеаторної загальмованості, тривожності та фіксації на емоційно значущих негативних думках. Ці ж механізми лежать в основі суб'єктивних скарг на

погіршення пам'яті. Описані «ядерні» симптоми депресії, безпосередньо пов'язані з порушенням мозкових функцій, формують підґрунтя для специфічного «депресивного світосприйняття». Насамперед це стосується переживання туги. Таким чином, саме туга й тривога визначають афективну структуру депресивного синдрому. Цей афективний стрижень разом із порушеннями психомоторної активності становить центральне ядро психопатологічної симптоматики депресії. Очевидно, що сформоване «депресивне бачення світу» зумовлює появу низки симптомів, значною мірою залежних від особистісних, культурних і соціальних особливостей пацієнта, серед яких провідне місце посідають суїцидальні тенденції та ідеї власної малоцінності.

1.2. Зміни особистісного функціонування та якості життя під впливом депресивних станів

Аналіз патологічного матеріалу дає змогу виявити закономірності трансформації мотиваційної сфери особистості, які зумовлюють зміну життєвих позицій, інтересів і ціннісних орієнтацій людини. Найбільш наочно ці процеси простежуються у осіб із психічними захворюваннями, оскільки саме в таких випадках деформація мотивів, установок і системи цінностей відбувається достатньо розгорнуто, що дозволяє виокремити та проаналізувати окремі етапи цього процесу [21].

Нездатність реалізувати значущі життєві цінності або задовольнити базові потреби призводить до втрати особистісного сенсу існування, що проявляється у переживаннях відчаю, безнадійності та внутрішнього страждання. У таких умовах формується стан психологічної кризи [10, с. 63].

Психологічна криза виступає переломним моментом у життєвому шляху особистості. Сам життєвий шлях у феноменологічному вимірі постає як індивідуальний життєвий задум, який конкретизується через плани, проєкти, завдання та цілі [61, с. 48]. У ситуаціях, коли внаслідок певних подій реалізація

цього життєвого задуму суб'єктивно сприймається як неможлива, виникає кризовий стан.

Під життєвими подіями, що зумовлюють розвиток психологічної кризи, розуміють такі ситуації, які створюють реальну або потенційну загрозу задоволенню фундаментальних потреб особистості та ставлять людину перед проблемою, від якої неможливо ухилитися і яку не можна вирішити в короткий термін за допомогою звичних способів.

Коли обрані життєві шляхи виявляються надмірно складними або ж людина взагалі перестає бачити можливі варіанти подальшого руху, перебування у світі, що висуває високі вимоги та сприймається як надто важкий, стає нестерпним. Усі можливості ніби заблоковані, але необхідність діяти зберігається. За таких умов виникає прагнення змінити сам спосіб переживання світу, тобто «перетлумачити» його таким чином, ніби ставлення до його потенційних властивостей визначається не жорсткими детерміністськими закономірностями, а впливом певних надіндивідуальних сил.

Переживання психологічної кризи супроводжується помітними змінами у ставленні людини до себе та до навколишньої реальності. Це пов'язано з тим, що свідомість має оцінювально-відносний характер. Свідомість і особистість за своєю природою не можуть існувати поза системою оцінок і переживаних відносин. Така особливість стосується не лише сприйняття та оцінювання інших людей, а й будь-яких об'єктів дійсності, включно з власним «Я».

Різноманіття взаємозв'язків, у які включена людина, становить складну систему взаємодіючих відношень, у межах якої формується мотиваційна ієрархія. Вона визначається міжмотиваційними взаємодіями та зв'язками. Через встановлення співвідношень між мотивами відбувається їх розподіл у різні мотиваційні утворення, або так звані життєві одиниці. Мотиваційна ієрархія відображає систему життєвих відношень особистості та безпосередньо пов'язана з аксіологічною організацією світу, тоді як мотиваційні сили людини виступають динамічними чинниками її буття в реальності. Аксіологічна структура світу формує певне валентне поле, енергетично сконцентроване навколо значущих

цінностей, у межах якого окреслюються можливі напрями руху особистості до ціннісних обмежень і орієнтирів [40, с. 342].

Між мотиваційною ієрархією особистості та аксіологічною структурою світу вибудовуються так звані мотиваційні лінії, або ж формується мотиваційна мережа життєвих відношень. Іншим важливим параметром особистості є процес ієрархізації. У ході цього процесу система мотивів утворює відносно самостійні ієрархізовані життєві утворення, які можуть інтегруватися в єдину мотиваційну систему або ж існувати ізольовано, не формуючи цілісної єдності.

Під час аналізу кризових станів особливого значення набуває вивчення ієрархії потреб і цінностей, тобто ціннісних орієнтацій особистості, оскільки саме фрустрація виступає одним із провідних чинників розвитку кризових переживань. Фрустрація виникає у тих випадках, коли, з одного боку, наявна сильна мотивація до задоволення певної потреби, а з іншого – існують об'єктивні або суб'єктивні перешкоди, що унеможливають досягнення бажаного результату [36, с. 206].

Прагнення людини зберігати власну гідність, підтримувати самоповагу та реалізовувати подібні установки відповідають мотивації самозбереження особистості, але не індивіда як біологічної істоти. Самозбереження у цьому контексті розуміється як «само-збереження», тобто збереження власного «Я», своєї ідентичності. У певному значенні мотивація самозбереження має нарцистичний характер, оскільки її предметний зміст наповнюється інтересами, пов'язаними із самосвідомістю. Саме тому прагнення підтримувати цілісність власної ідентичності, автономність, самодостатність та інші подібні тенденції становлять ключові компоненти цієї мотиваційної сфери.

Мотиваційна аперцепція означає сприйняття подій крізь призму індивідуальної мотиваційної ієрархії, що визначає перебіг психічних процесів. Завдяки такій внутрішній оцінці формується, зокрема, особистісний зміст стресового чинника. Визнання існування докогнітивних механізмів мотиваційної аперцепції, які породжують дорефлексивні та довербалізовані смисли, дозволяє розглядати психічну діяльність як безперервний особистісний процес

моніторингу навколишнього середовища в межах так званого тестування реальності [25, с. 91].

Перебування людини в умовах екстремальної ситуації зумовлює провідну роль мотивації самозбереження у загальній мотиваційній структурі особистості. Травматичний стрес граничної інтенсивності висуває до індивіда крайні вимоги, пов'язані з реальною загрозою зникнення як суб'єкта буття. За таких умов життєдіяльність набуває характеру виживання та спрямовується на подолання загрози небуття. Навіть процес особистісного розвитку в аномальних, кризових умовах орієнтується на збереження існування в ситуації, що несе потенціал його заперечення. У цьому контексті можна говорити про мотиваційну трансформацію особистості, яка проявляється у зміні пріоритетів та сфер життєвої значущості.

У критичних обставинах зазнають порушення уявлення про майбутнє, втрачається відчуття сенсу та цілісності життєвого шляху. Свідомість виявляється неспроможною прийняти реальність у її актуальному вигляді. Як наслідок переживання кризового стану відбуваються суттєві зрушення у ставленні людини до себе та навколишнього світу. Таким чином, у ситуації безпосереднього зіткнення з об'єктивними перешкодами щодо продуктивності переживання кризи можливі два принципово протилежні напрями її подолання. Перший з них передбачає спрямування всередину себе з орієнтацією на досягнення особистого благополуччя, внутрішньої безпеки та суб'єктивного щастя. Реалізація цього шляху можлива через трансформацію способів втілення життєвого задуму або шляхом формування нової системи ціннісних орієнтирів. Другий напрям пов'язаний із виходом за межі власного «Я» та присвяченням себе служінню вищій цінності, кінцевим результатом якого стає звільнення від егоцентричних фіксацій і настанов.

У конфліктних ситуаціях нерідко виявляється неможливим ані відмовитися від реалізації взаємовиключних життєвих цінностей, ані зробити вибір на користь лише однієї з них. Інший різновид критичних обставин характеризується неможливістю задоволення певної потреби або мотиву та

напруженням між прагненням до її реалізації й усвідомленням неможливості бажаного [16, с. 49]. Подібні ситуації призводять до деформації або навіть руйнування образу психологічного майбутнього.

Визначення психологічної сутності конфлікту є складним теоретичним завданням. Спроба сформулювати універсальну дефініцію, що не суперечила б жодному з існуючих підходів, призвела б до надто узагальненого й позбавленого змісту формулювання, згідно з яким конфлікт являє собою лише зіткнення певних явищ. Два ключові питання конфліктології – що саме вступає у протистояння та яким є характер цього протистояння – по-різному трактуються представниками різних теоретичних шкіл.

Відповідь на перше з цих питань безпосередньо залежить від загальної методологічної позиції дослідника. У межах психодинамічного підходу конфлікт розглядається як одночасна актуалізація двох або більше суперечливих мотивів. Представники біхевіористської орієнтації пов'язують наявність конфлікту з існуванням альтернативних форм реагування. З позицій когнітивної психології у конфлікт вступають ідеї, цілі, бажання та цінності, тобто явища свідомості.

За цими підходами простежуються три базові категорії, що мають фундаментальне значення для розвитку сучасної психології, – мотив, дія та уява [38, с. 384], які в ідеальному випадку мають інтегруватися в межах кожної теоретичної моделі.

Не викликає сумнівів існування глибоких трансформацій ціннісної сфери особистості у процесі переживання психологічної кризи. Ці зміни можуть бути спрямовані або на відновлення внутрішньої стабільності, або на формування механізмів так званого «продуктивного переживання».

Оскільки ціннісні орієнтації є одним із ключових компонентів структури особистості, рівень їх сформованості, спрямованість та ієрархічна організація дозволяють оцінювати не лише ступінь особистісного розвитку, але й глибину психічних порушень, а також прогнозувати можливі наслідки та стратегії подолання життєвих криз. Усвідомлення цих особливостей створює підґрунтя для більш ефективного планування та реалізації психокорекційних і

психотерапевтичних втручань.

Поняття якості життя (ЯЖ) є відносно новим для медичної науки та було запозичене із соціологічних досліджень, де воно трактується як спроможність людини повноцінно функціонувати в соціумі відповідно до свого соціального статусу та відчувати задоволення від власної життєдіяльності. Ще у 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я визначила здоров'я не лише як відсутність захворювань, але й як стан фізичного, психічного та соціального благополуччя. Відповідно до рекомендацій спеціалізованого підрозділу ВООЗ, що займається проблематикою якості життя, під час її оцінювання доцільно враховувати такі основні критерії:

1. фізичний компонент (рівень сили та енергії, швидкість втомлюваності, наявність болю чи дискомфорту, особливості сну та відпочинку);
2. психологічний аспект (емоційний стан, особливості мислення, сприйняття власної зовнішності, внутрішні переживання);
3. ступінь автономності (здатність до виконання повсякденних дій, працездатність, залежність від лікувальних процедур та медикаментів);
4. соціальне функціонування (міжособистісні стосунки, сексуальна активність, соціальна значущість);
5. характеристики навколишнього середовища (умови проживання, рівень добробуту, безпека, доступність і якість медичної та соціальної допомоги, екологічна ситуація, можливості навчання та доступ до інформаційних ресурсів);
6. духовний вимір (релігійні переконання, система особистих цінностей).

У сучасних наукових дослідженнях особлива увага приділяється так званій «якості життя, пов'язаній зі здоров'ям» (health-related quality of life, ЯЖПЗ). Під цим поняттям розуміють рівень суб'єктивного благополуччя та задоволеності тими аспектами життя, на які безпосередньо впливають захворювання та процес їх лікування. Оцінка ЯЖПЗ може коливатися від негативних проявів, включно з ризиком летального наслідку, до позитивних характеристик, таких як виконання соціальних ролей і відчуття щастя. Вона охоплює функціонування людини у

трьох ключових сферах: психологічній (емоційний стан і суб'єктивне благополуччя), соціальній та фізичній [10, с. 63].

Незважаючи на те, що розмежування об'єктивних і суб'єктивних показників якості життя залишається дискусійним питанням, основним інструментом її кількісного вимірювання визнаються стандартизовані опитувальники. Результати численних досліджень підтверджують їхню високу надійність і зручність у практичному застосуванні. На сьогодні розроблено спеціалізовані опитувальники для оцінки якості життя при більшості нозологій.

Залежно від мети використання розрізняють загальні та специфічні опитувальники. Загальні методики застосовуються як у здорових осіб, так і у пацієнтів з різними захворюваннями, що дозволяє порівнювати показники якості життя між клінічними групами та загальною популяцією.

До найбільш поширених загальних інструментів оцінки ЯЖПЗ належать: Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, EuroQoL-5D, а також Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36).

Серед зазначених методик опитувальник SF-36 вважається найбільш валідизованим і апробованим, що зумовлює його широке використання у наукових дослідженнях якості життя в США та країнах Європи.

Опитувальник SF-36 було стандартизовано на вибірках загального населення США, а також адаптовано й апробовано на репрезентативних групах в Австралії, Франції та Італії. У країнах Європи та Сполучених Штатах Америки проведено численні дослідження окремих популяцій, у межах яких отримано нормативні показники як для практично здорових осіб, так і для пацієнтів із різними хронічними захворюваннями з урахуванням вікових та гендерних відмінностей. Структура опитувальника включає 36 запитань, об'єднаних у вісім основних шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність тілесного болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, роль емоційного стану та психічне здоров'я. Значення за кожною шкалою коливаються в діапазоні від 0 до 100 балів, де

максимальний показник відповідає оптимальному стану здоров'я. Сукупність шкал формує два інтегральні індекси — фізичного та психічного благополуччя.

Результати дослідження подаються у вигляді кількісних балів за вісьмома шкалами, побудованими таким чином, що вищі значення відображають кращий рівень якості життя, суб'єктивного самопочуття та активності. Отримані показники дозволяють оцінити особливості ставлення до захворювання, самооцінку загального стану здоров'я, ступінь фізичного, психічного й соціального благополуччя, наявність обмежень у соціальному функціонуванні, рівень енергійності, а також інтелектуальний та емоційний фон особистості, включно з втратами або адаптаційними ресурсами, пов'язаними з хворобою. У медичній практиці поняття «health-related quality of life» використовується для узагальненої характеристики впливу стану здоров'я на різні сфери життєдіяльності.

Очевидно, що специфічне «депресивне світосприйняття» сприяє формуванню низки симптомів, вираженість яких значною мірою зумовлюється індивідуальними особистісними, культурними та соціальними характеристиками пацієнта. До найбільш значущих проявів у цьому контексті належать суїцидальні тенденції та ідеї власної малоцінності.

