

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Психологічна допомога особам, які страждають на депресію

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

Ковальчук Анна Олександрівна

Група ТУВН-8-24-М₁ПС (2.0 здс)

Спеціальність «Психологія»

Освітня програма «Психологія»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Кваліфікаційна робота

допущена до захисту

Зав. кафедри _____

« ____ » _____ 20__ р.

Науковий керівник:

Березовський Артур

Миколайович,

к. мед. н., доц.

Рецензент:

науковий ступінь, вчене звання

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	7
1.1. Поняття депресії та її клінічні та психологічні характеристики	7
1.2. Причини, фактори та психологічні теорії, що пояснюють депресію. 17	
1.3. Сучасні підходи до психологічної допомоги особам, які страждають на депресію.....	24
Висновки до розділу 1	32
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСІЮ.....	34
2.1. Дизайн, методологія та опис вибірки дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію.....	34
2.2. Аналіз психологічних показників у осіб з депресивними симптомами	37
2.3. Інтерпретація емпіричних результатів дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію.....	46
Висновки до розділу 2	59
 РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСІЮ	61
3.1. Обґрунтування психологічного втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію	61
3.2. Структура та зміст програми психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію	65
3.3. Оцінка ефективності програми втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію	68
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

У сучасних організаціях робота менеджерів дедалі частіше відбувається в умовах прискорених змін, інформаційного перевантаження та підвищеної відповідальності як за результати, так і за людей. У таких умовах стрес є не епізодичною реакцією, а системним психологічним та організаційним чинником, який може формувати стиль лідерства, якість комунікації, прийняття рішень та довгострокове професійне благополуччя. Стрес, у загальному психологічному розумінні, зазвичай визначають як стан занепокоєння або психічного напруження, спричинений складними ситуаціями. У професійній сфері робочий стрес часто розглядають як шкідливі фізичні та емоційні реакції, що виникають, коли вимоги роботи не відповідають здібностям, ресурсам або потребам працівника, і його прямо пов'язують із негативними наслідками для здоров'я [45].

Для керівників вплив стресу має свої особливості. По-перше, керівні ролі поєднують високі когнітивні вимоги (швидка обробка неповної інформації, визначення пріоритетів під тиском часу) з високими емоційними вимогами (вирішення конфліктів, складні розмови, відповідальність за результати роботи та благополуччя співробітників). По-друге, керівник є одночасно «реципієнтом» організаційних стресогенних факторів і «передавачем» організаційних норм та тиску на команду; тому управління стресом у керівників стає актуальним не тільки для індивідуального здоров'я, а й для функціонування підрозділів та організації в цілому. Дослідження стресу, пов'язаного з роботою, підкреслюють, що ключові аспекти організації праці — вимоги, контроль, підтримка, відносини, чіткість ролей та зміни — є основними визначальними факторами рівня стресу на робочому місці, а недоліки в цих сферах підвищують психосоціальний ризик.

Тісно пов'язаним поняттям є професійне вигорання, яке Всесвітня організація охорони здоров'я описує як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не вдалося успішно подолати, і

характеризується виснаженням, емоційною дистанцією або цинізмом щодо роботи та зниженням професійної ефективності [57]. Це визначення є особливо важливим для управлінської роботи, оскільки хронічний стрес у керівників може поступово перейти від «ситуативного напруження» до стабільної моделі виснаження, що підриває стале лідерство та саморегуляцію.

Отже, управління стресом у управлінській роботі найкраще розуміти як багаторівневе явище, що поєднує (а) об'єктивні стресори та організацію праці, (б) суб'єктивну оцінку та емоційне регулювання, та (в) стратегії подолання та поведінку відновлення. Це не лише теоретичне питання. Емпіричні узагальнення вказують на те, що втручання з управління професійним стресом можуть зменшити наслідки, пов'язані зі стресом: програми управління стресом, реалізовані в робочому середовищі, загалом демонструють значущі, статистично значущі ефекти щодо зменшення стресу. Сучасні дослідження втручань також свідчать, що втручання на робочому місці, засновані на уважності, можуть покращити показники професійного здоров'я в різних дослідженнях, що підтверджує важливість навичок саморегуляції в організаційних контекстах. Оскільки управлінська робота значною мірою залежить від виконавчих функцій (робоча пам'ять, гальмування, когнітивна гнучкість), стрес має додаткове значення через свій когнітивний вплив: метааналітичні та оглядові дані вказують, що гострий стрес може порушувати основні виконавчі функції та змінювати процеси прийняття рішень.

На цьому тлі дане дослідження розглядає психологічні аспекти управління стресом у роботі менеджерів, зосереджуючись на тому, як менеджери сприймають стресори, як стрес проявляється психологічно та які моделі подолання/саморегуляції пов'язані з більш адаптивним (або дезадаптивним) управлінням стресом.

Предметом дослідження є психологічна допомога особам, які страждають на депресію. Об'єктом дослідження є особи, які страждають на депресію.

Мета дослідження - ідентифікувати та систематизувати психологічні фактори, пов'язані з управлінням стресом у менеджерів, та емпірично дослідити структуру цих факторів на основі даних опитування.

Виходячи з мети, були сформульовані такі завдання дослідження:

- изначено поняття депресії та її клінічні та психологічні характеристики;
- характеризовано причини, фактори та психологічні теорії, що пояснюють депресію;
- роаналізовано сучасні підходи до психологічної допомоги особам, які страждають на депресію;
- озкрити дизайн, методологію та опис вибірки дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію;
- ровести аналіз психологічних показників у осіб з депресивними симптомами;
- еалізувати інтерпретацію емпіричних результатів дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію;
- бґрунтувати психологічне втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію;
- апропонувати структуру та зміст програми психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію;
- цінити ефективність програми втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію.

Методи, які було використано у дослідженні, включають теоретичний аналіз та синтез наукової літератури; емпіричне опитування з використанням структурованих анкет; описова статистика та кореляційний аналіз (а також, де це доречно, регресійне моделювання з методологічною обережністю, враховуючи розмір вибірки).

Наукова гіпотеза дослідження - управління стресом у менеджерів значною мірою пов'язане з сукупністю психологічних та організаційних факторів. Зокрема, вищі сприйняті вимоги до роботи та нижчий сприйнятий рівень контролю/підтримки будуть пов'язані з сильнішими проявами стресу, тоді як більш адаптивні стратегії подолання та відновлення будуть пов'язані з

нижчою інтенсивністю стресу та меншою кількістю пов'язаних зі стресом порушень концентрації та прийняття рішень.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що отримані результати можна використовувати для розробки цілеспрямованих рекомендацій щодо управління стресом для керівників (практики саморегуляції та відновлення) та для вдосконалення організаційних аспектів психосоціального робочого середовища (чіткість ролей, підтримка, управління змінами) з урахуванням даних про основні фактори стресу, пов'язані з організацією праці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Поняття депресії та її клінічні та психологічні характеристики

Депресію найкраще розглядати як багатовимірне клінічне явище, яке можна описати на трьох аналітично відмінних (але перехресних) рівнях: (а) депресивний афект як симптом (пригнічений настрій, смуток, емоційне «оніміння»); (б) депресивний епізод як синдром, обмежений у часі, що визначається конкретним набором, тривалістю та функціональним впливом симптомів; та (в) депресивні розлади як діагностичні категорії, що характеризуються одним або кількома депресивними епізодами та певною динамікою (наприклад, одноразовий епізод, рецидивуючий) (рисунк 1.1)



Рисунок 1.1. Рівні концептуалізації депресії як багатовимірного клінічного явища

Ця багаторівнева концептуалізація відповідає тому, як сучасні класифікаційні системи розрізняють епізоди настрою (які не підлягають самостійній діагностиці в МКХ-11) та розлади настрою (діагностичні

одиниці), і допомагає уникнути поширеного зведення депресії лише до «суму»

З точки зору громадського здоров'я та клінічної практики депресія є дуже поширеним і тяжким станом: Всесвітня організація охорони здоров'я повідомляє, що депресія поширена в усьому світі, за її оцінками, 5,7 % дорослих у світі страждають на депресію, та наголошує, що депресія може сприяти підвищенню ризику самогубства та широким функціональним труднощам (у стосунках, на роботі, в навчанні) [31].

Ці факти на макрорівні не є суто епідеміологічними; вони обґрунтовують, чому депресія є центральною ціллю науково обґрунтованої психологічної підтримки, та визначають депресію як стан, вплив якого виходить за межі емоційного дистресу і поширюється на соціальне та професійне функціонування.

Ключовою розмежувальною ознакою — на яку наголошують як у діагностичних рекомендаціях, так і в клінічних описах — є те, що депресія не є синонімом нормальних коливань настрою. Клінічно значущі депресивні епізоди відрізняються від звичайної смутності за ступенем тяжкості, широтою спектру симптомів, тривалістю та ступенем порушення функціонування, навіть за наявності конкретних стресогенних факторів (рисунок 1.2).

Це розрізнення є ключовим для надання психологічної допомоги, оскільки воно спонукає зосередитися на стійких моделях поведінки (когнітивних, поведінкових, міжособистісних), що підтримують страждання та порушення функціонування, а не лише на тимчасових настроях.