Методи оцінювання депресивних станів. Відповідно до чинного законодавства України, зокрема Закону України «Про психіатричну допомогу», встановлення діагнозу психічного розладу належить виключно до компетенції лікаря-психіатра або консилиуму лікарів-психіатрів. Фахівці інших медичних спеціальностей мають право запідозрити наявність психічних порушень, визначити синдромальний рівень розладу або сформулювати попередній синдромальний діагноз. З цією метою широко застосовуються скринінгові психодіагностичні шкали для виявлення депресивних проявів, які також дають змогу оцінити ступінь їхньої вираженості.

Для ідентифікації депресивних проявів у досліджуваних осіб застосовуються як об'єктивні психодіагностичні інструменти, що заповнюються фахівцем із відповідною підготовкою у сфері психічного здоров'я (зокрема,

шкала оцінки депресії Гамільтона), так і суб'єктивні методики самооцінювання, які заповнює сам пацієнт. До найбільш поширених самоопитувальників належать:

- шкала депресії Бека;
- шкала самооцінки депресії Цунга;
- шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory), розроблена А. Т. Беком, ґрунтується на узагальненні результатів клінічних спостережень, що дали змогу виокремити обмежене коло найбільш інформативних та клінічно значущих симптомів депресії, а також типових скарг пацієнтів [34, с. 207]. За допомогою двох субшкал — когнітивно-афективної та соматичної — поетапно визначається рівень вираженості 21 депресивного симптому. Методика вирізняється доступністю, простотою застосування та незначними часовими витратами.

Шкала самооцінки депресії Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, Z-SDS) була створена доктором Вільямом Цунгом в Університеті Дюка з метою диференціації депресивних станів і станів, наближених до депресії, та призначена для первинної, долікарської діагностики в умовах загальномедичної практики. Дана шкала характеризується високими показниками чутливості та специфічності, що дозволяє зменшити фінансові та часові витрати, пов'язані з поглибленим медичним обстеженням, а також мінімізувати можливі етичні труднощі. Використання шкали Цунга дає змогу провести скринінг депресивних проявів і визначити ступінь тяжкості симптоматики, при цьому повна процедура тестування разом з обробкою результатів займає близько 20–30 хвилин.

Шкала депресії, тривоги та стресу Depression Anxiety Stress Scales (DASS) є комплексом із трьох самозвітних шкал, спрямованих на оцінювання негативних емоційних станів, зокрема депресії, тривожності та стресу. Методика була розроблена Сідом Ловібондом і Пітером Ловібондом в Університеті Нового Південного Уельсу у 1995 році. Кожна зі шкал DASS включає 14 пунктів, які об'єднані у підшкали з 2–5 тверджень зі схожим змістовим наповненням. Шкала депресії спрямована на оцінку таких проявів, як дисфорія, почуття безнадійності,

знецінення життя, тенденції до самознищення, втрата інтересу та залученості, ангедонія й психічна інерція. Шкала тривожності відображає рівень вегетативного збудження, м'язову напругу, ситуативну тривогу та суб'єктивне переживання тривожних станів. Шкала стресу дає змогу оцінити інтенсивність хронічного неспецифічного напруження, зокрема труднощі у розслабленні, підвищену дратівливість, нервову збудливість, схильність до швидкого емоційного реагування та нетерплячисті. Показники депресії, тривоги й стресу визначаються шляхом сумування балів за відповідними пунктами опитувальника [38, с. 489].

Шкала Гамільтона для оцінювання депресії (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) була створена у 1960 році в Університеті Лідса (Велика Британія) з метою кількісного визначення депресивної симптоматики у пацієнтів до початку лікування, у процесі терапії та після її завершення [36, с. 94]. Заповнення шкали здійснюється фахівцем, який має відповідну підготовку та практичний досвід у сфері оцінювання психічного стану. Опитувальник HDRS включає 21 пункт і застосовується під час клінічного інтерв'ю, тривалість якого в середньому становить 20–25 хвилин. Питання шкали спрямовані на відображення психоемоційного стану пацієнта за останні кілька днів або протягом попереднього тижня. Послідовне та повторне використання даної методики дозволяє клініцисту фіксувати динаміку стану пацієнта та оцінювати ефективність призначеного лікування, як медикаментозного, так і психотерапевтичного.

Застосування психодіагностичних опитувальників у клінічній практиці дає можливість комплексно оцінити як психологічні, так і фізичні аспекти стану пацієнтів, що, у свою чергу, сприяє вибору найбільш доцільної тактики та оптимальної стратегії ведення осіб із депресивними розладами.

1.3. Психологічна допомога особам із депресивними розладами

Підхід Левінсона. Теоретичні засади цієї концепції спираються на теорію

підкріплення та враховують характерну для депресивних станів редукцію активності, яка проявляється клінічно як пасивність, втрата інтересу та зниження мотивації. Такі зміни пов'язуються зі зменшенням або повною відсутністю позитивного підкріплення з боку оточення, здебільшого соціальної природи. Нестача підкріплення або його дефіцит, що формуються внаслідок процесів згасання, призводять до скорочення поведінкової активності та одночасно стимулюють появу емоційних, когнітивних і соматичних проявів депресії.

У терапевтичній практиці основна увага приділяється впливу на депресивні патерни поведінки через зміну неадекватних умов підкріплення, що включає модифікацію несприятливих факторів навколишнього середовища та корекцію власних дій пацієнта, які заважають використати наявне підкріплення. До ключових стратегій інтервенції Левінсона належать: а) трансформація несприятливих умов підкріплення у взаєминах із близькими людьми шляхом зміни взаємозв'язку поведінки та її наслідків; б) розвиток базових навичок, які дозволяють ефективніше використовувати потенційне підкріплення; в) збільшення частоти позитивного підкріплення у соціальній сфері, на роботі та під час відпочинку.

Підхід Вольпе. В центрі уваги терапії перебувають процеси емоційного кондиціювання. Передбачається, що деякі (невротичні) форми депресивних розладів формуються на основі стійкої та інтенсивної тривоги, особливо у соціальному контексті. Терапевтичні втручання спрямовані на подолання соціально обумовленої тривожності за допомогою методів кондиціювання, таких як систематична десенсибілізація та тренінг розвитку впевненості у собі. В сучасній мультимодальній терапії депресій значне місце займає також асертивний тренінг, який часто застосовують без прямого посилення на концепцію Вольпе.

Когнітивні підходи до терапії депресії. Ааронов на основі психоаналітичних і пізніше поведінкових підходів запропонував особливу форму терапевтичної бесіди, яку називають когнітивною терапією. Вона орієнтована на негативний світогляд депресивного пацієнта та спотворене

сприйняття реальності. Ця форма терапії відрізняється прямим, цілеспрямованим впливом на пацієнта і не передбачає детального аналізу біографічних подій, а завершення сеансу контролює терапевт, що часто сприймається пацієнтами як допоміжне. Така терапія також коригує надмірний самоконтроль, притаманний багатьом депресивним особам.

Глибока когнітивна терапія будується на когнітивній моделі Бека, згідно з якою депресивний синдром виникає внаслідок активації негативних когнітивних схем. Бек підкреслює, що якщо людина помилково вважає себе відкинутою, вона відчуває такий самий реальний сум, ніби це сталося насправді. Негативні очікування призводять до зниження мотивації та паралічу волі [60, с. 103].

Концепція когнітивної триади за А. Беком

1. Негативне ставлення до себе. Пацієнт оцінює себе як дефектного, неефективного, слабкого. Він схильний пояснювати всі неприємні події своєю власною психічною, моральною або фізичною діяльністю, відчуваючи при цьому, що стає непотрібним для оточення. У підсумку хворий вважає, що у нього немає рис, здатних сприяти досягненню щастя.

2. Схильність до песимістичної інтерпретації подій. Для особи, ураженої депресією, світ постає як місце надмірних вимог і непробивних перешкод. Пацієнт часто дає негативне трактування подіям, хоча існують більш правдоподібні пояснення. Через психотерапію можна допомогти пацієнту усвідомити, що він примусово підганяє факти під власні негативні висновки.

3. Негативне бачення майбутнього. Хворий прогнозує безперервне продовження труднощів і страждань. Будь-яка нова ініціатива здається приреченою на невдачу.

У психотерапевтичній практиці мішенню втручання може бути або сама особистість, яка переживає кризу, або інформаційна структура (соціальна, сенсорна тощо), наявна в її розпорядженні. У першому випадку терапія спрямована на корекцію та удосконалення особистісних рис, що перешкоджають адаптації; у другому – на розширення та коригування суджень, знань і методів дії для відновлення соціально-психологічної адаптації. Це означає, що у разі

необхідності проводять не лише психотерапію, спрямовану на актуальну кризу, але й психокорекцію, яка запобігає подальшим внутрішнім конфліктам, кризовим станам та ситуативним реакціям [13, с. 95].

Окремо виділяється одна з найтонших психокорекційних процедур, яка актуальна при будь-якому типі динаміки конфлікту та кризових реакцій. Йдеться про випадки, коли формування психологічної кризи і соціальної дезадаптації пов'язане з порушеннями або недостатністю системи цінностей особистості. Багато таких порушень вже вивчені й описані; вони визначають стратегію розвитку та можливості ефективності аксіопсихотерапії. Недостатньо сформована система цінностей, вузька або обмежена, уповільнює нормальну соціальну адаптацію або навіть провокує глибоку дезадаптацію. Іноді трапляється дискордантна система цінностей, що містить несумісні між собою поняття або кілька елементів з однаковою значущістю. Такі протиріччя призводять до виникнення суперечливих, а іноді й полярних потреб та тенденцій, що за своєю природою конфліктні.

Варто також звернути увагу на особливу рису системи цінностей деяких людей. Мова йде про такі цінності, які не вступають у конфлікт з іншими і не мають асоціальних чи неконформних характеристик. Незважаючи на те, що вони є адаптивними, їхній вплив на загальну систему цінностей може бути досить сильним, оскільки вони отримують непропорційно високу значимість і займають надмірну питому вагу порівняно з іншими компонентами. Тому завдання психокорекції у межах аксіопсихотерапії не полягає в зміні складу цінностей (зменшенні або підвищенні значущості певних елементів, введенні нових цінностей), а у більш делікатному регулюванні інтенсивності їхнього значення, при збереженні структури і повного набору цінностей.

Концепція Селігмана. В оригінальній моделі «вивченої безпорадності» Селігман стверджував, що витоки реактивно-депресивних станів пов'язані з повторюваним досвідом втрати контролю. Згодом у пацієнтів формується переконання, що їхні дії не впливають на важливі зовнішні події, що спричиняє розвиток мотиваційних, емоційних та поведінкових проявів депресії. Хоча ця

концепція не стала самостійним методом лікування, на її базі були розроблені конкретні терапевтичні стратегії.

Модель Рема. Терапія спрямована на зміну механізмів самоконтролю пацієнта для підвищення його здатності до саморегуляції та зменшення залежності від зовнішніх стимулів. Основою підходу є спостереження, що депресивні прояви пов'язані з встановленням завищених стандартів продуктивності та недостатньою самопідтримкою.

Когнітивно-поведінкова концепція Макліна виділяє важливість міжособистісних аспектів депресії та враховує дані досліджень стресових впливів. Мультиmodalна терапія спрямована на усунення дефіцитів у таких сферах, як соціальна взаємодія, комунікація, поведінкова активність, здатність до самоствердження, прийняття рішень та когнітивний контроль [49, с. 34].

Інтерперсональна терапія. Підхід Клермана та Вейсмана. Цей метод базується на психології розвитку та соціальній психології. В його основі лежить переконання, що: а) міжособистісні стосунки є ключовим фактором профілактики депресії; б) втрати та труднощі у соціальних відносинах відіграють критичну роль у виникненні та підтримці депресивних станів.

Основна суть психотерапевтичної роботи полягає у спільному з пацієнтом створенні ефективних способів подолання актуальних життєвих труднощів. При цьому першочергове завдання терапії – зменшити тиск симптомів, забезпечивши людину достовірною інформацією про характер та прогноз перебігу її стану. Після цього разом з пацієнтом визначають, яка з основних інтерперсональних сфер — сум, конфлікти у стосунках, зміни соціальної ролі чи дефіцити міжособистісних контактів — могла стати тригером виникнення депресивного розладу. Подальша терапевтична робота зосереджується на цих проблемах, причому у центрі бесіди стоїть виявлення та корекція емоційних і когнітивних процесів, що найбільш прямо пов'язані з кризовою ситуацією. На відміну від когнітивно-поведінкових методик, у цьому підході головним є навчання пацієнта ключовим принципам подолання труднощів, тоді як спеціальні тренінги та вправи використовуються переважно як допоміжні засоби.

Інтегративний підхід у психотерапії депресії Сучасний погляд на депресію на сьогодні дедалі частіше спирається на інтегративно-еволюційну концепцію [53,с. 69]. Згідно з нею, депресивна реакція у певних ситуаціях та за особливостей особистості може проявлятися як болісний, але захисний процес. Такий підхід дозволяє розглядати депресію не лише як наслідок конкретних причин, а як складну взаємодію біологічних, соціальних і психологічних факторів.

Навіть пацієнти з важкими депресивними станами можуть поступово відчувати полегшення та, крок за кроком, за підтримки психолога просуватися до виходу з депресії, використовуючи відповідні методи допомоги. Ті, хто перебуває у глибокій депресії з помітною загальмованістю, часто потребують медикаментозної підтримки як внутрішньо, так і парентерально.

При помірних і легких депресивних станах мислення пацієнта зазвичай менш заторможене, хоча залишається негативно забарвленим. У таких випадках ефективною стратегією є коректне, обґрунтоване спростування депресивних уявлень. Через методи на кшталт сократівського запитування психолог стимулює хворого самостійно аналізувати свої судження та приймати важливі рішення у життєвих ситуаціях.

Особливість когнітивної терапії за Беком полягає в дбайливому та уважному підході до висловлювань пацієнта. При цьому психолог не заперечує його судження, а використовує їх як вихідну точку для проведення експерименту, мета якого — формування поведінки, вільної від депресивних патернів. Активізація особистості хворого має важливе значення, оскільки на початкових етапах депресивні прояви викликають у близьких хворого співчуття, що в довгостроковій перспективі може підтримувати стійкість депресивного стану. Така поведінка не лише обмежує можливості самого пацієнта, але й впливає на активність його родини та оточення. У процесі бесіди психолог стимулює хворого до виконання щоденних завдань, що сприяє поступовому руйнуванню негативних мисленнєвих схем та поведінкових стереотипів.

Терапевтичний процес включає кілька етапів:

1. Зменшення психічного навантаження та симптоматичне полегшення

болю (переважно при типовій депресії);

2. Поступова стимуляція активності та впорядкування денного розпорядку (при легких або середньої тяжкості станах);

3. Консолідація недепресивної поведінки (коли гострі симптоми стихли);

4. Розвиток у структурі особистості рис, що протидіють повторним депресивним епізодам;

5. Корекція зовнішніх чинників, що сприяють поглибленню депресії (у разі явного біологічного ризику можливе медикаментозне втручання).