Обидві основні міжнародні класифікації сходяться на тому, що депресія являє собою синдром, який характеризується афективними основними ознаками та супутніми когнітивними, поведінковими та соматичними змінами

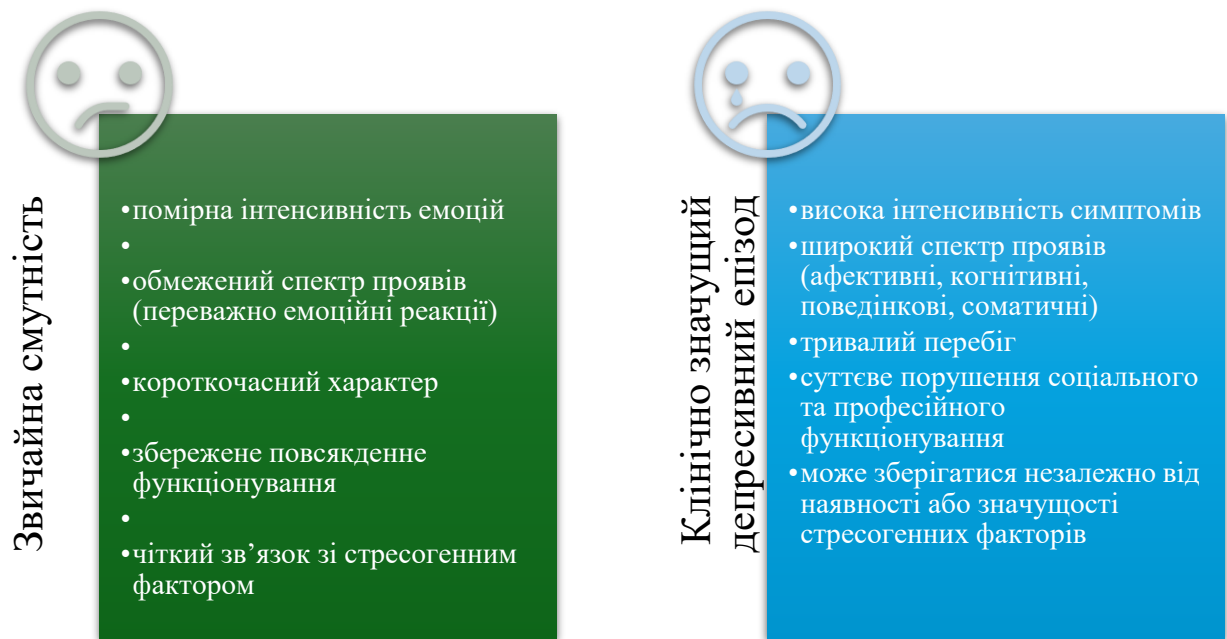


Рисунок 1.2. Критерії відмежування клінічно значущого депресивного епізоду від звичайної смутності

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) розлади настрою визначаються у зв'язку з конкретними епізодами настрою (включно з депресивними епізодами), тоді як депресивні розлади охоплюють такі категорії, як одноразовий депресивний розлад та рецидивуючий депресивний розлад.

Згідно з клінічними описами МКХ-11, для діагностики депресивного епізоду необхідна одночасна наявність декількох характерних симптомів, що спостерігаються протягом більшої частини дня, майже щодня, принаймні протягом мінімальної тривалості епізоду, причому принаймні один із симптомів повинен належати до групи афективних симптомів.

У клінічній практиці, що базується на DSM, широко вживане поняття «епізод великого депресивного розладу» також передбачає наявність комплексу симптомів протягом певного мінімального періоду, що супроводжується клінічно значущим дистресом або порушенням функціонування [30]. У порівняльній таблиці, що є у відкритому доступі на авторитетному ресурсі уряду США (SAMHSA/NCBI Bookshelf), наведено

підсумок критеріїв DSM-5: п'ять або більше симптомів протягом одного двотижневого періоду, причому принаймні один із них має бути пригнічений настрій або втрата інтересу/задоволення, а також включати вегетативні та когнітивні ознаки (порушення сну, зміна апетиту/ваги, психомоторні зміни, втома, почуття провини/неповноцінності, проблеми з концентрацією/прийняттям рішень та повторювані думки про смерть/самогубство), разом із критерієм порушення функцій та ключовими виключеннями [47].

Хоча системи класифікації та клінічні настанови відрізняються за рівнем деталізації критеріїв, вони сходяться у двох клінічно важливих аспектах для надання психологічної допомоги.

По-перше, депресія визначається не лише як «відчуття смутку», а як синдром, що впливає на когнітивні функції, мотивацію, біологічні ритми та життєдіяльність.

По-друге, депресія зазвичай класифікується за ступенем тяжкості (наприклад, легка/помірна/тяжка) та іноді за додатковими ознаками (наприклад, психотичні симптоми, виражена тривога), оскільки ці відмінності впливають на пріоритети оцінки та інтенсивність/формат психологічної підтримки.

Системи, орієнтовані на клінічні настанови, — такі як NG222 Національного інституту з питань охорони здоров'я та якості медичної допомоги (NICE) — також використовують клінічно-прагматичні класифікації за ступенем тяжкості (наприклад, «менш тяжка» проти «більш тяжка» депресія) для сприяння прийняттю рішень під час оцінки та планування лікування [44].

Визначальна роль тяжкості є фундаментальною: з клінічної точки зору, одні й ті ж симптоми можуть проявлятися з різною інтенсивністю, ступенем порушення та ризиком, що безпосередньо визначає цілі та запобіжні заходи психологічної допомоги.

Клінічно корисним способом опису депресії є групування її проявів у кластери симптомів, які відповідають основним сферам функціонування. У клінічних описах МКХ-11 симптоми депресивного епізоду чітко структуровані у афективні, когнітивно-поведінкові та нейровегетативні кластери, що дозволяє формалізувати багатосферний характер депресії.

Афективне ядро найчастіше включає (а) пригнічений настрій, який може супроводжуватися смутком, дратівливістю або емоційною порожнечою, та/або (б) значне зниження інтересу або задоволення (анедонія).

Ці афективні зміни мають ключове клінічне значення, оскільки вони часто призводять до зниження зацікавленості у приємних або значущих видах діяльності та можуть набувати самопідсилюючого характеру через уникнення, зменшення позитивного підкріплення та обмеження можливостей для коригувальних переживань.

Когнітивно-поведінкова сфера включає зниження концентрації уваги/нерішучість, переконання у низькій самооцінці або надмірне/невідповідне почуття провини, безнадію щодо майбутнього та повторювані думки про смерть або суїцидальні ідеї/поведінку.

З клінічної точки зору ці ознаки є одночасно симптомами та механізмами, що мають значення для втручання: наприклад, безнадія та самознищення можуть знижувати сприйняту ефективність допомоги, посилювати уникнення переживань та порушувати цілеспрямовану поведінку, тоді як стійкі негативні думки можуть підвищувати ризик і вимагати ретельної оцінки та планування заходів безпеки.

Нейровегетативна/соматична сфера охоплює зміни сну та апетиту/ваги, психомоторне збудження або загальмованість, а також зниження енергії/втому.

Ці симптоми підкреслюють втілену природу депресії: депресія змінює основні фізіологічні ритми та здатність до поведінкової активації, а не лише суб'єктивний настрій [34].

З точки зору психологічної підтримки вегетативні симптоми мають важливе значення, оскільки вони можуть обмежувати «вертикальну»

когнітивну діяльність (наприклад, тривалу концентрацію уваги під час психотерапії), а також тому, що поведінкові звички (сон, активність, режим харчування) часто є складовою частиною заходів зі стабілізації стану в рамках різних підходів до лікування.

Стратифікація за ступенем тяжкості — це не просто формальна категорія; вона відображає поступові зміни інтенсивності симптомів та ступеня порушення функціональних можливостей. МКХ-11 описує оцінку тяжкості з огляду на кількість/тяжкість симптомів та їхній вплив на функціонування, а також додатково розрізняє епізоди середньої та тяжкої форми залежно від наявності психотичних симптомів (марення/галюцинації), зазначаючи, що епізоди легкої форми за визначенням не супроводжуються психотичними симптомами.

Психотичні симптоми, що супроводжують депресію, можуть бути ледь помітними, прихованими та розмивати межі між роздумами чи зацикленістю на певних думках — це спостереження має безпосереднє значення для ретельної клінічної оцінки та визначає обмеження оцінки, що ґрунтується виключно на самооцінці.

Сама лише клінічна картина не дає повного пояснення того, чому депресія зберігається або рецидивує. Тому психологічна наука досліджує механізми, які (а) супроводжують депресивні симптоми, (б) дозволяють заздалегідь передбачити зміни симптомів та/або (в) є модифікованими об'єктами для психологічної допомоги. Сучасні дані свідчать про те, що депресія тісно пов'язана з моделями упередженої обробки інформації, повторюваним негативним мисленням, труднощами з регулюванням емоцій та дисфункцією системи винагороди, кожна з яких відповідає конкретним клінічним характеристикам, описаним вище [54].

Одне з добре обґрунтованих сімейств механізмів пов'язане з когнітивними упередженнями — систематичними схильностями до інтерпретації, оцінки або запам'ятовування інформації таким чином, що це підтримує негативний афект та самореферентну загрозу. Великий метааналіз,

опублікований у журналі «Clinical Psychology Review», що досліджував самооцінювані когнітивні упередження при депресії, виявив сильний зв'язок між депресивними симптомами та (i) катастрофізацією (великий розмір ефекту) і (ii) упередженням інтерпретації (середній розмір ефекту), зробивши висновок, що певні показники когнітивних упереджень демонструють стабільне підвищення у депресивних групах [40].

На додаток до цих даних поперечного зрізу, у 2025 році в багаторівневому лонгітудінальному метааналізі когнітивних упереджень було виявлено невеликий, але статистично значущий прогностичний вплив упереджень на подальші результати щодо тривоги/депресії, а також було виділено упередження інтерпретації та пам'яті (а не упередження уваги) як ключові предиктори в різних лонгітудінальних дослідженнях [62].

У сукупності ці результати підтверджують психологічну характеристику депресії як стану, що включає не лише негативний зміст (наприклад, безнадію), а й упереджені правила обробки інформації, які впливають на те, як з часом інтерпретуються неоднозначні або особистісно значущі стимули.

Другим механізмом, що має велике значення для клінічної феноменології, є повторюване негативне мислення (RNT), зокрема румінація, яка традиційно пов'язується з депресією. У ґрунтовному метааналітичному огляді, опублікованому в журналі «Clinical Psychological Science», румінація визначається як повторюване негативне мислення про власні почуття або минулі події (часто про невдачі), а дослідження румінації історично вписуються в літературу з питань депресії [58].

Румінація є клінічно важливою, оскільки вона, ймовірно, пов'язана з численними ознаками депресії: стійкими негативними самореферентними думками, посиленням почуття провини/неповноцінності, зниженою ефективністю вирішення проблем та поведінковою ізоляцією, зумовленою зосередженням уваги на внутрішньому світі [1].

Практичне значення для психологічної допомоги полягає в тому, що роздуми є як ознакою депресивного когнітивного стилю, так і модифікованим процесом, на який спрямовані декілька структурованих підходів [7].

По-третє, депресія пов'язана з когнітивними спотвореннями пам'яті, які можуть підтримувати депресивні схеми та ускладнювати позитивну переоцінку або активну поведінку [24]. У великому метааналітичному огляді було повідомлено про невеликий, але стабільний ефект явного спотворення довготривалої пам'яті при депресії в природних умовах ($g \approx 0,24$) та встановлено, що його величина залежить від таких факторів, як валентність стимулу, операційні визначення та характеристики завдання; також було зазначено, що спотворення може ставати більш очевидним в умовах індукції настрою/стресу при ремісії депресії, що узгоджується з теоріями вразливості-стресу [48].

Цей тип даних узгоджує клінічне спостереження щодо «селективного пригадування невдач» з емпірично підтвердженою закономірністю: люди, що страждають на депресію, можуть легше згадувати негативні події (та/або важче — позитивні), що впливає на їхню самооцінку, надію та очікування винагороди від дій [13].

По-четверте, депресія характеризується труднощами з регулюванням емоцій, зокрема низьким рівнем спонтанного використання адаптивних стратегій та більшою залежністю від неадаптивних стратегій. Метааналітичне дослідження, що узагальнює 37 досліджень, виявило помірний зв'язок між труднощами з регулюванням емоцій та депресією, що підтверджує емпіричну значущість концептуалізацій дисрегуляції емоцій [37].

У доповнювальному концептуальному огляді, опублікованому у психологічному журналі з відкритим доступом, підкреслюється, що депресія пов'язана з порушенням когнітивних та афективних процесів, а також розглядається, як соціальні форми підтримки регулювання емоцій (екстраіндивідуальна/міжособистісна регуляція) можуть залучати процеси, які

часто порушуються при депресії (внутрішня регуляція, винагорода, когнітивна емпатія) [53].

Хоча концептуальні статті не мають такої ж доказової ваги, як метааналізи, вони допомагають інтегрувати клінічні характеристики (соціальна ізоляція, знижена чутливість до винагороди) з теоретично обґрунтованими психологічними цілями.

Нарешті, особливої уваги заслуговує анедонія як клінічна та психологічна ознака. У клінічно орієнтованому огляді, опублікованому в журналі «Translational Psychiatry», анедонія характеризується як основний симптом великого депресивного розладу; у ньому також узагальнено дані про те, що анедонія пов'язана з несприятливими наслідками, зокрема з більш тяжкими депресивними епізодами та суїцидальністю, а також із гіршим прогнозом та результатами лікування в деяких випадках [65].

Це має значення для психологічної допомоги, оскільки анедонія — це не просто «відсутність щастя»: вона відображає порушення процесів, пов'язаних із винагородою, які можуть підірвати мотивацію, знизити зацікавленість у виконанні поведінкових завдань та послабити корекційне емоційне навчання, а отже, вимагають застосування методів, що безпосередньо відновлюють зв'язок із винагородою та діями, заснованими на значенні [6].

Депресія клінічно визначається не лише наявністю симптомів, а й функціональним впливом. МКХ-11 підкреслює, що депресивні епізоди зазвичай призводять до значного порушення функціонування в особистій, сімейній, соціальній, освітній або професійній сферах; якщо функціонування здається збереженим, це може бути результатом значних додаткових зусиль.

Цей критерій має безпосереднє значення для психологічної допомоги: функціональне порушення часто є безпосередньою причиною звернення за допомогою та ключовим виміром результату для оцінки успішності лікування, що виходить за межі зменшення симптомів.

Характер перебігу є ще однією визначальною ознакою. ВООЗ описує різні типи депресивних епізодів, зокрема депресивний розлад з одним епізодом та рецидивуючий депресивний розлад, а також розрізняє депресію та біполярний розлад, при якому депресивні епізоди чергуються з маніакальними симптомами.

Це розрізнення є клінічно критичним: неправильна класифікація може призвести до неправильного планування лікування (наприклад, необхідність скринінгу на наявність маніакальних/гіпоманіакальних епізодів протягом життя при наявності депресивних симптомів).

Граничні умови — особливо розмежування між депресивними епізодами та нормативними або іншими клінічно суміжними станами — є невід’ємною частиною ретельного визначення. У клінічних описах МКХ-11 чітко обговорюються межі з нормальним горем та наводяться критерії, що вказують, коли депресивний епізод може накладатися на втрату близької людини (наприклад, збереження постійних депресивних симптомів, що виходять за межі нормативних моделей горя, сильне почуття власної нікчемності/провини, не зосереджене на втраті, психотичні симптоми, суїцидальні думки або психомоторна гальмованість).

Вони також окреслюють межі диференціальної діагностики щодо змішаних епізодів та інших станів (наприклад, СДУГ, розладу тривалої скорботи, деменції), підкреслюючи, що депресивні симптоми можуть перетинатися з іншими синдромами, а часові особливості, характер симптомів та контекст мають діагностичне значення.

Коморбідність не є другорядним питанням. У клінічних описах відзначається перекривання симптомів депресивних епізодів та розладів, пов’язаних з тривогою (наприклад, спільні порушення концентрації та сну), при цьому наголошується на диференціюючих ознаках депресії, таких як пригнічений настрій або втрата задоволення, відчуття власної нікчемності та повторювані думки про смерть [17].

З точки зору психологічної допомоги це означає, що адекватна клінічна характеристика депресії повинна враховувати різноманітні клінічні картини та розглядати групи симптомів як системи, що частково взаємодіють між собою (настрій, тривога, реакція на стрес, соціальна ізоляція), а не спиратися на модель з однією єдиною причиною.

Підсумовуючи, визначення депресії має розглядати її як синдром, що характеризується основними афективними ознаками (депресивний настрій/анедонія), проявом симптомів у різних сферах (когнітивній, поведінковій, вегетативній, міжособистісній), ступенем тяжкості (включно з можливими психотичними ознаками) та очевидним функціональним впливом, що вписується в закономірності перебігу та рамкові умови, які визначають діагностику та подальшу психологічну допомогу.

Причини, фактори та психологічні теорії, що пояснюють депресію

Якщо в попередньому підрозділі депресія визначалася з клінічної та психологічної точок зору, то в цьому підрозділі розглядається питання про те, чому депресія розвивається і зберігається. Сучасна наукова література не підтверджує існування пояснення, що спирається на єдину причину. Натомість депресія розглядається як гетерогенний стан, що виникає внаслідок взаємодії біологічної вразливості, психологічного стилю, досвіду розвитку, стресових життєвих подій та соціального контексту [27]. Всесвітня організація охорони здоров'я чітко зазначає, що депресія є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних та біологічних факторів, тоді як Національний інститут психічного здоров'я також описує генетичні, біологічні, екологічні та психологічні чинники. Нещодавні огляди великого депресивного розладу доходять того самого висновку та підкреслюють, що етіологію неможливо адекватно описати з точки зору лише одного чинника [45].

Ця багатофакторна позиція є важливою з академічних та клінічних міркувань. З академічної точки зору вона запобігає редукціонізму: депресію не

можна пояснити виключно аномаліями нейромедіаторів, травматичним досвідом, неадаптивним мисленням або соціальною депривацією, розглянутими ізольовано. З клінічної точки зору вона пояснює, чому різні пацієнти можуть досягати зовні схожих депресивних синдромів різними шляхами, і чому психологічна допомога має бути індивідуалізованою, а не шаблонною. Гетерогенність, виявлена в сучасних генетичних та механістичних дослідженнях, переконливо підтверджує цей висновок (рисунок 1.3).