Лікування депресії не зводиться до механічних процедур або зовнішніх змін особистості. В цілому, процес терапії можна розглядати як послідовний шлях від страждання до поступового відновлення функціонування.

Як зазначав німецький психіатр та дослідник депресії Гюнтер Холе, ефективна терапія включає шість послідовних етапів, адаптованих до конкретної фази депресивного стану. Центральним у цьому процесі є увага до емоцій хворого: пацієнт повинен відчувати, що його почуття сприймаються психологом так, як він сам їх розуміє. Це створює відчуття серйозного ставлення до його переживань і допомагає приймати підтримку, сприяючи активній участі у терапевтичному процесі.

Таким чином, депресія, яку деякі фахівці відносять до психопатології, а інші — до граничних порушень, зачіпає різні аспекти психічної діяльності та залишається однією з ключових психологічних проблем сучасності. Водночас, найменше вивченим залишається саме психологічний аспект депресивних станів, що потребує подальших досліджень і розвитку методик психотерапевтичного впливу.

Сучасне розуміння психіки як багаторівневої системи дозволяє припустити, що передумови розвитку депресії формуються на основі складного поєднання численних факторів різного рівня. Практично неможливо врахувати всі особливості цього «фону», що пояснює, чому експериментально виділені параметри психічних процесів іноді виявляються недостатньо інформативними

без знання їхнього стану поза періодом депресивного епізоду.

Враховуючи особливості протікання депресивних станів, індивідуальні риси особистості, високу поширеність депресивних розладів і обмеженість теоретичних моделей щодо їх виникнення, перебігу, лікування та профілактики, постає очевидна необхідність проведення системного психологічного дослідження пацієнтів з ендogenousним типом депресії у фазі активного стану. Для повноцінного аналізу ці результати слід порівняти з даними щодо осіб без ознак депресивних розладів.

Отримане порівняння дозволяє сформувати так званий специфічний депресивний профіль, який відображає напрям і ступінь зміни психологічних характеристик особистості під час ендogenousної депресії. Такий профіль виступає показником психологічного прояву депресивного стану та одночасно дає змогу визначити ключові етапи психологічної реабілітації, що сприяє більш ефективному плануванню та оптимізації психокорекційних заходів.

Висновки до розділу 1

1. Депресивний епізод є формою психічного розладу, що проявляється рядом характерних симптомів: пригнічений настрій, зниження енергії та активності, втрата здатності отримувати задоволення, зменшення зацікавленості, труднощі з концентрацією. Пацієнти часто відчують сильну втому навіть після незначних фізичних або розумових навантажень, спостерігаються порушення сну та апетиту. Самооцінка та впевненість у власних силах зазвичай знижені, навіть при легкій формі депресії. У багатьох випадках виникають почуття провини та відчуття власної непотрібності. Інтенсивність і кількість симптомів дозволяють класифікувати депресивний епізод як легкий, середньої тяжкості або тяжкий.

2. На підставі аналізу сучасних досліджень можна стверджувати, що включення фізичних реабілітаційних програм до клінічних протоколів є обґрунтованим як для профілактики, так і для лікування психічних розладів. Результати нашого дослідження підтвердили, що додавання терапевтичних

фізичних вправ до стандартного лікування депресії підвищує якість життя пацієнтів і є ефективним інструментом терапії та профілактики. У випадку легкої та помірної депресії ефект вправ порівнянний із результатами застосування антидепресантів та психотерапевтичних методів. Для тяжких депресивних станів фізичні вправи виступають дієвою додатковою терапією, що посилює традиційне лікування. Крім того, пацієнти, які проходили стандартне стаціонарне лікування разом із терапевтичними вправами, демонстрували більш швидке покращення стану порівняно з контрольною групою.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Відповідно до поставленої мети та завдань нашого дослідження було застосовано такі підходи та методи:

1. Опрацювання наукової літератури.

За допомогою систематичного аналізу джерел ми ознайомилися з актуальними науковими та методичними матеріалами з теми дослідження та на їх основі розробили комплекс програм фізичної реабілітації для пацієнтів із клінічно підтвердженою депресією.

2. Педагогічні методи.

3. Застосовувалися традиційні педагогічні прийоми, які дозволили організувати та оцінити навчально-реабілітаційний процес.

4. Медико-біологічні та психологічні інструменти оцінки стану пацієнта:

- клінічне інтерв'ю та безпосереднє спостереження;
- стандартизована шкала SF-36 для оцінки якості життя (див. Додаток Г);
- шкала самооцінки депресії Цунга, що дозволяє визначити наявність і виразність депресивних симптомів;

- методика «Відношення цінності та доступності у різних сферах життя», яка дозволяє виявити конфліктні життєві сфери та ієрархію цінностей;

- особистісний факторний опитувальник Р. Кеттелла;
- тест кольорових виборів за методикою М. Люшера.

4. Статистична обробка даних.

Для аналізу результатів застосовувалися методи математичної статистики.

Однією з ключових задач експериментального дослідження було врахування специфіки проявів депресії, зокрема характерних ознак стану пацієнта. Відомо, що депресивний розлад ендогенного типу супроводжується

пригніченим настроєм, психомоторною та когнітивною загальмованістю, зниженням інтересів та мотивації, самооцінкою з елементами малоцінності, суїцидальними схильностями, тривожністю, ауто- та соматопсихічною деперсоналізацією, порушенням сну та апетиту, а також іншими вегетативними симптомами.

Вибираючи інструменти дослідження, ми прагнули максимально врахувати особливості психіки пацієнтів у стані депресії ендogenous походження, обираючи методики, які оптимально відображають їх психофізіологічний та психологічний стан.

По-друге, під час проведення тестування буде враховуватися емоційний та психофізіологічний стан учасника. Якщо особа з будь-яких особистісних причин відмовляється проходити заплановане обстеження, перебуває в глибокому пригніченому стані або демонструє ознаки неадекватності, проведення тесту відкладається на період, коли умови стануть більш сприятливими. Крім цього, під час тестування завданням дослідника є періодично переключати увагу респондента, що реалізується через чергування методик, збір додаткової інформації та застосування елементів психотерапевтичного впливу.

Обрані методики вирізняються такими характеристиками:

- високим рівнем достовірності та інформативності;
- компактним обсягом матеріалу для опрацювання;
- невеликою складністю виконання завдань;
- мінімальною залежністю від соціальної бажаності відповідей.

Одним із пріоритетних завдань дослідження є виявлення особливостей системи цінностей у пацієнтів із легкою та середньою депресією. Це досягається шляхом визначення опосередкованої структури ціннісної системи, що дозволяє конструювати її ієрархію без застосування багатомірного шкалювання. На підставі підрахунку кількості переваг при порівнянні цінностей у парах формується структура ціннісних орієнтацій респондента, що усуває обмеження лінійного ранжування. Для цього застосовується бланкова версія методики.

Щодо психологічної специфіки методу: по-перше, значимість кожного

поняття-цінності визначається самим учасником дослідження, а не умовами експерименту, що робить методику персоніфікованою. По-друге, за допомогою цієї методики можна дослідити не лише усвідомлені, а й приховані ціннісні пріоритети, оскільки респондент порівнює поняття в парах, а не самостійно формує їх ієрархію. Опрацювання даних відбувається через непрямі індикатори – підрахунок кількості переваг кожного поняття.

Таким чином, первісна задача побудови системи ціннісних орієнтацій трансформується для учасника у серію окремих завдань, що сприймаються як інтелектуальні вправи. Це зменшує вплив свідомого контролю над відповідями, активує емоційні та неусвідомлені компоненти поведінки і знижує кількість соціально бажаних відповідей. На основі цього можна стверджувати, що використана методика належить до проєктивних підходів у психологічному дослідженні ціннісної сфери у осіб із ендегенною депресією.

Клінічне інтерв'ю

Дослідження особистості, зокрема людей із різними психічними порушеннями, не обмежується лише тестами чи анкетами. Основою такого аналізу завжди є спостереження та бесіда. Плануючи експеримент і визначаючи стратегію подальшої роботи з учасниками, ми керувалися завданнями, поставленими у межах цього дисертаційного дослідження.

Інтерв'ю, спрямоване на виявлення певних індивідуальних особливостей, називається клінічним, спрямованим або бесідою з учасником [41, с. 18]. Воно зазвичай складається з двох етапів. Перший етап відбувається до та після проведення експериментальних процедур (тестування). На цьому етапі основною метою є встановлення довірливого контакту з респондентом, що є критично важливим для ефективності подальшого дослідження та терапевтичного впливу.

Як зазначає Блюма Вульфова Зейгарнік: «експеримент – це завжди комунікація з пацієнтом». Тому другий етап бесіди проводиться безпосередньо під час експериментальної роботи. Велике значення у цьому процесі мають невербальні прояви комунікації, тож у наших інтерв'ю будуть використані як

словесні, так і невербальні методи спілкування.

Мета клінічного інтерв'ю в рамках дослідження – оцінка ціннісних орієнтацій та мотиваційної спрямованості особистості в умовах ендогенної депресії. Така бесіда дозволяє зрозуміти, як пацієнт ставиться до свого стану, як він сприймає себе та рівень самоусвідомлення у поточний період.

Особливістю організації дослідження є делікатний підхід до оцінки поточного стану учасника з депресією. У практиці психологів і психотерапевтів рекомендується уникати прямих запитань про стан депресії та її прояви на самому початку спілкування. В нашому дослідженні ми також будемо діяти обережно, поступово підводячи респондента до розмови про його фізичне та психічне самопочуття, щоб він сам висловив свої спостереження.

Ключовим моментом є добровільна згода пацієнта на участь у дослідженні. Тому перед будь-якою процедурою ми обов'язково уточнюємо, чи комфортно респонденту відповідати на запитання методик саме в цей день. У разі відмови дослідження переноситься на більш сприятливий час, щоб не створювати додаткового стресу для учасника.

Крім того, важливо враховувати преморбідні характеристики пацієнта, тобто ті риси та особливості, які були властиві особистості до розвитку депресивного стану. Таку інформацію можна отримати з медичної документації або під час спілкування з членами родини пацієнта. Окрім цього, ми будемо аналізувати власні спостереження пацієнта щодо змін у його психічному стані та поведінці, оскільки особливо важливо зрозуміти, як людина з ендогенною депресією оцінює свій стан і можливі трансформації у різних сферах життя.

Отже, як клінічна бесіда, так і експериментальна частина дослідження будуть проводитися одночасно і взаємопов'язано, із залученням елементів психокорекційної роботи з самого початку.

Педагогічне спостереження. Під час занять з фізичної реабілітації ми здійснювали лікарсько-педагогічне спостереження для оцінки функціонального стану пацієнтів, визначення оптимального рівня фізичного навантаження та оцінки впливу занять на загальний стан організму. Такі спостереження необхідні

для коригування методів фізичної терапії, особливо у пацієнтів після мозкового інсульту.

Педагогічний експеримент. У межах дослідження був проведений педагогічний експеримент, що дозволяв оцінити ефективність введеного експериментального чинника шляхом порівняння показників у контрольній та експериментальній групах пацієнтів.

Даний експеримент відбувався у місті Миколаєві в рамках соціального проєкту, реалізованого благодійною організацією «Світлі справи» та міжнародною організацією МДМ «Лікарі світу», спрямованого на надання гуманітарної та соціальної допомоги переселенцям, постраждалим від військових дій унаслідок російської агресії. У проведенні дослідження брали участь волонтери, лікарі різних спеціальностей, зокрема психотерапевти та психіатри, медсестри, а також команда психологів і фахівців з фізичної реабілітації, об'єднаних у мультидисциплінарну реабілітаційну групу.

У будь-якому дослідженні особистості, зокрема під час експерименту та клінічної бесіди, обов'язковим елементом є спостереження за поведінкою пацієнта.

Типовий набір ознак ендогенної депресії включає пригнічений, сумний або тужливий настрій, психомоторну загальмованість, зниження рівня зацікавленості та активності, почуття власної неповноцінності, схильність до суїцидальних думок, тривожність, прояви ауто- та соматопсихічної деперсоналізації, порушення режиму сну, втрату апетиту та ряд інших соматичних симптомів.

Аналізуючи поведінкові прояви пацієнта в депресивному стані, можна оцінити тяжкість депресивного розладу, стадію його розвитку (наприклад, депресивну або маніакальну фазу при біполярному розладі, добові коливання настрою), а також характер та міцність соціальних контактів із близькими й знайомими. Спостереження дозволяє з'ясувати, наскільки пацієнт взаємодіє з іншими пацієнтами в лікувальному закладі, оцінити рівень моторної активності та психічної адекватності.

У процесі спостереження ми будемо приділяти увагу тим аспектам поведінки, які безпосередньо впливають на взаємодію: хода, погляд, поза тіла, міміка, а також мовленнєві прояви — репліки, впевненість у мовленні, спрямованість уваги. Оскільки час безпосередньої роботи з пацієнтом обмежений, важливе значення матимуть додаткові джерела інформації — дані з історій хвороби та свідчення медичного персоналу закладу. Зібрана інформація про поведінку дозволить скласти комплексну картину психофізіологічного та соціального стану пацієнта на момент проведення дослідження.

Оцінка якості життя за допомогою інструменту SF-36

Опитувальник SF-36, відомий як «Ваше здоров'я та самопочуття», використовується для оцінки різних аспектів якості життя. Питання анкети спрямовані на з'ясування суб'єктивного сприйняття пацієнтом власного здоров'я, фізичного та емоційного стану, а також здатності справлятися із повсякденними обов'язками. Учасники просяться вибрати відповіді, що найбільш точно відображають їхні відчуття та переживання.

Варто зазначити, що оцінка якості життя є надзвичайно індивідуальною. Тому встановлення єдиних нормативів або «стандартних» значень якості життя не є доцільним. SF-36 не має критичних або нормативних порогів, проте дозволяє порівнювати показники всередині конкретної людини чи групи. У межах шкал, значення 0% відображає максимально низький рівень якості життя, тоді як 100% відповідає оптимальному функціонуванню та задоволеності.

Високі бали за опитувальником свідчать про кращу якість життя. Якщо SF-36 використовується у клінічних оцінках, важливо обговорити результати з пацієнтом та з'ясувати, яке значення вони мають саме для нього. Два пацієнти можуть мати однакові бали, але відчувати свій стан зовсім по-різному. У випадку динамічного спостереження, збільшення балів сигналізує про покращення якості життя.