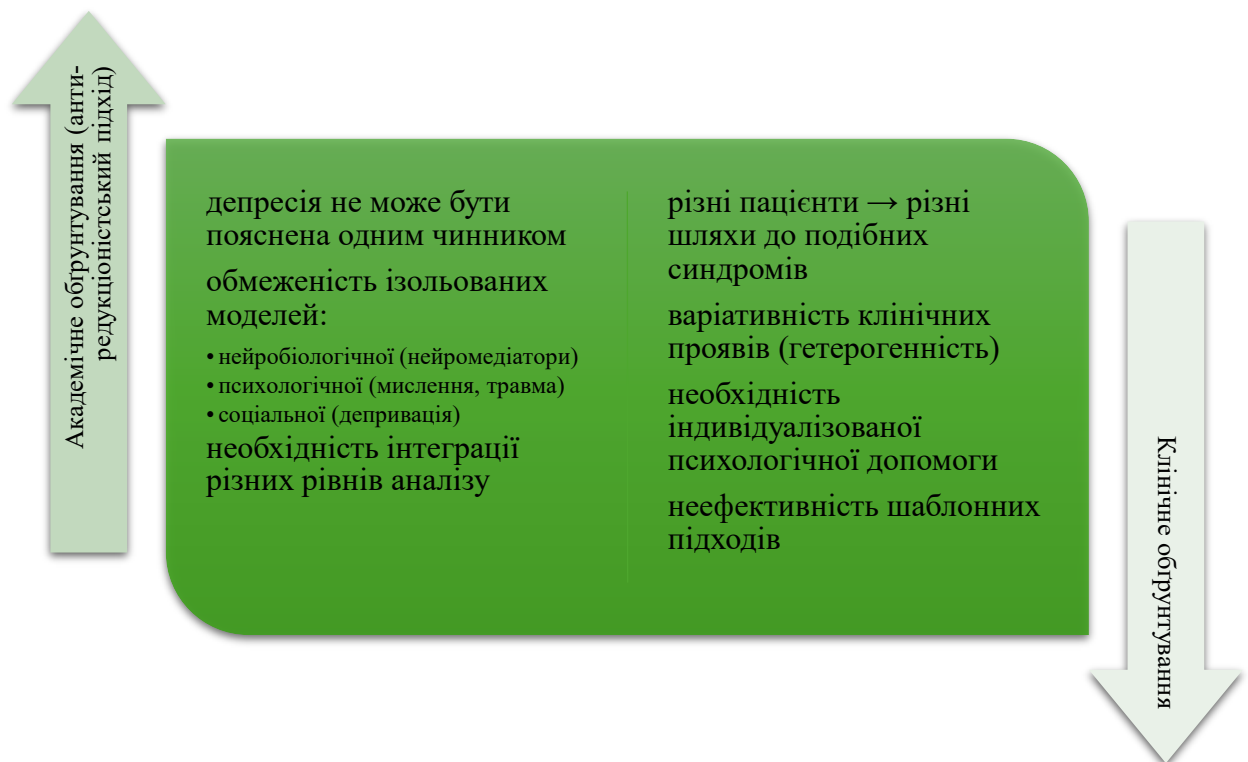


Рисунок 1.3. Академічне та клінічне обґрунтування багатофакторного підходу до розуміння депресії

Біологічні фактори є значущими, але вони не діють детерміновано. Сучасні огляди оцінюють спадковість великого депресивного розладу приблизно в 30–50%, а нещодавні дослідження асоціації геномів різних популяцій показують, що депресія має високополігенну архітектуру, де багато варіантів роблять індивідуально невеликий внесок, а не якийсь один ген виступає вирішальною причиною. Це означає, що успадкована вразливість є

реальною, проте вона має ймовірнісний, а не фатальний характер; генетична схильність підвищує сприйнятливість, але зазвичай вимагає взаємодії зі стресовими факторами навколишнього середовища та історією розвитку, щоб проявитися клінічно [42].

На механістичному рівні в літературі найчастіше висвітлюються порушення регуляції систем реакції на стрес, особливо гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі, аномалії в моноамінергічній та пов'язаній з винагородою сигналізації, нейропластичні зміни та запальні процеси. Нещодавні дослідження також свідчать на користь існування запального підтипу депресії, а не єдиного запального пояснення, яке можна застосувати до всіх пацієнтів. Порушення сну є ще однією важливою біологічною та поведінковою вразливістю: метааналітичні дані вказують на те, що безсоння суттєво підвищує ризик розвитку депресії в майбутньому. Крім того, депресія тісно пов'язана з фізичними захворюваннями [32]. І ВООЗ, і NIMH наголошують на двосторонньому зв'язку між депресією та хронічними захворюваннями, а велике дослідження на основі реєстрів, опубліковане в *The Lancet Public Health*, виявило, що ризик великого депресивного розладу залишається підвищеним протягом років після виникнення багатьох захворювань.

Тому значення біологічних факторів слід інтерпретувати з урахуванням нюансів. Біологія пояснює частину вразливості, прояву симптомів та рецидивів, але вона не спростовує психологічних пояснень. Навпаки, біологічні дані підкріплюють аргументи на користь інтегративних моделей, оскільки реактивність на стрес, навчання через винагороду, когнітивні упередження, сон та запалення взаємодіють із психологічним функціонуванням та соціальним світом людини.

Серед факторів навколишнього середовища несприятливі життєві події залишаються одним із найнадійніших висновків у дослідженнях депресії. ВООЗ зазначає безробіття, втрату близьких та травматичні події серед важливих факторів. Водночас новіші дані уточнюють класичну модель стресу,

показуючи, що важливе значення має не лише сам факт події, а й те, як ця подія оцінюється та інтерпретується людиною. Нещодавній систематичний огляд та метааналіз виявили, що більш негативне сприйняття значних життєвих подій було суттєво пов'язане з вищим рівнем депресивних симптомів, що є особливо важливим, оскільки пов'язує зовнішні стресори з внутрішніми процесами надання сенсу.

Негативні події в ранньому розвитку є ще однією важливою етіологічною сферою. Нещодавній систематичний огляд та метааналіз у *Acta Psychiatrica Scandinavica* підтвердили, що жорстоке поводження в дитинстві тісно пов'язане з депресією у дорослому віці, а в резюме підкреслюється вплив таких переживань на психічне здоров'я протягом усього життя [36].

Ця робота є особливо важливою для психологічної теорії, оскільки жорстоке поводження в дитинстві не просто збільшує загальний дистрес; воно може формувати пізнішу самосхему, довіру, регуляцію афекту, чутливість до стресу та очікування щодо стосунків, тим самим створюючи стійкі шляхи до депресивного функціонування [63].

Соціальна зв'язаність також має чітку пояснювальну цінність. Метааналітичні та лонгітудинальні дані показують, що вища сприйнята соціальна підтримка пов'язана з меншою кількістю депресивних симптомів, тоді як нижча підтримка пов'язана з більшою вразливістю. Ці висновки узгоджуються з ширшою концепцією буферизації стресу, згідно з якою підтримуючі стосунки зменшують ймовірність перетворення стресу на психопатологію [50].

Нарешті, соціальне середовище включає соціально-економічну нерівність, шкідливе вживання алкоголю, стигму та хронічне напруження. Регіональні матеріали з питань громадського здоров'я від Панамериканської організації охорони здоров'я визначають низький соціально-економічний статус, вживання алкоголю та стрес як важливі фактори ризику. Більш сучасні оглядові роботи вказують, що соціальна підтримка, як правило, діє як захисний фактор, тоді як стигматизація та дискримінація сприяють розвитку та

підтримці депресивних симптомів у декількох групах населення. Отже, депресію не слід розглядати лише як внутрішньопсихічний розлад; вона також має соціальні закономірності та підтримується суспільством [15].

Серед психологічних пояснень когнітивна традиція, пов'язана з Аароном Т. Беком, залишається однією з найвпливовіших. У своїй класичній формі модель Бека передбачає, що депресія підтримується негативно упередженою обробкою інформації, дисфункціональними переконаннями та так званою негативною когнітивною тріадою, що охоплює «я», світ та майбутнє [2]. Сучасні огляди продовжують описувати теорію Бека як модель, в якій схильність до депресії виникає внаслідок систематичних негативних помилок в увазі, інтерпретації, пам'яті та судженнях. Емпірична стійкість моделі полягає не в твердженні, що думки є єдиною причиною депресії, а в демонстрації того, що когнітивні спотворення, самокритичні схеми та песимістичні очікування щодо майбутнього є центральними механізмами багатьох депресивних епізодів [49].

Тісно пов'язаною, але більш конкретною формулюванням є теорія безнадії, пов'язана з Лінн Й. Абрамсон та її колегами. Ця модель стверджує, що депресія особливо ймовірна, коли люди звично інтерпретують негативні події як спричинені стабільними, глобальними та саморелевантними факторами, і коли стресові події активують цей стиль атрибуції [14]. Докази, отримані в ході довготривалих досліджень та узагальнені в основних оглядах, підтверджують прогноз, що негативний стиль атрибуції взаємодіє з негативними життєвими подіями з часом, передбачаючи депресивні симптоми. Важливість цієї теорії полягає в тому, що вона пояснює, чому дві людини, які зазнали подібних негараздів, не обов'язково реагують однаково: вирішальним є не лише вплив стресу, а й значення, яке людина надає цьому стресу [51].

Перспектива стилів реагування, розроблена Сьюзан Нолен-Хуксема, розширює когнітивну традицію, акцентуючи увагу на румінації. Згідно з цією точкою зору, депресія затягується, коли люди реагують на дисфоричний настрій повторюваним, пасивним, зосередженим на собі мисленням, а не

вирішенням проблем, адаптивним відволіканням або ефективними діями [4]. Огляд доказів вказує на те, що роздуми посилюють депресію, підсилюють негативне мислення та заважають інструментальній поведінці; інші дослідження показують, що роздуми функціонують як незалежний фактор вразливості, так і у взаємодії зі стресом. Це робить роздуми особливо важливими для сучасної психології, оскільки вони пов'язують когнітивний зміст, регулювання емоцій та поведінкову пасивність у рамках єдиного механізму підтримання.

Поведінкові теорії пояснюють депресію не стільки тим, що людина думає, скільки тим, які моделі дій та підкріплення організовують повсякденне життя. Класична поведінкова модель, пов'язана з Пітером М. Левінсоном та суміжними традиціями, припускає, що депресія розвивається, коли позитивне підкріплення, пов'язане з реакцією, втрачається, зменшується або є хронічно недостатнім [35].

Сучасні огляди літератури з поведінкової активації продовжують узагальнювати цю модель саме в таких термінах: низька винагорода з боку середовища та посилене уникнення звужують поведінковий репертуар індивіда, обмежують доступ до майстерності та задоволення, а отже, посилюють депресивний настрій. Метааналітичні дослідження обробки винагород додатково підтверджують ідею, що депресія пов'язана з порушеннями у навчанні винагород та реактивності на винагороди.

Міжособистісні теорії наголошують, що депресія розгортається саме у відносинах, а не поза ними [10]. Дослідження, що спираються на модель Коена, показують, що люди з депресивними симптомами можуть вдаватися до неадаптивних міжособистісних форм поведінки — таких як надмірне прагнення заспокоєння, прагнення негативного зворотного зв'язку або егоцентричний стиль розмови — які спочатку мають на меті регулювати дистрес, але зрештою можуть напружувати стосунки та відштовхувати підтримку. Метааналітичний огляд надмірного прагнення заспокоєння дійшов висновку, що інтеракційна теорія Коена залишається однією з найвпливовіших

концептуальних рамок для розуміння міжособистісних аспектів депресії [8]. Ця лінія теорії є надзвичайно важливою, оскільки пояснює, як депресія може самопідтримуватися через цикли відсторонення, пошуку запевнення, непорозуміння, відторгнення та відчуття тягаря.

Новіші підходи до регулювання емоцій охоплюють когнітивні, поведінкові та міжособистісні школи. Їхнє основне припущення полягає в тому, що депресія пов'язана з труднощами у визначенні емоцій, перенесенні дистресу, переключенні уваги, переоцінці ситуацій та відключенні від неадаптивних циклів негативних думок [12]. Нещодавній метааналіз повідомив про змінену нейронну активність під час регулювання емоцій при депресії, а новіша література, орієнтована на втручання, дедалі частіше розглядає дисрегуляцію емоцій як трандіагностичний механізм, а не як вторинний симптом [22]. Це є дуже актуальним, оскільки регулювання емоцій утворює міст між етіологічним поясненням та конкретними психотерапевтичними цілями [18].

Жодна психологічна теорія окремо не пояснює адекватно всіх форм депресії. Когнітивні моделі найкраще пояснюють формування негативного сенсу та самооцінку [21]; теорія безнадії підкреслює роль атрибуції в умовах стресу [19]; поведінкові моделі пояснюють відхід, деактивацію та зменшення винагороди [25]; міжособистісні моделі пояснюють механізми підтримання відносин [5]; а моделі регулювання емоцій пояснюють, чому дистрес стає повторюваним, стійким та важким для модуляції [11]. Тому сучасні дослідження віддають перевагу інтегративній позиції, згідно з якою депресія виникає, коли фактори вразливості та стресори збігаються, а потім підтримуються неадаптивними когнітивними, поведінковими, емоційними та міжособистісними циклами. Нейробіологічні дослідження, що підтверджують логіку діатезу-стресу, разом із ширшими біопсихосоціальними оглядами, узгоджуються з цією синтезою [20].

Цей інтегративний висновок має безпосередню методологічну цінність. Якщо депресія викликається та підтримується через множинні шляхи, то

психологічна допомога не може обмежуватися однією мовою пояснення. Співіснування кількох доказових психотерапій у сучасних рекомендаціях — особливо поведінкової активації, когнітивно-поведінкової терапії, міжособистісної психотерапії та терапії вирішення проблем — відображає саме цю етіологічну множинність, а не теоретичну плутанину. Як ВООЗ, так і Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги рекомендують структуровані психологічні інтервенції для лікування депресії, що опосередковано підтверджує: клінічно значущі депресивні процеси можна впливати на рівнях когніції, поведінки, подолання труднощів та стосунків.

Таким чином, депресію слід розуміти як багатофакторний розлад, початок та персистенція якого формуються взаємодією біологічної вразливості, несприятливих умов розвитку, соціального напруження, неадаптивного когнітивного стилю, зниженого поведінкового підкріплення, дефіциту регуляції емоцій та міжособистісних порушень. Жоден із цих механізмів сам по собі не є достатнім у кожному випадку, але кожен із них здатний стати домінуючим у певних профілях симптомів.

. Сучасні підходи до психологічної допомоги особам, які страждають на депресію

Сучасна клінічна наука вже не розглядає психологічну допомогу при депресії як другорядне або необов'язкове доповнення до медикаментозного лікування. Останні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, Національного інституту з питань якості охорони здоров'я та медичного обслуговування (NICE), Американської психологічної асоціації, а також спільні рекомендації Міністерства у справах ветеранів США та Міністерства оборони США визначають психотерапію як основу доказової терапії депресії. ВООЗ прямо заявляє, що психологічні методи лікування є першочерговими методами лікування депресії, що їх можна поєднувати з антидепресантами при помірній та тяжкій депресії, а при легкій депресії антидепресанти не потрібні.

NICE аналогічно організовує лікування з урахуванням тяжкості, функціональних можливостей, ризику та уподобань пацієнта, тоді як АРА та VA/DoD підтримують використання різних психотерапевтичних методів, а не єдиного універсально кращого методу [44].

Ця позиція впливає із сучасного розуміння самої депресії. Депресія не обмежується лише погіршеним настроєм; вона впливає на когнітивні функції, мотивацію, рівень активності, сон, соціальне функціонування, самооцінку та надію на майбутнє [26].

NICE визначає депресію в термінах МКХ-11 як пригнічений настрій або знижений інтерес, що виникають протягом більшої частини дня, майже щодня, протягом щонайменше двох тижнів, супроводжувані такими симптомами, як порушення концентрації, низька самооцінка або почуття провини, безнадія та суїцидальні думки. Оскільки розлад є багатовимірним, ефективна психологічна допомога повинна бути спрямована не лише на симптоми: вона також повинна враховувати функціонування, способи подолання труднощів, стосунки, пошук допомоги та ризик рецидиву.

Сучасні підходи слід концептуалізувати не як перелік ізольованих технік, а як клінічно інтегровану систему. У цій системі терапевт працює з профілем симптомів людини, їх тяжкістю, психосоціальним контекстом, особистістю та стилем взаємовідносин, перевагами щодо лікування, функціональними порушеннями та готовністю до співпраці. Отже, сучасні клінічні настанови віддають перевагу гнучкій, структурованій та орієнтованій на людину психологічній допомозі над жорсткими універсальними моделями.

Визначальною рисою сучасної практики є спільне прийняття рішень. NICE чітко рекомендує обговорювати, що, на думку людини, сприяло розвитку депресії, чого вона сподівається досягти від лікування, які види втручань вона віддає перевагу та як має проводитися лікування, зокрема чи має воно бути індивідуальним чи груповим, дистанційним чи очним, і де воно має відбуватися.

У тих самих рекомендаціях наголошується, що людина має право відмовитися від лікування або змінити свою думку після його початку. VA/DoD висловлює ту саму думку в іншому форматі: початковим лікуванням може бути психотерапія або фармакотерапія, і рішення має базуватися на уподобаннях пацієнта, коли обидва варіанти є клінічно обґрунтованими [61].

Другим основним принципом є поетапна або індивідуалізована допомога. NICE рекомендує розглядати моделі поетапної або індивідуалізованої допомоги для організації послуг, щоб інтенсивність втручання відповідала тяжкості, складності та реакції з часом. У разі менш тяжкої депресії спочатку розглядається найменш інтрузивне та найменш ресурсомістке втручання, особливо керована самопомога. У разі більш тяжкої депресії більш актуальними стають частіші контакти з терапевтом і, у багатьох випадках, комбіноване лікування. Ця логіка має теоретичне значення, оскільки вона переосмислює психологічну допомогу як континуум: психоосвіта, керована самопомога, структурована психотерапія, спільна допомога, послуги фахівців та робота з профілактики рецидивів — це не конкуруючі філософії, а пов'язані рівні одного й того ж шляху надання допомоги.

Третім принципом є допомога, що базується на вимірюванні та орієнтована на функції. VA/DoD рекомендує включити допомогу, що базується на вимірюванні, у початкову оцінку та поточне лікування. У цій моделі шкали симптомів не використовуються механічно або діагностично ізольовано; навпаки, вони допомагають відстежувати прогрес, визначати цілі втручання, персоналізувати догляд та керувати змінами в лікуванні. Це особливо важливо при депресії, оскільки суто імпресіоністичне лікування часто не враховує зміни у функціонуванні, суїцидальні думки, сон, уникнення та залишкові симптоми, які сильно впливають на довгостроковий результат [52].

Сучасний догляд також передбачає, що участь у лікуванні сама по собі є клінічною метою.

Систематичні огляди бар'єрів у зверненні за допомогою неодноразово визначають самозалежність, стигму та низький рівень обізнаності з питань психічного здоров'я як основні перешкоди для звернення за професійною допомогою. Ці дані пояснюють, чому сучасні рекомендації приділяють так багато уваги доступним формам, комунікації без стигматизації, гнучкості надання допомоги та своєчасному доступу. Іншими словами, сучасна психологічна допомога полягає не лише в тому, що надається під час сеансів; вона також полягає у створенні умов, за яких люди взагалі здатні та готові розпочати лікування.

Сучасна база доказів підтримує кілька структурованих психотерапій для лікування депресії у дорослих. Оновлений центр доказів ВООЗ 2023 року рекомендує структуровані психологічні втручання для лікування депресії середньої та тяжкої форми, зокрема терапію поведінкової активації, коротку психодинамічну терапію, когнітивно-поведінкову терапію, міжособистісну терапію, терапію вирішення проблем та терапії третьої хвилі [38].