Анкета охоплює вісім шкал, де вищі показники означають кращий стан:

- фізичне функціонування (Physical Functioning – PF);
- рольове функціонування через фізичний стан (Role-Physical – RP);

- інтенсивність больових відчуттів (Bodily Pain – BP);
- загальний стан здоров'я (General Health – GH);
- життєва енергійність (Vitality – VT);
- соціальна активність (Social Functioning – SF);
- рольове функціонування через емоційний стан (Role-Emotional – RE);
- психологічне здоров'я (Mental Health – MH).

Ці шкали групуються у два основні компоненти: фізичний (PH – Physical Health) та психологічний (MH – Mental Health), що дозволяє комплексно оцінювати стан здоров'я пацієнта.

Шкала Цунга є компактним і зручним інструментом, призначеним для кількісного та якісного оцінювання наявності депресивного розладу та його інтенсивності. Вона ідеально відповідає цілям і завданням дослідження, що необхідне для підтвердження депресивного стану та визначення його виразності на момент обстеження [22, с. 4].

Перший варіант шкали був створений у Великій Британії і пізніше адаптований більш ніж на 30 мов. Основою інструменту є самооцінка пацієнта щодо власного психоемоційного стану. Розробка шкали спиралася на діагностичні критерії депресії та результати клінічних спостережень, що дозволило вдосконалити формулювання запитань. Внесок у створення методики зробили науковці Грінкер, Оверолл та Фрідман, котрі досліджували симптоми порушень настрою.

Факторний аналіз, проведений для шкали, виділив сім основних компонентів: емоційне виснаження, порушення настрою, загальні соматичні прояви, психомоторні ознаки, суїцидальні думки, а також показник „дратівливість–нерішучість”. Структура методики досить проста та включає 20 пунктів (Додаток А), де деякі твердження відображають наявність симптомів (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19), а інші – їхню відсутність (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Під час заповнення анкети досліджуваний позначає відповідні варіанти

(„ніколи”, „іноді”, „часто”, „завжди”), які, на його думку, найточніше описують його стан у момент тестування. Методика пройшла валідацію на пацієнтах із депресивними розладами в умовах амбулаторного та стаціонарного лікування, а її зовнішня валідність підтверджена клінічними даними та результатами факторного аналізу.

Шкала Цунга демонструє порівняльну валідність із іншими методиками оцінки депресії: шкалою Гамільтона, тестом Бека, анкетною Любіна та багатофакторним особистісним опитувальником Міннесоти (MMPI). Чутливість інструменту підтверджується аналізом змін у показниках пацієнтів із депресивним і нормальним психічним станом до та після терапевтичного втручання, а також у різних групах за віком, статтю, расовою належністю, рівнем освіти та соціально-економічним статусом.

Методика „Співвідношення цінності та доступності життєвих сфер”

Запропонована методика була розроблена О. Б. Фанталовою на основі гіпотези про можливу різницю у рівні узгодженості мотиваційних структур у людей з гіпертонічною хворобою (як приклад психосоматичного розладу) порівняно з пацієнтами, що страждають на симптоматичну артеріальну гіпертонію (непсихосоматичне захворювання), а також зі здоровими особами. У цьому методичному підході використовуються так звані „термінальні цінності”, сформульовані Мілтоном Рокічем, адаптовані для використання у вітчизняних дослідженнях, а також модифікована техніка попарного порівняння цих цінностей [37, с. 119].

Процедура проведення дослідження передбачає наступне. На спеціально підготовленому бланку з інструкцією (Додаток Б.1) учаснику пропонується 12 понять-цінностей, що охоплюють різні аспекти життєвого досвіду:

1. активне та насичене життя;
2. відсутність проблем зі здоров'ям фізичного та психічного характеру;
3. наявність цікавої, стимулюючої роботи;
4. здатність насолоджуватись красою природи та мистецтва;
5. кохання у формі емоційної та фізичної близькості;

6. матеріальне забезпечення та відсутність фінансових труднощів;
7. надійні та вірні дружні стосунки;
8. внутрішня впевненість та відсутність сумнівів у собі;
9. прагнення до знань і розвиток інтелекту;
10. свобода в діях та рішеннях;
11. щасливі стосунки у сім'ї;
12. можливість творчої самореалізації.

Учасник дослідження виконує попарне порівняння запропонованих цінностей на спеціальних матрицях у два етапи: перший раз оцінюється „цінність” кожного поняття для особистості, другий — „доступність”, тобто реальність наявності цих цінностей у його житті (Додатки Б.2 та Б.3).

Після цього підраховують, скільки разів кожна цінність виявилась більш значущою у категорії „цінність” (Ці) та у категорії „доступність” (Ді) для кожного учасника окремо. Дані записуються у відведеному для цього місці на бланку. На основі отриманих результатів розраховується інтегральний показник методики, що визначається як сума модулів розбіжностей між оцінками всіх дванадцяти цінностей, що дозволяє кількісно відобразити дисонанс між важливістю та реальною наявністю цінностей у житті досліджуваного:

$$R = \sum_{i=1}^n |Ц\ i - Д\ i| \quad (2.1)$$

де i позначає порядковий номер цінності на бланку та в інструкції.

У нашому випадку, коли $n = 12$, теоретичні межі індексу розбіжності варіюють від 0 до 72. Значення «0» означає повне співпадіння оцінок «цінність» і «доступність», тобто відсутність будь-яких розбіжностей у мотиваційній сфері досліджуваного; суб'єктивно це можна сформулювати як: «те, що я вважаю цінним, збігається з тим, що реально доступне». Навпаки, при значенні «72» графіки за «цінністю» та «доступністю» максимально протилежні, що свідчить про повну невідповідність між бажаним і наявним («Те, що для мене важливе, відсутнє, а те, що присутнє, не має значення»). Значна різниця між показниками

«цінність» і «доступність» у конкретній сфері, коли $C_i > D_i$, свідчить про наявність внутрішнього конфлікту у цій сфері.

Інтегральний показник розбіжності «цінність-доступність» (R) відображає глибину, не завжди усвідомленого, занурення особистості у власні внутрішні протиріччя, ступінь суб'єктивного дискомфорту та внутрішньої незадоволеності.

Таким чином, методика «Співвідношення цінності та доступності у різних життєвих сферах» дозволяє визначити ієрархічну структуру цінностей та реальну наявність життєвих ресурсів у досліджуваних, оцінити рівень узгодженості чи дисбалансу в різних сферах життя кожного індивідуально та групи загалом, а також порівняти ці показники між контрольними та експериментальними вибірками, що включають хворих і здорових учасників.

Методика кольорових виборів Макса Люшера

Тест Люшера дозволяє оцінити актуальний емоційний стан досліджуваного на момент тестування, а також виявити приховані тенденції у спрямованості особистості та її ставленні до власного теперішнього стану. Зокрема, методика дає змогу встановити, чи бажає людина активно змінити свій стан або ж перебуває у стані пасивного прийняття депресивного настрою, відчуючи небажання чи неможливість змінити власне життя.

Обстеження за допомогою цієї методики передбачає психологічну інтерпретацію порядку розташування кольорів, обраних суб'єктивно учасником, з урахуванням сучасних уявлень про психологічну «структуру» та «функції» кольорів. При цьому особлива увага приділяється ключовим позиціям у розташуванні основних та додаткових кольорів.

Додатково, аналіз включає визначення рівня тривожності (A), коефіцієнта вегетативного тону (KB, за методикою К. Шипоша) та оцінку працездатності через взаємне розташування трьох основних кольорів – зеленого (2), червоного (3) і жовтого (4), які формують так звану «робочу групу».

Інтенсивність тривожності (A) визначається сумою позначок «!» у протоколі, що залежить від порядку основних кольорів, їхнього відхилення від позицій №1–3 та переваги додаткових кольорів на провідних місцях, і

порівнюється з нормативними значеннями ($N = 0-2$). Максимальне значення коефіцієнта тривожності може досягати 12 ($A = 12$).

Коефіцієнт вегетативного тону (KB) обчислюється на основі переваги конкретного кольору та його порядкового розташування у виборі, відповідно до визначеної формули:

$$KB = \frac{18 - (p3 + p4)}{18 - (p1 + p2)} \quad (2.2)$$

де $p1, p2, p3, p4$ – це позиції в колірному ряді, які відповідають визначеним кольоровим зразкам (синьому, зеленому, червоному та жовтому).

В сучасних психофізіологічних підходах коефіцієнт вегетативного тону дозволяє визначити домінування анаболічних процесів (тенденція до відновлення та накопичення енергії) або ерготропних процесів (потреба у витраті енергії) у системі вегетативної регуляції. У нормальному стані KB прагне до одиниці ($KB \approx 1$). Значення коефіцієнта вище одиниці вказує на перевагу ерготропного тону, що проявляється у підвищеній потребі у фізичній чи психічній активності. Якщо KB менше одиниці, це свідчить про трофотропний тонус – стан зниженого рівня енергії, схильності до економії сил та відновлення ресурсів.

16-факторний особистісний опитувальник Кеттелла (16-ФОО) сьогодні широко застосовується для дослідження індивідуальних особистісних відмінностей [34, с. 36]. Методика відноситься до інструментів психологічної діагностики, які базуються на самооцінці досліджуваного. Використання цього опитувальника дозволяє швидко отримати комплексну характеристику стабільних рис особистості, що відповідає цілям нашого дослідження, а також дає можливість порівняти індивідуальні показники між учасниками експериментальної та контрольної груп.

Опитувальник Р. Кеттелла створений на основі фундаментальних психологічних досліджень та включає три типи даних:

1. L-дані – фактичні відомості про поведінку людини у повсякденному

житті, зазвичай отримані через оцінювання спостережуваної поведінки;

2. Q-дані – відомості, отримані шляхом самооцінки через опитувальники та анкетування;

3. дані об'єктивних тестів – результати експериментів і стандартизованих методик.

Судження, що увійшли до фінальної версії опитувальника, були відібрані після аналізу тисяч характеристик, проведення трьох факторних аналізів у різних групах учасників та експертної перевірки. Вони визнані найбільш точними та релевантними для визначення конкретних факторів особистості. Тому під час використання цього опитувальника нами не передбачене переформулювання суджень, щоб зберегти їхню психометричну достовірність і точність отриманих результатів.

У нашому дослідженні 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла застосовується для виявлення характерних особливостей особистості у людей з ендегенною депресією та здорових учасників. Ця методика є стандартизованим інструментом для дорослих (віком від 15 років) з мінімальним рівнем освіти 5 класів, що дозволяє охопити широкий спектр вікових та освітніх категорій.

Процедура передбачає заповнення бланка з набором суджень та інструкцією для респондента (додаток В). Перед початком тестування учасникам рекомендується ознайомитися з інструкцією, у якій акцентується на необхідності ширих і швидких відповідей на всі твердження.

Результати опитування дозволяють оцінити основні риси особистості за 16 незалежними психологічно значущими факторами, визначеними Кеттеллом:

1. А – „товариськість / замкнутість”;
2. В – „обмеженість / кмітливість мислення”;
3. С – „емоційна стабільність”;
4. Е – „незалежність / підлеглість”;
5. F – „турботливість / безтурботність”;
6. G – „виразність «Я» / безпринципність”;
7. Н – „сміливість / боязкість”;

8. J – „покірність / жорстокість”;
9. L – „підозрілість / довірливість”;
10. M – „непрактичність / практичність”;
11. N – „гнучкість / прямолінійність”;
12. O – „тривожність / спокій”;
13. Q1 – „радикалізм / консерватизм”;
14. Q2 – „самотійність / сугестивність”;
15. Q3 – „високий / низький самоконтроль”;
16. Q4 – „напруженість / розслабленість”.

Оцінка кожного параметру проводиться шляхом підрахунку відповідей, розташованих по всьому бланку. Підсумковий бал для кожного фактору фіксується на бланку у відповідності з латинською позначкою. Максимальна можлива оцінка за фактор не перевищує 12 балів.

Обробка даних передбачає присвоєння кожній відповіді (а – так, б – невпевнено, в – ні) певної кількості балів, які згодом трансформуються у стандартні значення (стени). Це дозволяє порівняти індивідуальні результати з середніми показниками групи і зробити висновки про особливості особистісної структури кожного досліджуваного.

Для об'єктивного аналізу явищ та процесів, що досліджувалися, застосовувалися статистичні методи, які забезпечили систематизацію, обробку отриманих даних та достовірність їхньої інтерпретації.

Всі експериментальні дані, отримані у ході дослідження, були оброблені з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики для обчислення середніх величин. За допомогою цих методів визначали такі показники, як середнє арифметичне (M) та стандартну похибку середнього ($\pm m$).

Для порівняння середніх значень між групами використовувався t-критерій Стьюдента, що дозволяв оцінити достовірність виявлених відмінностей. Рівень статистичної значущості приймався на рівні не менше $p < 0,05$.

2.2. Етапи наукового дослідження

Виходячи з мети нашого дослідження та ґрунтуючись на ретельному аналізі наукової літератури за темою, усю роботу з виявлення специфіки мотиваційної сфери та ціннісних орієнтацій у осіб із клінічною депресією було структуровано у дев'ять послідовних етапів.

Етапи експериментальної роботи

1. Організаційне погодження. На цьому етапі проводиться бесіда з завідувачем відділення або лікарем, який відповідає за лікування пацієнтів, щодо підбору потенційних учасників дослідження — осіб, що перебувають на стаціонарному або амбулаторному лікуванні з депресивним розладом. Вибірка виключає пацієнтів із глибокою депресією та високим ризиком суїциду, хворих на біполярний розлад у маніакальній фазі, а також людей із значними інтелектуальними порушеннями (наприклад, олігофренія).

2. Ознайомлення з медичною документацією. На цьому етапі аналізуються історії хвороби обраних учасників експериментальної групи. Якщо доступ до історій хвороб обмежений, необхідну інформацію отримують від лікарів, які безпосередньо спостерігають пацієнтів. Основна увага приділяється даті початку захворювання, причинним факторам, що сприяли виникненню депресії, а також характеру перебігу розладу. Додатково збираються дані про особливості професійної діяльності, працездатність, вік, стать, освіту та спосіб життя досліджуваних.

3. Спостереження за поведінкою в клінічних умовах. Присутність лікаря під час бесід дозволяє оцінити особливості взаємодії пацієнтів із медичним персоналом, їх поведінку, ставлення до діагностичних і терапевтичних процедур, що сприяє формуванню експериментальної групи.

4. Встановлення контактів з пацієнтами. Початкове спілкування з досліджуваними відбувається на загальні теми про життя та інтереси, що дозволяє створити довірливу атмосферу. Бесіда проводиться у ненав'язливому режимі та обмежена за часом, щоб не виснажувати пацієнта і забезпечити

готовність до подальшої співпраці.

5. Попереднє тестування. Цей етап включає більш цілеспрямовану бесіду з елементами психокорекції. Мета — підтвердити наявність депресивної фази у пацієнтів із депресивним розладом ендогенної етіології саме на момент проведення дослідження, враховуючи добові коливання настрою та можливі зміни загального стану протікання захворювання.

Підтвердження наявності виразної депресивної симптоматики на момент проведення тесту Цунга дає підстави для включення пацієнта до експериментальної групи та продовження його участі у дослідженні. Разом із тим, ми не ігноруємо тих учасників, у яких за результатами тесту симптоми депресії проявляються менш яскраво. З ними буде продовжено роботу у форматі психокорекційних заходів, включно з клінічною бесідою, а за необхідності (наприклад, рекомендація лікаря або цікавий клінічний випадок) вони можуть брати участь і в наступних етапах експерименту. Однак дані таких осіб не будуть враховані у фінальній статистичній обробці експериментальної групи.

1. Основне тестування. Ключовий етап дослідження спрямований на виявлення особливостей ціннісної сфери, мотиваційних орієнтацій, емоційних проявів та індивідуальних рис пацієнтів із депресивними розладами. Як і на попередніх етапах, процес розпочинається з бесіди, яка проводиться без тривалих пауз між процедурами. Важливо уважно спостерігати за поведінкою досліджуваного під час тестування, від дрібних деталей — допомоги у прочитанні слова чи фрази, до пояснення значення термінів. Також необхідно забезпечити періодичне переключення уваги з тесту на бесіду, щоб уникнути перевтоми та зниження концентрації.

2. Обробка результатів. Після завершення тестування проводиться підрахунок балів кожного учасника, застосовуються відповідні формули для розрахунків, а фінальна обробка результатів виконується за допомогою комп'ютерної програми SPSS (версія 10) із використанням методів математичної статистики.

3. Аналіз даних. На цьому етапі здійснюється систематизація

отриманих показників, підбиття підсумків та виявлення закономірностей розподілу цінностей для кожного учасника та групи в цілому. Визначаються особливості мотивації та характер особистісних проявів, проводиться порівняльний аналіз між експериментальною та контрольною групами, а також встановлюються можливі кореляційні зв'язки між показниками.

4. Оптимізація терапії. Завершальний етап передбачає визначення потенційних напрямів поліпшення лікувального процесу пацієнтів із депресією, зокрема шляхом застосування комплексу фізичної терапії, який включає дихальну гімнастику, дозовану ходьбу та скандинавську ходьбу.

2.3. Характеристика вибірки

Обстеження осіб із депресивними порушеннями здійснювалося на базі міста Чернівці за участі Чернівецького міського центру соціальних служб. У реалізації дослідження брали участь волонтери, а також фахівці різних медичних напрямів, зокрема лікарі, психологи, психотерапевти та психіатри.

Основним завданням даної наукової роботи було визначення психологічних особливостей осіб, які страждають на депресію, а також оцінка рівня їхньої якості життя. Отримані результати планувалося інтегрувати у комплексні програми психічної реабілітації з метою сприяння відновленню психоемоційного стану, пришвидшенню процесу одужання та покращенню якості життя пацієнтів шляхом застосування психологічних терапевтичних підходів. Реалізація цього завдання забезпечувалася поєднанням дослідницької програми, спрямованої на вивчення ціннісно-мотиваційної сфери осіб із депресією, з загальною лікувально-реабілітаційною моделлю допомоги людям із депресивними розладами. Усі учасники проходили психодіагностичне обстеження за участі психолога та лікаря-психіатра з метою підтвердження наявності депресії та визначення ступеня її вираженості.

Загальна кількість обстежених осіб склала 58 пацієнтів із встановленим діагнозом депресивного розладу.

Дослідження реалізовувалося поетапно.

На першому етапі було здійснено аналіз актуальних наукових джерел з обраної проблематики, сформульовано мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, розроблено програму дослідження, опановано необхідний методичний інструментарій та підготовлено перший розділ магістерської роботи.

Другий етап передбачав проведення психологічного експерименту, спрямованого на визначення функціонального стану осіб із депресивними розладами. Отримані емпіричні дані оброблялися з використанням методів математичної статистики.

На третьому етапі здійснювався аналіз результатів дослідження, їх узагальнення та формулювання підсумкових висновків.

У структурі вибірки жінки становили 30 осіб (51,7%), чоловіки — 28 осіб (48,3%). Середній вік обстежених із депресивними проявами складав $41,5 \pm 0,3$ року, що узгоджується з науковими даними, відповідно до яких найбільш поширений вік розвитку депресії знаходиться в межах від 30 до 55 років.

У 14 осіб (24,1%) було діагностовано депресивний розлад у поєднанні з адаптаційними порушеннями. Серед інших діагностичних категорій: легкий ступінь депресії спостерігався у 20 осіб (34,4%), депресія середнього ступеня — у 17 осіб (29,3%), а стан гострого стресу було виявлено у 7 осіб (12,1%).

Щодо освітнього рівня, то 26 учасників дослідження (44,8%) мали вищу освіту, 25 осіб (43,1%) — середню або середню спеціальну освіту, а 7 осіб (12,1%) на момент проведення тестування перебували на етапі здобуття вищої освіти.

У таблицях 2.1, 2.2, 2.3 та 2.4 наведено узагальнені характеристики осіб із депресивними розладами. При аналізі враховувалися клінічний діагноз, форма перебігу депресії, вік на момент дебюту захворювання та на час проведення дослідження, стать, рівень освіти й працездатність обстежених.

Характеризуючи експериментальну групу пацієнтів із депресивним розладом у фазі загострення, слід зазначити, що серед 14 осіб цієї групи 8 (57,1%)

були жінками, а 6 (42,9%) — чоловіками. На момент дослідження 5 осіб (35,7%) здійснювали трудову діяльність, тоді як 9 осіб (64,3%) не працювали з різних причин, зокрема через вихід на пенсію, відсутність можливості або мотивації до працевлаштування.

Таблиця 2.1

Характеристика респондентів з розладами адаптації та депресивними розладами (n = 14)

Респонденти	Вік, з якого почалося захворювання	Форма протікання депресії	Працездатність на даний час	Освіта
М., 62 р., чол.	45	хронічна	не працює	вища
С., 32 р., жін.	26	хронічна	працює	середня
А., 37 р., жін.	30	хронічна	працює	середня
Д., 55 р., чол.	44	хронічна	не працює	середня спеціальна
Г., 62 р., жін.	31	гостра	не працює	середня спеціальна
О., 40 р., чол.	32	хронічна	не працює	вища
І., 37 р., жін.	28	хронічна	працює	середня
Р., 33 р., жін.	26	хронічна	працює	середня
Ж., 63 р., чол.	45	хронічна	не працює	вища
О., 63 р., чол.	37	хронічна	не працює	вища
Л., 24 р., жін.	24	гостра	не працює	незакінчена вища

Продовження таблиці 2.1

Н., 36 р., жін.	30	хронічна	працює	середня
В., 59 р., чол.	48	хронічна	не працює	вища
М., 25 р., жін.	5	гостра	не працює	середня

Серед обстежених осіб п'ятеро (37,5%) мали завершену вищу освіту, одна особа (7,1%) перебувала на етапі здобуття вищої освіти, шестеро респондентів (42,9%) отримали загальну середню освіту, ще двоє (14,3%) мали диплом про середню спеціальну освіту.

Середній віковий показник учасників дослідження з установленим діагнозом біполярного розладу в депресивній фазі становив $44,9 \pm 0,4$ року.

На момент проведення психодіагностичного обстеження у 11 осіб із 14 (78,5%) було зафіксовано активні прояви депресивного розладу.

Аналізуючи групу досліджуваних із депресією легкого ступеня тяжкості, слід зазначити, що до її складу увійшло 17 осіб, серед яких переважали чоловіки — 12 респондентів (70,5%), тоді як жінки становили 5 осіб (29,5%). Усі представники цієї групи на період проведення дослідження не були залучені до трудової діяльності, що було зумовлено втратою можливості працювати внаслідок вимушеного переселення та істотних змін умов і способу життя.

За рівнем освіти обстежена вибірка розподілилася таким чином: диплом про завершену вищу освіту мали шість осіб (35,3%), один респондент (5,9%) перебував на стадії здобуття вищої освіти, семеро учасників дослідження (41,1%) закінчили заклади середньої спеціальної освіти, тоді як троє осіб (17,6%) отримали лише загальну середню освіту. Середній віковий показник обстежених становив $38,4 \pm 0,3$ року.

Аналіз складу експериментальної групи з клінічним діагнозом депресивного розладу легкого ступеня свідчить, що з двадцяти залучених пацієнтів більшість становили жінки — 11 осіб (55%), тоді як чоловіки складали 9 осіб (45%).

Таблиця 2.2

Характеристика респондентів з депресією легкого ступеню (n = 17)

Респонденти	Вік, з якого почалося захворювання	Форма протікання депресії	Працездатність на даний час	Освіта
О., 21 р., жін.	10	гостра	не працює	середня
Н., 40 р., чол.	26	хронічна	не працює	вища
Я., 39 р., чол.	30	хронічна	не працює	середня спеціальна
Т., 26 р., жін.	6	гостра	не працює	середня
І., 43 р., чол.	33	хронічна	не працює	вища
Н., 44 р., чол.	31	хронічна	не працює	вища
О., 20 р., чол.	6	хронічна	не працює	середня спеціальна

Р., 41 р., чол.	36	хронічна	не працює	середня спеціальна
П., 47 р., чол.	32	хронічна	не працює	вища
Д., 22 р., чол.	22	гостра	не працює	середня
М., 19 р., жін.	18	гостра	не працює	незакінчена вища
В., 61 р., жін.	30	гостра	не працює	середня спеціальна
О., 50 р., чол.	29	хронічна	не працює	середня спеціальна
В., 41 р., чол.	33	хронічна	не працює	вища
К., 53 р., чол.	37	хронічна	не працює	середня спеціальна
В., 43 р., чол.	28	хронічна	не працює	вища
Т., 43 р., чол.	31	хронічна	не працює	середня спеціальна

На момент проведення дослідження лише вісім респондентів (40%) були залучені до професійної діяльності, тоді як дванадцять осіб (60%) не мали можливості працювати, що було обумовлено вимушеним переселенням та істотною зміною життєвих умов і способу життя.

Таблиця 2.3

Характеристика респондентів з депресією середнього ступеня (n = 20)

Респонденти	Вік, з якого почалося захворювання	Форма протікання депресії	Працездатність на даний час	Освіта
Н., 52 р., жін.	42	хронічна	не працює	вища
Л., 45 р., жін.	40	хронічна	не працює	вища
О., 22 р., чол.	16	хронічна	не працює	незакінчена вища
А., 44 р., чол.	27	хронічна	не працює	вища
Д., 22 р., чол.	14	хронічна	працює	незакінчена вища
К., 43 р., жін.	32	хронічна	працює	вища
Н., 55 р., жін.	41	хронічна	працює	вища

В., 25 р., чол.	20	хронічна	працює	вища
М., 43 р., чол.	37	хронічна	працює	вища
Л., 27 р., чол.	23	хронічна	не працює	незакінчена вища
Д., 41 р., жін.	34	хронічна	не працює	вища
Г., 43 р., жін.	38	хронічна	працює	вища
А., 39 р., жін.	31	хронічна	працює	вища
О., 52 р., жін.	46	хронічна	не працює	вища
К., 39 р., жін.	32	хронічна	працює	вища
П., 55 р., жін.	49	хронічна	не працює	вища
Т., 42 р., чол.	36	хронічна	працює	вища
Н., 20 р., чол.	17	хронічна	не працює	середня спеціальна
Ф., 24 р., жін.	17	хронічна	не працює	середня
В., 45 р., чол.	29	хронічна	працює	вища

Освітній рівень учасників із депресивним розладом середнього ступеня характеризувався переважанням вищої освіти: п'ятнадцять осіб (75%) мали завершену університетську підготовку. Ще троє респондентів (15%) перебували на етапі здобуття вищої освіти, тоді як по одному учаснику (по 5%) мали загальну середню або середню спеціальну освіту. Середній вік обстежених пацієнтів цієї підгрупи становив $38,9 \pm 0,5$ року.

Аналіз статевого складу експериментальної вибірки з депресією середнього рівня тяжкості показав суттєву перевагу жінок: із семи залучених пацієнтів шість осіб (85,7%) були жіночої статі, тоді як лише один учасник (14,3%) — чоловічої. На момент проведення дослідження більшість респондентів цієї групи не були зайняті професійною діяльністю — п'ять осіб (71,4%) у зв'язку з навчанням, виходом на пенсію або відсутністю реальної можливості працевлаштування. Водночас двоє пацієнтів (28,6%) змогли адаптуватися до нових умов проживання та відновити трудову активність за новим місцем перебування.

Таблиця 2.4.

Характеристика респондентів з станом гострий стрес/горе ($n = 7$)

Хворі	Вік захворю вання	Форма протікання стресу	Працездатніс ть на даний час	Освіта
Н., 20 р., чол.	16	гострий	не працює	середня спеціальна
Л., 20 р., жін.	0	гострий	не працює	незакінчена вища
Н., 63 р., жін.	54	гострий	не працює	середня спеціальна
П., 61 р., жін.	48	гострий	не працює	середня спеціальна
А., 23 р., жін.	22	гострий	не працює	незакінчена вища
К., 58 р., жін.	50	гострий	працює	середня спеціальна
Г., 62 р., жін.	49	гострий	працює	середня спеціальна

Більшість учасників експериментальної вибірки — п'ять осіб (71,4%) — завершили навчання у середніх навчальних закладах та здобули середню спеціальну освіту, тоді як двоє респондентів (28,6%) перебували на етапі здобуття вищої освіти, не завершивши її на момент обстеження. Середній віковий показник осіб із діагнозом гострий стресовий розлад / реакція горя становив $43,9 \pm 0,2$ року.

Контрольну вибірку даного дослідження також було сформовано з числа внутрішньо переміщених осіб, однак у цих респондентів не було виявлено ні депресивних порушень, ні клінічно підтверджених форм депресії. Враховуючи наявність у наукових джерелах суперечливих результатів щодо ролі вікових чинників у формуванні мотиваційної спрямованості та системи цінностей, нами додатково було проведено психологічне тестування групи психічно здорових осіб, які раніше не мали діагностованих психічних розладів. До цієї групи увійшло 55 респондентів (29 чоловіків і 26 жінок), середній вік яких становив $42 \pm 0,4$ року.

Порівняльний аналіз результатів, отриманих у підгрупах молодших та

старших учасників контрольної вибірки, не виявив суттєвих розбіжностей у структурі ціннісних ієрархій та рівнях доступності життєвих цінностей. Це дозволяє розглядати зазначені підгрупи як однорідні. Таким чином, вікові відмінності у системі цінностей, індивідуально-психологічних характеристиках та актуальному емоційному стані серед представників контрольної вибірки зафіксовані не були.