VA/DoD аналогічно рекомендують пропонувати одну з декількох доказових психотерапій, включаючи терапію прийняття та зобов'язання, поведінкову терапію або поведінкову активацію, когнітивно-поведінкову терапію, міжособистісну терапію, когнітивну терапію на основі уважності, терапію вирішення проблем та короткострокову психодинамічну психотерапію. Керівництво АРА для дорослих також рекомендує кілька психотерапевтичних втручань, а не одну виключну модель.

У цій групі когнітивно-поведінкова терапія залишається одним із найбільш усталених підходів [28]. Її основним механізмом є модифікація неадаптивних моделей мислення, переконань та поведінки, що підтримують депресивні стани. NICE віддає перевагу КПТ як при менш тяжкій, так і при більш тяжкій депресії. Для більш тяжкої депресії індивідуальна КПТ є одним із основних методів першої лінії лікування і часто рекомендується у поєднанні з антидепресантами. Ця провідна роль відображає як широту доказової бази, так і практичність терапії: вона структурована, має чіткі інструкції,

орієнтована на цілі та підходить для індивідуального, групового та цифрового застосування.

Поведінкова активація стала особливо важливою в сучасній практиці, оскільки вона безпосередньо спрямована на усунення відсторонення, неактивності, втрати підкріплення та уникнення. NICE описує ПА як метод, зосереджений на виявленні зв'язків між активністю та настроєм, зменшенні уникнення та збільшенні поведінки, пов'язаної з поліпшенням настрою. Це робить ПА особливо актуальною, коли депресія виявляється через соціальну ізоляцію, пасивність, порушення звичного розпорядку дня або зниження ініціативності. Її клінічна привабливість також полягає в масштабованості: ПА можна проводити індивідуально, у групах, через керовану самодопомогу та у форматах із розподілом завдань.

Міжособистісна психотерапія та терапія вирішення проблем є ще двома стовпами сучасної допомоги. МПТ є особливо корисною, коли депресія пов'язана з горем, зміною ролей, міжособистісними конфліктами або хронічною нестабільністю у відносинах; її метою є зміна моделей відносин, а не безпосереднє спростування депресивних думок. Натомість терапія вирішення проблем — це коротка та прагматична модель, зосереджена на поточних труднощах, альтернативних рішеннях, плануванні та оцінці. Ці підходи є цінними, оскільки розширюють терапевтичну карту за межі суто когнітивного підходу та визнають, що депресія часто підтримується невирішеними життєвими стресорами, розривом стосунків та низькою самооцінкою компетентності у вирішенні повсякденних проблем.

Короткострокова психодинамічна психотерапія, консультування та підходи третьої хвилі займають важливе місце в сучасній плюралістичній медичній допомозі. NICE включає консультування та короткострокову психодинамічну психотерапію до варіантів першої лінії, тоді як оновлення ВООЗ 2023 року включає короткострокову психодинамічну терапію та терапії третьої хвилі. Їхня присутність у сучасних клінічних настановах має теоретичне значення: це вказує на те, що сучасні докази не підтримують

зведення лікування депресії лише до однієї школи. Основні психотерапевтичні методи лікування депресії у дорослих є ефективними та прийнятними, між ними є мало суттєвих відмінностей, і що більшість із них все ще демонстрували значний ефект через 12 місяців спостереження порівняно зі стандартним лікуванням.

Однією з найяскравіших ознак модернізації лікування депресії є диверсифікація форматів надання послуг [16]. ВООЗ зазначає, що постачальники можуть пропонувати індивідуальні очні, групові очні, керовані форми самодопомоги та, за потреби, некеровані форми самодопомоги для рекомендованих структурованих психологічних втручань. NICE також ставить керовану самодопомогу на початок шляху для менш тяжкої депресії та визначає її як друковані або цифрові матеріали, засновані на структурованій КТ, поведінковій активації, вирішенні проблем або психоосвіті, що підтримуються кваліфікованим практиком під час регулярних сесій. Це не зниження якості; це спроба узгодити інтенсивність лікування з клінічними потребами, розширюючи доступ.

Цифрове надання послуг перейшло від експериментального статусу до умовної інтеграції в рутинну медичну допомогу [33]. Керівництво NICE щодо медичних технологій, присвячене цифровим терапіям, описує онлайн-програми та програми КПТ на основі додатків, що надаються за підтримки фахівця, і зазначає, що керована самодопомога, включаючи цифрові формати, є варіантом як для менш тяжкої, так і для більш тяжкої депресії. Водночас NICE наголошує, що для більш тяжкої депресії зазвичай слід спочатку розглядати методи лікування з більшим контактом з терапевтом. Широка база доказів підтримує цей обережний оптимізм: метааналіз індивідуальних даних пацієнтів показав, що керована інтернет-КПТ є ефективнішою, ніж некерована інтернет-КПТ, а останні метааналітичні дослідження продовжують демонструвати значну користь від цифрових психотерапій при депресії у дорослих [46].

Ще одним важливим напрямком розвитку є спільна допомога. NICE рекомендує спільну допомогу, зокрема, для літніх людей, осіб із значними проблемами фізичного здоров'я або соціальною ізоляцією, а також для тих, хто страждає на більш хронічну депресію, що не реагує на звичайну спеціалізовану допомогу. Співпраця у наданні медичної допомоги визначається як оцінка та залучення, орієнтовані на пацієнта, моніторинг симптомів, активне планування лікування та подальше спостереження призначеним менеджером випадку, надання психологічних та психосоціальних методів лікування в рамках структурованого протоколу, інтеграція фізичної та психічної медичної допомоги, спільна робота між службами та нагляд з боку досвідченого фахівця з психічного здоров'я. VA/DoD також повідомляють, що спільна допомога у первинній медичній допомозі покращує симптоми депресії порівняно зі звичайною допомогою, відповідає моделям поетапної допомоги та пов'язана з більшою задоволеністю пацієнтів.

Для систем з обмеженими спеціалізованими ресурсами також дуже актуальним є розподіл завдань. У рекомендаціях ВООЗ щодо mhGAP 2023 року чітко зазначено, що вони призначені для підтримки неспеціалізованих працівників у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, а метааналіз індивідуальних даних пацієнтів показав, що психологічні втручання з розподілом завдань були пов'язані з більшим зниженням тяжкості депресивних симптомів та вищими показниками реакції та ремісії, ніж у контрольних умовах [9]. Це показує, що «сучасні підходи» включають не лише класичну психотерапію, що проводиться терапевтом, а й масштабовані, контрольовані, структуровані моделі, які розширюють доступ, не відмовляючись від принципів, заснованих на доказах [43].

Сучасна психологічна допомога не обмежується лише зменшенням гострих симптомів. Рекомендації NICE щодо профілактики рецидивів є надзвичайно чіткими: після ремісії або часткової ремісії продовження лікування може знизити ризик рецидиву, а для осіб із підвищеним ризиком рецидиву слід розглянути групову когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) або

когнітивну терапію на основі уважності замість продовження прийому антидепресантів або разом із ними.

NICE також зазначає, що робота з профілактики рецидивів повинна чітко фокусуватися на навичках, необхідних для збереження хорошого самопочуття, і зазвичай складається з восьми сеансів протягом двох-трьох місяців, з можливістю додаткових сеансів протягом наступного року. Це відображає сучасну точку зору, що депресія часто є рецидивною і що збереження досягнутих результатів є частиною лікування, а не додатковим задумом.

Сучасна модель також розрізняє підходи до лікування складних форм депресії. У разі психотичної депресії NICE рекомендує направлення до спеціалізованих служб психічного здоров'я, скоординовану мультидисциплінарну допомогу та доступ до психологічних методів лікування після поліпшення гострих психотичних симптомів.

У разі тяжкої депресії, що вимагає швидкого реагування, або депресії, яка не реагує на інші методи лікування, NICE радить розглянути можливість електросудомної терапії; важливо, що після успішного курсу ЕСТ слід застосовувати антидепресанти або психологічне втручання для запобігання рецидиву. Таким чином, навіть у випадках, коли гостре лікування вимагає біологічного або вузькоспеціалізованого лікування, психологічна допомога повертається до протоколу, щойно це дозволяє стабілізація стану.

Докази також підтверджують доцільність поєднання методів при підвищенні клінічної тяжкості. В одному мережевому метааналізі 101 дослідження, що охоплював 11 910 пацієнтів, комбіноване лікування виявилось ефективнішим за окрему психотерапію та окрему фармакотерапію у досягненні відповіді, а мережевий метааналіз 2024 року показав, що більшість психотерапій у поєднанні з медикаментами були ефективнішими за окрему психотерапію при депресії середньої та тяжкої тяжкості, тоді як таких відмінностей не спостерігалось при легкій депресії [43].

Це має велике значення для теоретичного формулювання: сучасна психологічна допомога не є «антимедикаментозною», а скоріше інтегрованою та чутливою до тяжкості захворювання.

Найбільш обґрунтованим науковим висновком є те, що сучасна психологічна допомога дорослим із депресією характеризується п'ятьма взаємопов'язаними рисами.

По-перше, вона ґрунтується на доказах і є плюралістичною: КТ, ПА, ПТ, ПСТ, МБКТ, коротка психодинамічна терапія, АКТ та пов'язані підходи мають своє місце в сучасній практиці. По-друге, вона адаптована до тяжкості та клінічного контексту: керована самопомога та варіанти низької інтенсивності часто є доречними для менш тяжких випадків, а більший внесок терапевта або комбіноване лікування є більш доречними у випадках з більш тяжким перебігом. По-третє, вона є персоноцентричною, спираючись на спільне прийняття рішень, переваги щодо лікування та доступність. По-четверте, вона враховує системні аспекти, включаючи спільну допомогу, цифрові засоби надання послуг та розподіл завдань. По-п'яте, вона є довготривалою, виходячи за межі гострого зменшення симптомів у напрямку профілактики рецидивів та сталого функціонування.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було проаналізовано теоретичні та методологічні засади депресії та психологічної допомоги. У рамках проведеного аналізу встановлено, що депресія є складним психічним розладом, який характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу до життя (ангедонією), зниженням рівня енергії та порушенням когнітивних, емоційних і поведінкових процесів.