Висновки до розділу 2

З метою зменшення впливу фактору соціальної бажаності під час обстеження психічно здорових осіб було дотримано низки умов. Передусім участь у дослідженні мала виключно добровільний характер, без будь-якого тиску з боку дослідників, медичних працівників чи близького оточення. Крім того, респонденти були особисто зацікавлені у отриманні достовірної інформації, оскільки результати обстеження повідомлялися та детально пояснювалися кожному учаснику.

Аналіз еволюції емпіричних підходів до вивчення ціннісної сфери особистості зумовив необхідність обрання базової методики, яка б забезпечувала достатній рівень інформативності та відповідала завданням дослідження. З огляду на це, у роботі було використано методику О. Б. Фанталової «Рівень співвідношення “цінності” та “доступності” у різних життєвих сферах», яка, на нашу думку, найбільш повно узгоджується з метою та логікою даного експериментального дослідження.

На основі детального аналізу результатів попередніх емпіричних досліджень, присвячених мотиваційній спрямованості та ціннісним орієнтаціям як психічно здорових осіб, так і пацієнтів із депресивними розладами, із значної кількості наявних психодіагностичних методик було відібрано ті, які найбільш адекватно дозволяють виявити специфічні особливості ціннісної сфери, мотиваційних установок та особистісних характеристик осіб із депресією ендогенного походження відповідно до теми, мети й завдань дослідження.

Крім того, структурувавши весь дослідницький процес на дев'ять

послідовних і логічно взаємопов'язаних етапів, ми отримали можливість цілеспрямовано керувати процедурою виявлення ключових характеристик ціннісної та мотиваційної сфер, індивідуально-особистісних рис і емоційних проявів осіб із ендogenous депресією шляхом поєднання психодіагностичних методик, аналізу анамнестичних даних, клінічної бесіди та систематичного спостереження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

3.1. Аналіз системи цінностей, мотиваційних орієнтацій та індивідуально-психологічних особливостей у осіб із депресивними розладами

Для реалізації поставленої мети та розв'язання дослідницьких завдань необхідним є виявлення, зіставлення й інтерпретація ієрархічних структур життєвих цінностей і їх суб'єктивної досяжності, а також аналіз ціннісних орієнтацій і мотиваційних установок у осіб із депресивними розладами у порівнянні з людьми, які на момент обстеження не мали депресивної симптоматики й раніше не стикалися з депресією, тобто з психічно здоровою вибіркою.

Дослідження особистісних особливостей при депресивних станах передбачає окреслення системи змінних, що виступають як ключові індивідуально-психологічні детермінанти.

У результаті проведеного дослідження стає можливим виявлення низки характерних закономірностей у представників експериментальної групи, а саме: специфіки ранжування життєвих цінностей за рівнем суб'єктивної значущості на поточному етапі життя; структури доступності цих цінностей; наявності внутрішніх конфліктів у різних життєвих сферах, що визначаються показником розбіжності між цінністю та доступністю; а також особливостей розподілу переваг за зазначеними параметрами.

Поглиблений аналіз ієрархічної організації цінностей у осіб, які перебували у стані депресії під час тестування, дозволяє розкрити специфіку їх внутрішнього переживання, виявити закономірності мотиваційної спрямованості або її недостатньої сформованості, а також надати психологічне

пояснення встановленим особистісним характеристикам.

Таблиця 3.1

Ієрархія цінностей осіб з депресією (n = 58)

Поняття-цінність	%
Щасливе сімейне життя	13,8
Здоров'я	12,1
Впевненість у собі	10,3
Наявність вірних друзів	10,3
Свобода як незалежність у вчинках та діях	10,3
Кохання	8,6
Пізнання	6,9
Цікава робота	5,2
Активне, діяльне життя	3,4
Творчість	5,2
Краса природи та мистецтва	1,7
Матеріальне забезпечене життя	12,1

Аналіз ієрархії життєвих цінностей у осіб із депресивними розладами засвідчив, що домінуюче місце у їхній системі значущих орієнтирів посідає цінність, пов'язана з благополуччям родини, а саме — уявлення про щасливе сімейне життя. Згідно з отриманими результатами, саме цей життєвий пріоритет був обраний як найважливіший вісьмома учасниками експериментальної вибірки, що становить 13,8% від загальної кількості обстежених осіб із депресією. Високий рівень значущості сімейної сфери можна пояснити специфікою міжособистісних стосунків у родині хворого: близьке оточення, усвідомлюючи складність емоційного стану людини, як правило, намагається забезпечити їй підвищену увагу, турботу та підтримку. За відсутності відчуття соціальної ізоляції в межах родини представники експериментальної групи схильні надавати пріоритет саме цій формі емоційної опори, що й відображається у структурі їхніх ціннісних орієнтацій.

Друге місце в ієрархічному розподілі цінностей посідає здоров'я, якому надали першочергове значення семеро досліджуваних, що відповідає 12,1% вибірки. Така позиція даної цінності може свідчити про суб'єктивне

переживання виснаження, дефіциту внутрішніх ресурсів і відчуття недостатності сил для подолання наявного психоемоційного стану. Водночас варто зазначити, що частина респондентів не ідентифікує себе як хворих у повному розумінні цього слова, що вказує на часткове заперечення або знецінення власного розладу.

Третю позицію в системі життєвих пріоритетів займає матеріальна стабільність, якій надали перевагу також семеро осіб (12,1%). Актуалізація цієї цінності може бути зумовлена складною соціально-економічною ситуацією більшості учасників експериментальної групи, адже значна їх частина — 41 особа, що становить 70,7% вибірки, — перебувала у стані тимчасової або тривалої непрацездатності.

Цінності, пов'язані з упевненістю у власних можливостях, автономією у виборі дій та міжособистісною підтримкою, займають середні позиції у структурі значущості. Так, такі орієнтири, як віра у власні сили, свобода у прийнятті рішень та наявність близьких друзів, були обрані як провідні шістьма учасниками кожна з наведених категорій, що становить по 10,3%. Це свідчить про те, що, хоча зазначені аспекти не є домінуючими, вони все ж зберігають помірну цінність для людей із депресивними розладами. Ймовірно, така позиція пояснюється підтримувальною роллю соціального оточення — друзів і знайомих, чия участь не лише не обмежує свободу особистості, а й сприяє збереженню відчуття самоповаги та внутрішньої опори.

Цінність інтимної близькості та любовних стосунків посідає сьоме місце в загальній ієрархії, отримавши пріоритет у п'яти досліджуваних (8,6%). Таке розташування не свідчить про знецінення любові як такої, а радше відображає її поступання іншим, більш актуальним для даної категорії осіб життєвим сферам, зокрема родині, фізичному здоров'ю, матеріальній стабільності та соціальній підтримці.

Найнижчі позиції в ієрархії цінностей займають орієнтири, пов'язані з самореалізацією та розвитком. Зокрема, можливість пізнавальної діяльності, наявність цікавої професійної зайнятості та творчої активності розташувалися на восьмому, дев'ятому та десятому місцях відповідно. Їм надали перевагу чотири,

три та три учасники експериментальної групи, що відповідає показникам 6,9%, 5,2% і 5,2%. Це може свідчити про те, що для осіб із депресивними розладами такі сфери або не сприймаються як дефіцитні, або ж втрачають свою значущість на тлі актуальних переживань, пов'язаних із базовим психологічним та фізичним функціонуванням.

Особливо низький рівень значущості виявлено щодо життєвої активності, яка посіла передостанню, одинадцяту позицію. Лише двоє респондентів (3,4%) визначили її як пріоритетну. За словами самих учасників дослідження, вони усвідомлюють погіршення свого психофізичного стану, однак не відчувають здатності або внутрішньої готовності активно його компенсувати. Повернення до звичного ритму життя, характерного для періоду до початку депресії, сприймається ними як надзвичайно складне завдання, що з часом призводить до остаточної втрати відчуття життєвого темпу та неможливості його відновлення.

Останнє місце у структурі цінностей посідає естетична сфера, представлена поняттям краси природи та мистецтва. Така позиція вказує на істотне зниження чутливості до переживання прекрасного, що є однією з найбільш уразливих сфер при депресивних розладах. Зміщення акцентів у бік життєво необхідних і підтримувальних цінностей витісняє естетичні потреби на периферію ціннісної системи. Показово, що лише один досліджуваний (1,7%) поставив цю цінність на перше місце.

Дані, отримані під час клінічної бесіди, дозволили встановити суттєві відмінності у сприйнятті власного стану між особами з хронічним перебігом депресії та тими, хто вперше зіткнувся з її проявами. Переважна більшість експериментальної вибірки — 86,2% (50 осіб) — складалася з пацієнтів, які неодноразово зверталися по спеціалізовану допомогу. Для них депресивний стан перестає сприйматися як тимчасове явище й інтегрується у повсякденне існування як звична складова життя. Як зазначила одна з учасниць дослідження, її депресія для неї є настільки ж буденною, як базові фізіологічні потреби. Унаслідок цього відбувається поступове прийняття розладу, зниження мотивації до активних змін та формування толерантного ставлення до повторних курсів

лікування.

У межах дослідження також було проведено аналіз результатів за методикою кольорових виборів М. Люшера. Інтерпретація здійснювалася з урахуванням позицій основних і додаткових кольорів у ряді, оцінки рівня тривожності, коефіцієнта вегетативного тону за К. Шипошем, а також аналізу працездатності на основі взаємного розташування зеленого, червоного та жовтого кольорів, які формують так звану «робочу групу».

На підставі здійснених розрахунків та усереднених результатів, отриманих під час застосування методики М. Люшера до експериментальної вибірки, було сформовано типовий кольоровий профіль, характерний для осіб із депресивними порушеннями. Даний профіль відображає загальні тенденції психоемоційного стану досліджуваних і дозволяє зробити висновки щодо функціонування їхніх регуляторних та мотиваційних механізмів.

Середнє значення індексу тривожності у групі осіб з депресією становить 4,74 бала за максимально можливого значення 12. Отриманий результат вказує на те, що, попри наявність виражених негативних переживань і наслідків депресивного розладу ендогенного походження, рівень суб'єктивної тривоги у досліджуваних не досягає критичних або надмірно високих показників. Таким чином, можна говорити про відсутність різко вираженої емоційної напруги, пов'язаної з усвідомленням власного стану.

Згідно з сучасними інтерпретаційними підходами, коефіцієнт вегетативного тону (КВ) відображає баланс між анаболічними та катаболічними процесами в організмі. Оптимальним вважається значення, наближене до одиниці. Перевищення цього показника свідчить про домінування ерготропних процесів, що характеризуються потребою в активних енергетичних витратах. Натомість значення нижче одиниці вказує на перевагу трофотропних тенденцій, які пов'язані з виснаженням та необхідністю відновлення енергетичних ресурсів.

У досліджуваній групі осіб із депресією коефіцієнт вегетативності становить 0,8, що свідчить про стан загального виснаження та домінування

потреби в акумуляції енергії. Таким чином, психофізіологічний стан учасників експерименту характеризується зниженим адаптаційним потенціалом.

Додаткову інформацію щодо можливих порушень у структурі особистості дає аналіз розташування кольорів так званої «робочої групи». Для осіб експериментальної вибірки характерним є порядок __ 4 _ 2 _ 3 __, який дозволяє припустити наявність істотних труднощів у мотиваційній сфері. Водночас вольові компоненти та сфера потреб зберігають відносну функціональну стабільність. Таким чином, основним психологічним чинником, що перешкоджає виходу зі стану депресії, виступає не стільки дефіцит можливостей, скільки відсутність внутрішнього прагнення та мотиваційної спрямованості на одужання.

У ході подальшої обробки результатів були розраховані додаткові показники, зокрема коефіцієнти автономності–гетерономності, концентричності–ексцентричності, працездатності, а також індикатори стресового стану та загальної збалансованості особистісних характеристик.

Значення коефіцієнта гетерономність–автономність у групі осіб із депресією становить +6,2 бала (за шкалою від +9,8 до –9,8), що вказує на схильність до пасивної поведінки, залежності від соціального оточення, підвищену чутливість та імпульсивність у діях. Такі особливості поведінки можуть зумовлювати труднощі у прийнятті самостійних рішень і знижувати здатність до активної життєвої позиції.

Показник концентричності–ексцентричності дорівнює +6,6 бала, що свідчить про виражену спрямованість особистості на власні внутрішні переживання. Це означає, що для осіб, які перебувають у депресивному стані, характерна підвищена фіксація на особистих проблемах та суб'єктивних труднощах.

Рівень дисбалансу особистісних якостей у досліджуваних осіб відповідає значенню –0,6 бала, що знаходиться близько до нейтральної точки шкали. Такий результат дозволяє зробити висновок про відносну збереженість цілісності та узгодженості особистісної структури, оскільки відхилення від нульового

значення є незначним.

Коефіцієнт працездатності в експериментальній групі становить 13,6 бала за максимально можливого значення 20,9 та мінімального 9,1. Це свідчить про знижений рівень працездатності, що проявляється у швидкій втомлюваності та обмеженій продуктивності діяльності.

Оцінка стресового стану показала середній результат на рівні 13,6 бала. З огляду на діапазон можливих значень (від 0 до 41,8), можна стверджувати, що особи з депресивними розладами перебувають у стані стресу, однак його інтенсивність не досягає високого рівня і знаходиться дещо нижче середніх показників.

У процесі діагностики депресивних станів важливу роль відіграють не лише психопатологічні дані, але й результати патопсихологічного аналізу, спрямованого на вивчення емоційної сфери та особистісних характеристик хворих. Значущість такого підходу підтверджується численними науковими дослідженнями, присвяченими аналізу різних форм депресивних розладів.

Оцінка індивідуально-психологічних особливостей осіб із депресією здійснювалася за допомогою 16-факторного особистісного опитувальника Р. Кеттелла. Кожен параметр визначався шляхом сумарної оцінки відповідних факторів.

Значення фактору А у групі осіб з ендогенною депресією становить у середньому 5,9 бала, що відповідає середньому рівню його вираженості. Це може свідчити про недостатню орієнтацію на співпрацю, емоційну відстороненість та труднощі у встановленні гармонійних міжособистісних контактів.

Другий фактор — «обмеженість мислення – інтелектуальна гнучкість» (В) — має середній показник 5,1 бала. Отримане значення вказує на достатній рівень когнітивних можливостей, здатність до засвоєння нового матеріалу, логічного мислення та формування обґрунтованих висновків, без ознак примітивності або суттєвих навчальних труднощів.

За результатами аналізу третього фактору опитувальника Р. Кеттелла, який відображає рівень емоційної стабільності (фактор С), у досліджуваних осіб

зафіксовано середнє значення 5,4 бала. Такий показник свідчить про недостатню врівноваженість емоційних реакцій і поведінкових проявів, знижену здатність до емоційної саморегуляції та низьку стійкість до впливу стресогенних чинників. Для представників експериментальної групи характерними є сумніви у власних можливостях, підвищена дратівливість і схильність до переживання тривоги навіть у незначних ситуаціях.

Аналіз четвертого фактору, що описує континуум «незалежність – підлеглість» (фактор E), виявив низький рівень його вираженості — 3,0 бала. Отриманий результат характеризує осіб із депресією як таких, що тяжіють до поступливості, схильні підпорядковуватися думці оточення, демонструють невпевненість у власних рішеннях та підвищену сором'язливість у соціальних контактах.

П'ятий фактор опитувальника — «жвавість – стриманість» (фактор F) — у досліджуваній групі має надзвичайно низьке середнє значення, яке становить 2,0 бала. Це дозволяє охарактеризувати експериментальну вибірку як пасивну, емоційно пригнічену, з відсутністю життєрадісності та спонтанності у поведінці. Для таких осіб типовими є надмірна обережність, стриманість, схильність до песимістичних оцінок та суворе ставлення до себе й оточення.

Шостий фактор — G, що відображає ступінь сформованості сили «Я» та морально-вольових якостей, — у групі осіб з ендогенною депресією має середній рівень вираженості (7,0 бала). Це свідчить про відносну збереженість відповідальності, здатності дотримуватися соціальних норм і правил, а також про наявність усвідомленості у прийнятті рішень та наполегливості у досягненні значущих цілей.

За сьомим фактором — «соціальна сміливість – уникання контактів» (фактор H) — виявлено низьке середнє значення 2,6 бала. Такий показник свідчить про виражену соціальну стриманість, схильність уникати публічності, невпевненість у нових ситуаціях та орієнтацію на обмежене коло близьких осіб замість широкого соціального середовища.

Восьмий фактор (J), що відображає континуум «м'якість – жорсткість», у

досліджуваних осіб має середній рівень розвитку — 6,3 бала. Це вказує на помірну залежність від інших, відсутність яскраво вираженої потреби в постійній підтримці, поєднання практичності з певною схильністю до фантазування та емоційної витонченості.

Аналіз дев'ятого фактору — «підозрілість – довіра» (L) — показав значення 4,5 бала. Такий результат свідчить про нестійку позицію між орієнтацією на співпрацю та критичним ставленням до оточення, між прагненням до гармонійної взаємодії та труднощами у встановленні довірчих стосунків.

Десятий фактор, що характеризує співвідношення практичності та фантазійності мислення (фактор M), у представників експериментальної групи має середній показник 5,7 бала. Це вказує на збалансовану орієнтацію як на внутрішній світ переживань, так і на реальні обставини життя, а також на помірний рівень уяви й складності міжособистісних відносин.

Фактор N, який відображає гнучкість або прямолінійність поведінки, має середнє значення 4,0 бала. Такий показник характеризує досліджуваних як осіб без різко виражених крайнощів: їм притаманна певна простота у взаємодії, відносна прямота у висловлюваннях і задоволеність досягнутим, без надмірної обачності чи цинізму.

За дванадцятим фактором — «тривожність – емоційна рівновага» (фактор O) — середній груповий показник становить 7,0 бала. Це дозволяє охарактеризувати досліджуваних як помірно стурбованих, без різко вираженої тривожності, але й без повної емоційної стабільності; рівень упевненості у собі та внутрішнього спокою у них є нестійким.

Тринадцятий фактор (Q1), що відображає схильність до змін або консервативність, має середню, але відносно знижену виразність — 5,0 бала. Такий показник свідчить про орієнтацію на збереження традиційних уявлень, обережне ставлення до нових ідей та стриманість щодо змін.

Фактор Q2, який характеризує самостійність у прийнятті рішень, має середній показник 5,5 бала. Це свідчить про помірну незалежність суджень,

прагнення до автономних дій у поєднанні з орієнтацією на соціальне схвалення.

П'ятнадцятий фактор — рівень самоконтролю (Q3) — у досліджуваних осіб становить у середньому 4,8 бала. Такий результат характеризує їх як осіб із помірно розвиненою дисциплінованістю, здатних за необхідності регулювати власні емоції та поведінку, хоча ці якості не мають стабільного характеру.

Останній, шістнадцятий фактор опитувальника — «напруженість — розслабленість» (Q4) — має низьке значення 2,4 бала. Це свідчить про загальну зниженість напруги, емоційну млявість, недостатню активність та слабо виражену мотивацію, що є типовими проявами депресивного стану ендогенного походження.

3.2. Дослідження розбіжностей у структурі цінностей, мотиваційних пріоритетах та психологічних характеристиках осіб з депресією порівняно зі здоровими людьми

Наступним кроком у нашому аналізі було дослідження специфіки розташування ціннісних понять у ієрархії серед учасників контрольної групи (здорові особи) та експериментальної групи (пацієнти з депресивними розладами), а також порівняння цих ієрархій між собою. Отримані дані представлені у відповідних таблицях.

При вивченні ієрархії цінностей у здорових учасників та пацієнтів з депресією було встановлено, що структура пріоритетів у цих двох групах помітно відрізняється, що відображено у таблиці 3.4. Поняття «щасливе сімейне життя» очолює ціннісну ієрархію експериментальної групи — 8 із 58 учасників (13,8%) поставили його на перше місце. У контрольній групі це ж поняття також займає провідну позицію — 48 із 56 здорових осіб (16,8%) визначили його як найважливіше. Такий розподіл свідчить, що і серед хворих, і серед здорових людей соціальні потреби, зокрема сімейне благополуччя та стабільність, виходять на перший план.

Таблиця 3.2

Ієрархія цінностей хворих з депресією та здорових осіб

Ієрархія цінностей група депресивних	%	Ієрархія цінностей група здорових	%
Щасливе сімейне життя	13,8	Щасливе сімейне життя	16,8
Здоров'я	12,1	Кохання	14,7
Матеріально забезпечене життя	12,1	Здоров'я	12,6
Впевненість у собі	10,3	Наявність вірних друзів	12,2
Свобода у вчинках та діях	10,3	Свобода у вчинках та діях	9,8
Наявність вірних друзів	10,3	Впевненість у собі	7,7
Кохання	8,6	Матеріально забезпечене життя	6,6
Пізнання	6,9	Цікава робота	5,9
Цікава робота	5,2	Пізнання	4,9
Творчість	5,2	Творчість	3,8
Активне, діяльне життя	3,4	Активне, діяльне життя	3,1
Краса природи та мистецтва	1,7	Краса природи та мистецтва	1,7

Друге місце в ієрархії експериментальної групи займає «здоров'я», що цілком закономірно, враховуючи наявність проблем із психічним та фізичним станом у людей з депресією. У контрольній групі «здоров'я» знаходиться на третьому щаблі, що демонструє значимість цього аспекту для здорових осіб. 7 хворих (12,1%) та 36 здорових людей (12,6%) віддали перевагу цьому поняттю.

Поняття «матеріально забезпечене життя» у хворих з депресією займає третю позицію (7 осіб, 12,1%), тоді як у здорових учасників воно розташоване на сьомому щаблі (19 осіб, 6,6%). Вищий пріоритет у хворих свідчить про більшу значущість матеріальної стабільності для них, ймовірно, через фінансові труднощі та обмежену працездатність.

Середні позиції в обох групах займають «впевненість у собі» та «свобода у діях». У експериментальній групі це четверте та п'яте місце (по 6 осіб, 10,3%), а у контрольній групі — п'яте та шосте (22 та 28 осіб, 7,7% і 9,8%). Така позиція свідчить про помірне цінування цих аспектів, без вираженої переваги чи відторгнення.

Цінності «пізнання» та «цікава робота» у групі хворих розташовані на восьмій та дев'ятій позиціях (4 та 3 осіб, 6,9% і 5,2%), у здорових — на дев'ятій та восьмій позиціях (17 та 14 осіб, 5,9% і 4,9%).

«Активне життя» та «краса природи та мистецтва» в обох групах займають одинадцяту та дванадцяту позиції. У експериментальній групі ці цінності обрали 2 і 1 особа (3,4% та 1,7%), у контрольній — 9 та 5 осіб (3,5% та 1,7%).

Далі було проведено порівняльний аналіз результатів тестування за методикою М. Люшера між хворими та здоровими учасниками. Результати наведені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати обробки даних за тестом М. Люшера

Виявлені характеристики	Експерим. група	Контрольна група
Характерний ряд кольору	1, 6, 4, 8, 2, 5, 3, 7	2, 4, 1, 3, 5, 8, 6, 7
Тривожність	4,74	4,11
Вегетативність	1,19	1, 03
Гетерономність- автономність	6,2	- 0, 6
Концентричність-ексцентричність	6,6	2
Дисбаланс особистісних якостей	- 0,6	3,6
Працездатність	13,9	20,2
Стресовий стан	13,6	0

Порівняння показників індексу тривожності між контрольними учасниками та пацієнтами з депресією виявило помітні відмінності. У групі осіб з депресивними розладами середнє значення індексу становить 4,74, тоді як у здорових учасників контрольної групи цей показник дорівнює 4,11. Такі дані свідчать, що рівень тривожності у хворих значно вищий, що дозволяє оцінити особливості їх емоційного стану та підтверджує більшу виразність цього психологічного явища у людей з депресією.

Коефіцієнт вегетативності (КВ) відображає співвідношення анаболічних і метаболічних процесів у межах вегетативного балансу. Виявлено, що у представників обох груп ці показники трохи відрізняються, але різниця не є суттєвою.

При аналізі гетерономності-автономності хворі значно відрізняються від здорових осіб: експериментальна група має середнє значення 6,2, тоді як у

контрольній групі — $-0,6$ (при межах від $+9,8$ до $-9,8$). Це демонструє, що хворі з депресією частіше проявляють залежну поведінку, схильність до спонтанних дій та підвищену чутливість до оточення. З іншого боку, контрольні учасники характеризуються низькою виразністю залежності, більшою самостійністю та ініціативністю.

Коефіцієнт працездатності у контрольних учасників виявився високим — $20,2$ бала (максимум $20,9$, мінімум $9,1$), тоді як у хворих на депресію цей показник значно нижчий — $13,9$, що свідчить про обмежену здатність виконувати звичну діяльність та відчуття зниження ефективності.

Ще один важливий показник — наявність та виразність стресового стану. Середнє значення у хворих дорівнює $13,6$ бала, що свідчить про помітний стресовий стан, тоді як у здорових учасників він практично відсутній (0 балів). Межі цього коефіцієнта коливаються від 0 до $41,8$, що дозволяє оцінити ступінь виразності стресу у різних групах.

Отже, методика Люшера дозволяє об'єктивно зафіксувати особливості емоційного стану та характер емоційних порушень у людей з депресією. Це дає змогу доповнити клінічні спостереження, оскільки традиційні методи діагностики через бесіди з пацієнтом та його оточення завжди мають певний рівень суб'єктивності.

3.3. Вплив психологічного підтримуючого втручання на показники якості життя у пацієнтів із депресією легкого та помірного ступеня

Об'єктивне відстеження змін психічного стану пацієнтів під впливом терапії є ключовим завданням у галузі медичної психології. Депресія, як зазначав К. Ясперс, є однією з центральних проблем клінічної психології та психіатрії, що надає особливого значення її психологічному дослідженню. Відомо, що більшість базових характеристик депресивних станів проявляються неспецифічно, що ускладнює оцінку тяжкості та динаміки перебігу захворювання. Це пов'язано з впливом особистісних факторів, зокрема

особливостей ціннісної сфери пацієнта, на якість психічних показників у процесі терапії.

У випадках депресії попередні особистісні риси людини часто «приховані» через хворобливі переживання, які визначають її поведінку та суперечать попереднім цінностям і принципам.

У контексті нашого дослідження ключовою детермінантою мотиваційної сфери є динамічне співвідношення між тим, що цінне для особистості, та тим, що реально доступне в її поточному житті. Для реалізації особистісного підходу до вивчення самосвідомості пацієнтів із депресивними розладами необхідно виділити релевантні змінні, що виступають як особистісні чинники. У нашому дослідженні такими чинниками стали структура цінностей і мотивів.

Тактика психологічної бесіди з депресивним пацієнтом будувалася на принципі «рефлексивного вирівнювання» розриву між значенням цінностей і їх доступністю. Теоретично це можна пояснити зближенням мотивів, що формують смисл, з уявленням про способи їх реалізації. Особлива увага приділялася посиленню функцій механізмів цілепокладання, що в термінах методики визначається як «підвищення доступності».

Організаційно бесіди проводилися наступного дня після заповнення анкет, що давало можливість встановити емпатійний контакт. Тільки після цього обговорювалися найбільш актуальні для пацієнта проблеми, де існувала найбільша невідповідність між цінністю та доступністю. Ці моменти відображали афективні компоненти «розриву» та формували конкретні переживання в процесі рефлексії.

Психореабілітаційна програма проводилася за такими етапами:

1. Симптоматичне розвантаження та заходи для зменшення психічного болю;
2. Поступова активізація, впорядкування режиму дня, фізична терапія;
3. Закріплення поведінки, що не відповідає депресивним моделям;
4. Формування психологічних рис, здатних протистояти депресії;
5. Зміни факторів навколишнього середовища, що сприяють депресії

(при наявності біологічного ризику – медикаментозна профілактика).

Комплексна реабілітація включала три етапи: седативно-адаптуючий, лікувально-корегуючий і профілактично-закріплюючий. На першому етапі основним завданням було встановлення емоційного контакту та зниження симптоматики. Другий етап зосереджувався на досягненні позитивної динаміки емоційного стану, корекції особистісних установок та реадаптації в соціальному середовищі. Третій етап закріплював досягнуті результати, формував навички саморегуляції та корекції життєвих цінностей.

Таким чином, результати дослідження підтвердили наявність відмінностей у ціннісній системі та мотиваційній спрямованості між людьми з депресивними розладами та здоровими особами, що проявляється у будові цінностей, емоційних реакціях, мотиваційній сфері та світогляді. Запропонована реабілітаційна програма показала ефективність і може стати перспективним напрямком для подальших досліджень у психотерапії депресії.

Висновки до розділу 3

Доведено, що люди з депресивними розладами мають специфічні відмінності у ціннісній системі та мотиваційній спрямованості порівняно зі здоровими особами. Реабілітаційна програма, заснована на методиці «Рівень співвідношення цінності та доступності», підвищує якість життя і може застосовуватися у практичній психологічній роботі.

Аналіз змін якості життя є важливою складовою оцінки ефективності методів діагностики, лікування та профілактики депресії. Його проведення можливе за допомогою спеціалізованих опитувальників і клінічних даних.