Розгляд причин та факторів розвитку депресії дозволив виявити багаторівневий характер їхньої природи, який включає як біологічні, так і психологічні, а також соціальні компоненти. У рамках проведеного

дослідження було встановлено, що значну роль відіграють стрес, викликаний життєвими подіями, особливості особистості, когнітивні спотворення, а також порушення нейрохімічних процесів.

Аналіз психологічних теорій показав, що депресію можна пояснити з точки зору когнітивних, поведінкових, психодинамічних, а також біопсихосоціальних моделей.

У ході дослідження сучасних підходів до психологічної допомоги встановлено, що найбільшу ефективність демонструють комплексні методи, що включають когнітивно-поведінкову терапію, методи емоційної регуляції, психоосвіту та підтримку соціальних зв'язків. У рамках першого розділу також було підкреслено необхідність індивідуалізації психологічної допомоги з урахуванням особливостей клієнта.

Таким чином, теоретичний аналіз створив методологічну основу для проведення емпіричного дослідження та розробки програми психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСІЮ

2.1. Дизайн, методологія та опис вибірки дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію

Якісний емпіричний дизайн у дослідженнях професійного стресу зазвичай базується на двох взаємодоповнюючих основах: (а) чітких визначеннях та (б) теоретично обґрунтованому виборі змінних. У цьому дослідженні стрес розглядається як психологічний стан (занепокоєння/психічна напруга), так і як професійна модель реагування, пов'язана з невідповідністю між вимогами та ресурсами/потребами [3]. Це подвійне розуміння є критично важливим для менеджерів, оскільки стресогенні фактори в управлінні рідко обмежуються «робочим навантаженням»: вони часто включають конфлікт ролей, міжособистісну напругу, асиметрію відповідальності (висока відповідальність при обмежених повноваженнях) та постійні зміни, що безпосередньо відповідають усталеним психосоціальним факторам праці (вимоги, контроль, підтримка, відносини, роль, зміни) [64].

Концептуальна логіка емпіричної частини узгоджується з трьома підтвердженими фактами твердженнями:

По-перше, стрес слід очікувати, коли вимоги перевищують ресурси або коли ресурси не можуть бути поповнені. Ця логіка узгоджується з моделями стресу, що базуються на оцінці та ресурсах.

По-друге, управлінський стрес не є суто емоційним; він має когнітивні наслідки. Гострий стрес може впливати на виконавчі функції, а стрес може змінювати оцінку, навчання та поведінку, пов'язану з ризиком, у процесі прийняття рішень — особливо актуальна сфера для менеджерів, які мають здійснювати стратегічні та операційні вибори в умовах невизначеності.

По-третє, управління стресом є емпірично модифікованим: дані досліджень з професійної інтервенції підтверджують ефективність структурованих програм управління стресом на роботі, а сучасна література з інтервенції на робочому місці (включаючи підходи, засновані на усвідомленості) вказує, що поліпшення здатності до саморегуляції може принести вимірювані переваги [56].

Відповідно, емпірична модель цього дослідження розглядає управління стресом у менеджерів як взаємодію (а) сприйнятих стресогенних факторів (вимоги, низька контрольованість, неоднозначність ролі, тиск змін), (б) проявів стресу (когнітивне навантаження, роздуми, виснаження, перенесення проблем з роботи на особисте життя) та (в) практик подолання/саморегуляції (уникнення проти конструктивного подолання, управління межами, поведінка, спрямована на відновлення, пошук допомоги).

Емпірична частина дослідження розроблена як кількісне, поперечне, описово-кореляційне дослідження на основі даних опитування за допомогою самозвітів. Вибір підходу на основі опитування є методологічно обґрунтованим, оскільки (а) ключові змінні в дослідженні стресу (сприйняті вимоги, оцінка, суб'єктивна інтенсивність стресу, моделі подолання) за своєю суттю є досвідними і найкраще фіксуються за допомогою структурованого самозвіту, та (б) дослідження має на меті вивчити взаємозв'язки між психологічними показниками, а не перевірити клінічний діагноз [59].

У дослідженні використовується стратегія не випадкового (зручного) відбору з загальним розміром вибірки 35 респондентів, які наразі працюють на керівних посадах (наприклад, лінійні, середні або функціональні менеджери). Критерії включення: (1) поточна або нещодавня робота на керівній посаді (протягом останніх 6 місяців); (2) вік 18+; (3) інформована згода на участь; (4) здатність самостійно заповнити анкету.

Збір даних організовано анонімно. Респонденти отримують інформаційний лист, у якому описано мету дослідження, принципи конфіденційності, добровільність участі та право припинити участь у будь-

який момент. Анкета може заповнюватися онлайн (за допомогою веб-інструменту для опитування) або у паперовій формі. Відповіді записуються у структуровану базу даних для подальшої статистичної обробки.

Анкета побудована таким чином, що вищі бали вказують на вищу стресову навантаження та/або менш адаптивне управління стресом, оскільки більшість пунктів відображають стресори, прояви напруги або дефіцит у подоланні/відновленні. Ця спрямована логіка відповідає концепціям професійного стресу, де підвищені вимоги та обмежені ресурси передбачають напругу та наслідки, пов'язані з вигоранням [55].

Для обробки даних (N=35) рекомендується обчислювати: (а) бали за субшкалами як середнє значення пунктів у кожній категорії; (б) загальний індекс як середнє значення за всіма пунктами; та (с) кореляційні закономірності між категоріями (наприклад, вимоги ↔ напруження; підтримка ↔ напруження; дефіцит способів подолання ↔ напруження). Зосередження уваги на рангових кореляціях є методологічно доцільним для порядкових даних за шкалою Лікерта, особливо у невеликих дослідницьких вибірках.

Основним інструментом є розроблена анкета, зосереджена на (а) стресогенних факторах управлінської роботи, (б) сприйнятому контролі/ресурсах та організаційній підтримці, (в) проявах стресу, що стосуються когнітивних процесів та емоційного стану керівників, та (г) поведінці щодо управління стресом (моделі подолання, відновлення, встановлення меж). Змістові домени відповідають усталеним психосоціальним факторам організації праці (вимоги, контроль, підтримка, відносини, роль, зміни) та ширшим концептуальним рамкам робочого стресу, що пояснюють, як вимоги/ресурси передбачають результати напруги та вигорання.

У випадках, коли вимагається стандартизований порівняльний аналіз, емпіричний блок може бути доповнений (без заміни авторського опитувальника) валідованими інструментами, такими як: Шкала сприйнятого стресу, розроблена Шелдоном Коеном [41] (PSS), та усталені опитувальники вигорання, які концептуалізують вигорання через множинні компоненти.

. Аналіз психологічних показників у осіб з депресивними симптомами

Емпіричною метою підрозділу 2.2 є надання описового, структурованого за сферами психологічного профілю учасників дослідження ($n = 35$, дорослі віком від 18 років) на основі розробленого автором опитувальника (Додаток А), без введення кореляційних або регресійних висновків. Цей підхід відповідає сучасним уявленням про депресію як стан, що впливає на настрій, когнітивні функції, поведінку та функціонування, а також клінічним рекомендаціям, які наголошують на тому, що психологічна підтримка повинна бути спрямована на модифіковані механізми, такі як моделі активності, регулювання емоцій та подолання труднощів, соціальна підтримка та бар'єри для звернення по допомогу [45].

Депресію зазвичай описують як розлад, що супроводжується пригніченим настроєм та/або втратою інтересу чи задоволення, а також додатковими симптомами, які можуть погіршувати повсякденне функціонування та підвищувати схильність до самоушкодження у частини хворих [29]. Тому при інтерпретації описових показників у цьому аналізі підвищені бали (ближчі до 5) розглядаються не як діагноз, а як сигнали потенційної вразливості у психологічних сферах, що є як клінічно значущими, так і релевантними для планування психологічної допомоги.

Анкета операціоналізує п'ять сфер, що відповідають функціонально-психологічному розумінню переживань депресивних симптомів та залучення до психологічної допомоги: (А) афективно-когнітивна оцінка, (В) поведінково-соматичне функціонування, (С) стрес/подолання та регулювання емоцій, (D) соціальна зв'язаність та сприйнята підтримка, та (Е) ставлення до психологічної допомоги та бар'єри (рисунок 2.1). Ця структура сфер концептуально узгоджується з міжнародними описами депресивних станів та визнаними в клінічних настановах цілями психологічного лікування (наприклад, залучення до активності, стратегії подолання, соціальні фактори та звернення по допомогу).