ВИСНОВКИ

Відповідно до результатів проведеного експериментального дослідження та детального теоретичного аналізу літературних джерел можна констатувати, що основні завдання дослідження були успішно виконані, а отримані дані дозволяють зробити низку важливих висновків щодо психоемоційного стану, мотиваційної спрямованості та якості життя осіб із депресивними розладами.

По-перше, депресивний епізод слід відносити до категорії психічних розладів, які характеризуються комплексом специфічних симптомів. До них належать пригнічений настрій, зниження енергійності та загальної активності, обмеження здатності отримувати задоволення, відчувати інтерес до різних видів діяльності, а також зниження концентрації уваги та складнощі у плануванні та виконанні повсякденних завдань. Пацієнти з депресивним станом часто відчують значну фізичну та психічну втому навіть після мінімальних навантажень, спостерігаються порушення сну, зміни апетиту, а також зниження самооцінки та упевненості у власних силах. В окремих випадках присутні думки про власну непотрібність, провини або відсутність сенсу власних дій. Враховуючи інтенсивність та кількість проявів симптомів, депресивні епізоди класифікують як легкі, середньої тяжкості або тяжкі, що має важливе значення для визначення терапевтичної тактики та прогнозування перебігу захворювання.

По-друге, аналіз індексу розбіжності між «цінністю» та «доступністю» життєвих сфер засвідчив, що у пацієнтів із депресивними розладами цей показник є нижчим у середньому (34,6 бала) порівняно зі здоровими особами (36,6 бала). Це свідчить про слабку мотивацію та обмежену здатність пацієнтів змінювати власний психоемоційний стан, характерний для депресії, а також про недостатню спрямованість на активну діяльність та реалізацію власних життєвих цілей. Такий стан часто ускладнює адаптацію пацієнтів до повсякденних викликів і впливає на їхню продуктивність у різних сферах життя.

По-третє, проведене дослідження підтвердило наявність суттєвих відмінностей у структурі цінностей та мотиваційній спрямованості між людьми

з депресивними розладами та здоровими особами. Ці відмінності проявляються у формуванні життєвих цінностей, емоційних реакціях, настрої, світогляді, мотивації та особливостях перебігу депресивного стану. Розроблена нами комплексна програма реабілітації та тактика психофізичної підтримки, яка ґрунтується на оцінці та корекції співвідношення «цінності» і «доступності» життєвих сфер, сприяє покращенню якості життя пацієнтів і може застосовуватися як ефективний інструмент у комплексній психофізичній реабілітації. Її впровадження відкриває перспективи для подальших досліджень у сфері вдосконалення методів лікування депресивних розладів та підвищення ефективності реабілітаційних програм.

По-черверте, дослідження трансформацій у рівні якості життя пацієнтів є невід'ємною частиною комплексного аналізу ефективності терапевтичних та профілактичних заходів при психічних захворюваннях. Оцінка змін у якості життя за різних підходів до лікування депресивних розладів можлива лише за умови використання комплексних методів дослідження, що включають загальні та спеціалізовані опитувальники, а також систематичний аналіз наявних клінічних даних. Такий підхід дозволяє об'єктивно оцінити результати терапії, визначити її ефективність і виявити фактори, які впливають на відновлення психоемоційного та фізичного стану пацієнтів.

Отже, результати дослідження підтверджують, що комплексне застосування психокорекції, а також аналіз співвідношення «цінності» та «доступності» життєвих сфер, є ефективним інструментом підвищення якості життя та мотиваційної активності осіб із депресивними розладами. Використання таких підходів дозволяє не лише підвищити ефективність реабілітації, але й створює наукову базу для подальшого розвитку психокорекційних методик у сфері психічного здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аравіцька М. Г. Роль засобів немедикаментозної реабілітації у корекції ознак депресії пацієнтів з ожирінням // Український журнал медицини, біології та спорту – 2020 – Том 5, № 3 (25). - С. 337-343.
2. Барбур К. А., Еденфілд Т. М., Блюменталь Дж. Фізичні вправи як лікування депресії та інших психічних розладів: огляд. J. Кардіопульм. Реабіліт. Попередня. № 27. С. 359–367.
3. Бринза І. В. Готовність до змін як ресурс подолання психологічної кризи. Наука і освіта. 2016. № 11. С. 43–48.
4. Буняк Н. А. Загальна психологія: лекції (частина II). Тернопіль : Вид-во ТНТУ ім. І. Пулюя, 2017. 104 с.
5. Бігун Н.І. Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: Монографія / Н.І. Бігун. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори – 2006 , 2011. –160 с. 2.
6. Вавринів О. С., Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2023. Вип. 2, С. 11-15.
7. Вашека Т.В., Гічан І.С., Гічан К.І. Зв'язок соціально-психологічної адаптації переселенців із Донецької та Луганської областей із вибором ними копінг-стратегій. Організаційна психологія. Економічна психологія. Київ, 2016. № 2–3 (5–6). С. 22–29.
8. Вимушені переселенці та приймаючі громади: уроки для ефективної суспільної адаптації й інтеграції: наук. доп. / за ред. О. Балакіревої; ДУ «Ін-т екон. та прогнозув. НАН України». Київ, 2016. 140 с.
9. Войналович І. А. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні / І. А. Войналович, М. О. Кримова, Л. В. Щетініна // Соціально-трудові відносини: теорія та практика . – 2014. – № 2. – С. 250– 257.
10. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні

концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65.

11. Голіна В.В. Соціальні та психологічні чинники кримінологічної віктимізації в Україні. Вісник академії правових наук України. 2007. № 3 (50). С. 185–193.

12. Гринечко А. Типологія проявів тривожності в онтогенезі особистості. Освіта регіону. 2011. № 2, С. 282.

13. Грицук О. В. Когнітивна активність та регуляція емоційних станів особистості. Проектування позитивного життєвого простору особистості : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, Полтава : ТОВ «АСМІ». 2019. С. 94 – 97.

14. Гуцман С.В., Ногас А.О., Ніколенко О.І., Подоляка П.С., Гамма Т. В. До питання медико-біологічних проблем фізичної культури та спорту, Rehabilitation and Recreation: № 9 (2021): Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини (Rehabilitation and Recreation).

15. Закіров М. Деякі аспекти розв'язання проблем внутрішньо переміщених осіб / М. Закіров // Резонанс. – 2016. – № 39. – С. 5–10.

16. Зінченко О.С. Теоретичні засади дослідження соціальнопсихологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Київ, 2015. № 4 (29). С. 47–53.

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

18. Дональд В. Блек, Ненсі К. Андреасен. Вступ до психіатрії: 7-е видання. Київ : Медицина, 2024. 638 с.

19. Ерік Берн. Ігри, в які грають люди. Харків : КСД, 2021. 512 с.

20. Іванова Т., Зимогляд І. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, 2020, вип. 6, с. 72–78.

21. Мусаві С., Чаттерджі С., Вердес Е., Тандон А., Патель В., Устун Б. Депресія, хронічні захворювання та зниження здоров'я: результати всесвітніх

опитувань охорони здоров'я. Ланцет. 2007.

22. Кисельова В. Підліткова самотність: причини й наслідки. Шкільний світ. 2012. № 40. С. 4-6.

23. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: [монографія] / О.М. Кокун. – К.: Міленіум, 2004. – 265 с.

24. Комаров О.В. Навчально-тренінгова програма "Профілактика та попередження негативних психоемоційних станів, що призводять до депресії та самогубства" / Комаров О.В., Комаров О.В., Сулицький В.В. – К.: РВВ КІВС, 2003. – 44 с.

25. Компанович М. С. Аналіз впровадження комплексної психокорекційної програми розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Проблеми сучасної психології: науковий журнал, Запоріжжя : «Гельветика». 2020. Вип. 2(18). С. 85-98.

26. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навч посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.

27. Короленко П.П. Психофізіологія людини в екстремальних умовах / П.П. Короленко. – К.: Медицина, 2009. – 271 с.

28. Крайнюк В.М. Теорія та практика психологічної допомоги / В.М. Крайнюк. – К.: НАОУ, 2003. – 158 с. 35.

29. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: [монографія] / В.М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. - 432 с.

30. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М., Лазос Г.П., Литвиненко Л.І., Царенко Л.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Логос. . 207 с.

31. Кримінологічна віктимологія: навч. посіб. / Є.М. Моїсєєв, О.М. Джужа, В.В. Василевич та ін.; за заг. ред. О.М. Джужі. Київ: Атіка, 2006. 352 с.

32. Лазоренко Б. П. Засоби і технології реінтеграції та реадaptaції проблемної молоді, яка пережила наслідки травматичних подій. Ракурси психологічного благополуччя особистості: збірник тез доповіді всеукраїнського науково-практичного семінару, НДУ ім. М. Гоголя. Ніжин, 9 червня 2017. С. 90 – 95.

33. Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму) // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ "Видавництво "Логос". – 206 с. – С.26 - 46.

34. Лазуренко О. О. Психологія емоцій: Підручник. Київ : Книга плюс, 2018. 264 с.

35. Ліхи Роберт. Техніки когнітивної терапії. Посібник психотерапевта. Київ : Книжковий дім, 2023. 748 с.

36. Лоуен, А. Депресія та тіло. М: Просвітництво, 2002. 384 с. 14. Мак-Каллоу Дж. Лікування хронічної депресії/Пер. з англ. Н.Алексєєвої, О.Ісакової. / Дж.Мак-Каллоу - К.: "Мова", 2003. - 368 С.

37. Максименко С. Д. Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості / за ред. С. Д. Максименка. Київ: ТОВ «КММ». 2007. 296 с.

38. Максименко С. Д., Зайчук В. О., Клименко В. В., Соловієнко В. О. Загальна психологія: підруч. для студентів вищ. навч. закладів / за загальною редакцією акад. Максименко С. Д. Київ: Форум. 2000. 543 с.

39. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально психологічного походження / Б. В. Михайлов // Психічне здоров'я. – 2015. – № 2 (47). – С. 9–18.

40. Міхеєва О., Середа В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації. Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів. Львів: Галицька видавнича спілка, 2015. 461 с.

41. Музиченко І.В. Вимушені переселенці: проблема

соціальнопсихологічної адаптації. Освіта та розвиток обдарованої особистості. Київ, 2016. № 9. С. 18–21. 50.

42. Надрага В. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції «суспільства ризику» / В. Надрага // Український соціум. – 2015. – №1 (52). – С. 134–141.

43. Наконечна М.М. Допомога іншому: психологічні аспекти / М.М. Наконечна. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2012. – 184 с.

44. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків: Право, 2014. 584 с.

45. Основні положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: уроки для України. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кабацій Н.О., Левко Л.В., Бонь Ю.В. Науково-практичний журнал. Україна. Здоров'я нації. №3/1(61), 2020 ст.177-178.

46. Панок В.Г. Психоконсультативні стратегії діяльності практичного психолога системи освіти: навч.-метод. посібник / В.Г. Панок, Я.В. Чаплак, Д.Д. Романовська; за наук. редакцією В.Г. Панка. – Чернівці: Чернівецький національний університет, 2010. – 232с.

47. Панок В. Г. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультування : навч. посібник / В. Г. Панок, Я. В. Чаплак, Я. Ф. Андрєєва / за заг. ред. В.Г. Панка, І.М. Зварича. – Чернівці : Чернівец. нац. ун- т ім. Ю. Федьковича, 2019. – 384 с.

48. Пезешкіан Н. Лексикон позитивної психотерапії: довідник. Пер. з нім. М. В. Отенка; за ред. С. А. Отенко. Київ : Талком, 2019. 192 с.

49. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. За ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 2015. 207 с.

50. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Л.А. Мельник та ін.; за ред. Л.С. Волинець. Київ: Калита, 2015. 72 с.

51. Рингач Н. О. Міграція та громадське здоров'я: міжнародне бачення і Українські реалії у контексті національної безпеки / Н. О. Рингач // Науковий часопис Академії національної безпеки. – 2018. – Випуск 3–4 (19– 20). – С. 111–126.

52. Ребрик Ю.Ю., Ульяницька Н.Я., Андрійчук О.Я., Оцінка стану осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*: Том 18 № 1 (2024): *Rehabilitation and Recreation*.

53. Садковий В. П., Тімченко О. В. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред.; НУЦЗУ. Харків: ФОП Мезіна В.В. 2017. 368 с.

54. Семків І. І., Пелех І. В., Тимків Т. М., Кечур Р. В., Бардюк О. І. Динаміка розвитку менталізації у процесі застосування психологічних інтервенцій з опорою на менталізацію: порівняння клінічної та неклінічної вибірки. Журнал «Перспективи та інновації науки» Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». 2024. № 1(35), С. 648-661. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-1(35)-648-661.

55. Смаль В. Внутрішньо переміщені особи: соціальна та економічна інтеграція в приймаючих громадах (за матеріалами Вінницької, Запорізької, Івано-Франківської та Полтавської областей) / В. Смаль, О. Позняк. – Проект ПРОМІС, 2016. – 93 с.

56. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / [В.І. Пасічник, І.І. Ліпатов, Л.Ф. Шестопалова, І.І. Приходько та ін.]. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2011. – 250 с.

57. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО». 2018. 200 с. 51.

58. Трубавіна І.М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми, 2015, № 8 (52). С. 434–446.

59. Фанталова Е.Б. Про єдиний підход до дослідження мотивації та

внутрішніх конфліктів // Психологічний журнал. - 2002. - №1. - С. 107-117.

60. Філіпс К., Бактір М. А., Шріватсан М. і Салехі А. Нейропротекторний вплив фізичної активності на мозок: більш пильний погляд на сигналізацію трофічного фактора. *Frontiers in Cellular Neuroscience*. 2014. Том 8. С. 170.

61. Чжан Х., Лі Л., Ву М. та ін. Зміни сірої речовини головного мозку в перших епізодах депресії: мета-аналіз досліджень всього мозку. *Неврологічні та нейробіологічні відгуки*. 2016. № 60. С. 43–50.

62. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор. 2005. 640 с. 33. Beck A.T. Depressive neurosis // *Amer. hanbd. hsychiatry*. – New York, 1974, Vol. 3. – P. 61 – 90.

63. Ярош Н. С. Вплив саногенної рефлексії на стрес-долаючу поведінку особистості». Проблеми сучасної психології: збірник. Ін-т психології імені Г.С. Костюка НАПН України та Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка. 2016. № 34. С. 651–662.

64. <https://www.healthline.com/health/depression/how-to-fight-depression>

65. <https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>

66. <http://www.uspeshnie-mozgi.ua/statya-neuverennost-v-sebe-glazami-psixologov-vsegda-li-eto-ploxo/>

67. http://www.koob.ua/solovyova/p_counseling