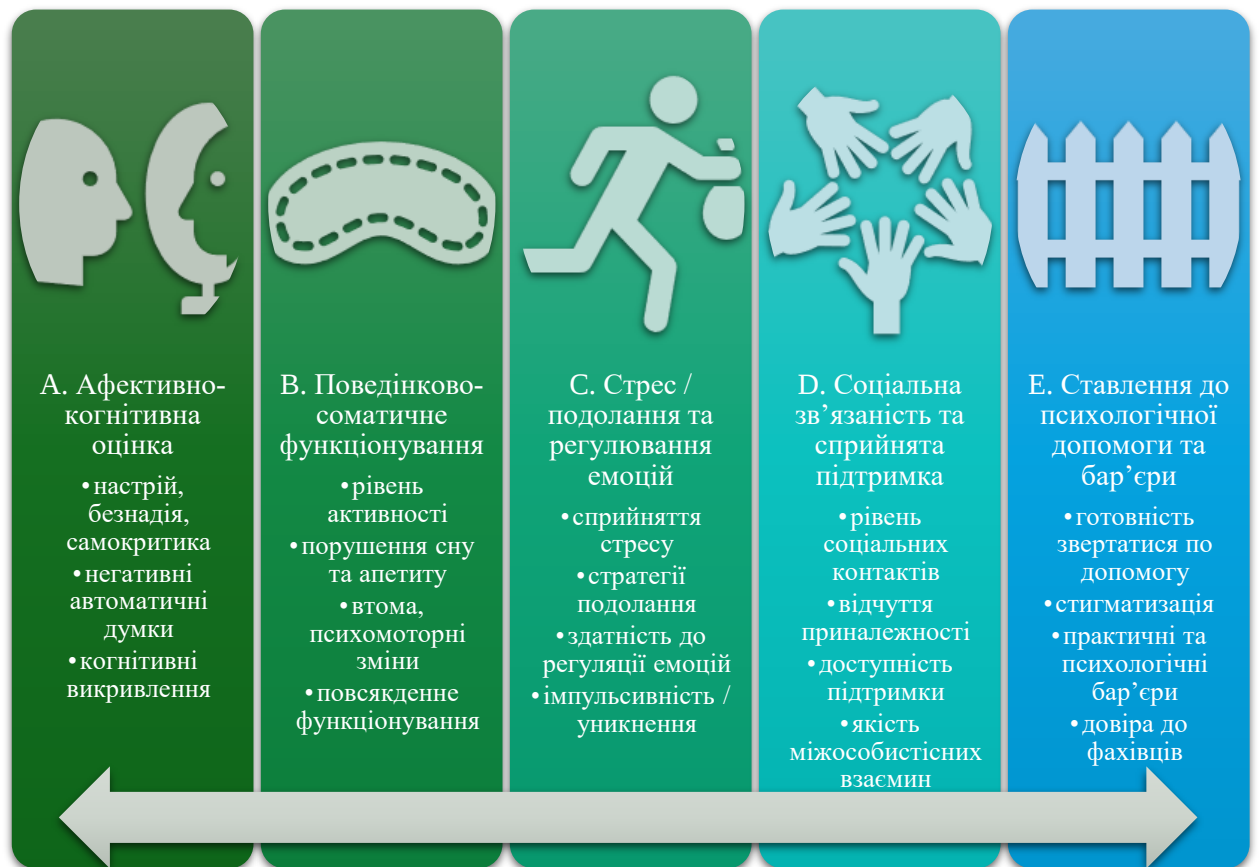


Рисунок 2.1. Операціоналізація сфер психоемоційного стану та залученості до психологічної допомоги

Усі 25 основних пунктів оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта з однаковим кодуванням:

1 = найсильніша згода з адаптивним/позитивним твердженням (більше ресурсів / краще функціонування / менше бар'єрів), та 5 = найсильніша незгода (більші труднощі / менше ресурсів / більше бар'єрів). Оскільки напрямок шкали є однорідним, бали за доменами можна обчислювати як середнє значення п'яти пунктів у межах кожного домену, а опціональний загальний індекс можна обчислювати як середнє значення за всіма 25 пунктами (якщо повідомлення про загальний індекс є методологічно виправданим для інструменту, розробленого автором, його слід розглядати як інтегративний описовий маркер, а не як валідований показник тяжкості) [60].

Для забезпечення прозорості та відтворюваності в поперечному дослідженні з невеликою вибіркою аналіз доменів та пунктів повинен містити: середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), медіану (Me), міжквартильний розмах (IQR) та спостережувані мінімальне/максимальне значення. Поперечні описові результати надають «моментальний знімок» досліджуваної групи та є придатними для профілювання психологічних показників, тоді як слід уникати причинно-наслідкових висновків.

У таблиці 2.1 наведено карту доменів та інтерпретацію балів.

Таблиця 2.1

Карта доменів та інтерпретацію балів

Домен	Питання	Психологічний конструкт (операційний фокус)	Інтерпретація вищих (гірших) балів
Афективно-когнітивна оцінка	A1–A5	Інтерес/задоволення, перспективи на майбутнє/надія, сенс/причини для життя, ставлення до себе, концентрація	Більша анедонія/негативна оцінка та когнітивні труднощі, що відповідають депресивним переживанням
Поведінково-соматичне функціонування	B1–B5	Виконання повсякденних справ, енергія/втома, початок виконання завдань, відновлення сну, мінімальна фізична активність	Більш значне функціональне порушення та відсторонення/низька активація; сфери, що мають відношення до цілей поведінкової активації
Стрес, подолання стресу, регулювання емоцій	C1–C5	Раннє виявлення погіршення настрою, наявність механізмів подолання, дистанціювання від негативних думок, звернення за допомогою проти відсторонення, толерантність до стресу/невизначеності	Більш виражені порушення регулювання емоцій та механізмів подолання стресу (наприклад, схильність до уникнення проблем або зациклення на них)
Соціальні зв'язки та підтримка	D1–D5	Неосуджувальне слухання, відчуття важливості, встановлення меж, соціальна безпека, приналежність	Більша соціальна ізоляція/знижена підтримка, відомий контекст ризику для депресивних симптомів

Кінець таблиці 2.1

Ставлення до психологічної	E1–E5	Віра в ефективність, готовність звертатися за	Більші бар'єри для звернення по допомогу
----------------------------	-------	---	--

допомоги та перешкоди		допомогою, комфорт при розкритті інформації фахівцям, бар'єр стигматизації, перевага структурованої підтримки	(включно зі стигмою), пов'язані зі зменшенням використанням послуг
-----------------------	--	---	--

Першим аналітичним кроком є узагальнення центральної тенденції та розкиду балів за кожною сферою (А–Е). Це дозволяє визначити, які психологічні сфери демонструють найбільші загальні труднощі в досліджуваній групі, а які видаються відносно більш збереженими. Таке профілювання є клінічно значущим, оскільки психологічні методи лікування депресії, що базуються на клінічних настановах, зазвичай зосереджені на механізмах (наприклад, підвищення адаптивної активності; покращення способів подолання труднощів; посилення підтримки; зменшення бар'єрів для залучення), а описові підвищення показників доменів можуть надати інформацію щодо пріоритетів втручання у розділі 3.

Таблиця 2.2 є необхідною «зведеною таблицею» для підрозділу 2.2. Її слід заповнити обчисленими значеннями з набору даних ($n = 35$).

Таблиця 2.2

Описова статистика на рівні доменів ($n = 35$, шкала 1–5)

Домен	N	Середнє (M)	SD	Медіана (Me)	IQR	Мінімальне значення	Макс
Афективно-когнітивна оцінка (А)	35	-	-	-	-	-	-
Поведінково-соматичне функціонування (В)	35	-	-	-	-	-	-
Стрес/подолання та регулювання емоцій (С)	35	-	-	-	-	-	-
Соціальні зв'язки та підтримка (D)	35	-	-	-	-	-	-
Ставлення до звернення за допомогою та перешкоди (Е)	35	-	-	-	-	-	-
Додатковий загальний індекс (А–Е)	35	-	-	-	-	-	-

Правила інтерпретації профілів доменів на основі доказів (застосовуються до заповненої таблиці 2.2):

Домен А (Афективно-когнітивна оцінка). Якщо домен А демонструє найвище середнє значення (найближче до 5), описова інтерпретація полягає в тому, що група повідомляє про сильніші труднощі у відчутті інтересу/задоволення та підтримці надієвої, самопідтримуючої когнітивної позиції — рис, що відповідають широко визнаним описам депресії (анедонія, негативні оцінки, труднощі з концентрацією). Ця закономірність виправдовує надання пріоритету когнітивно-поведінковим елементам та структурованим психологічним підходам, визнаним у основних рекомендаціях.

Домен В (Поведінково-соматичне функціонування). Підвищення в домені В вказує на більші порушення у повсякденному житті, втому/низький рівень енергії, труднощі з початком виконання завдань та нерегенеративний сон — домени, які часто порушуються при депресії та є безпосередньою ціллю поведінкової активації та пов'язаних з нею структурованих підходів. Поведінкова активація широко визнана як науково обґрунтована інтервенція при депресії, а дослідження, зосереджені на механізмах, підкреслюють роль підвищеної активності та винагороди з боку навколишнього середовища у покращенні симптомів.

Домен С (Стрес/подолання та регулювання емоцій). Підвищення в домені С вказує на меншу кількість ефективних стратегій подолання, більшу вразливість до «захоплення» негативними думками та посилення відсторонення під час стресу. Дослідження регулювання емоцій при депресії визначають неадаптивні стратегії (наприклад, роздуми, уникнення, придушення) як пов'язані з депресивними станами, що підтверджує клінічну цінність орієнтації на навички регулювання та репертуар стратегій подолання.

Домен D (Соціальні зв'язки та підтримка). Підвищення показників у домені D вказує на зниження відчуття підтримки, приналежності або міжособистісної безпеки — факторів, які в систематичних оглядах неодноразово пов'язували із захистом від депресії, включаючи як прямі («основний ефект»), так і моделі соціальної підтримки, що пом'якшують стрес. З точки зору втручання це підтверджує доцільність інтеграції

компонентів, що зміцнюють соціальні зв'язки та комунікацію, та/або розширюють доступ до сприятливих середовищ, коли це можливо.

Домен Е (Ставлення до звернення за допомогою та бар'єри). Підвищення в домені Е вказує на вищі сприйняті бар'єри для отримання професійної психологічної допомоги, включаючи занепокоєння, пов'язані зі стигмою. Дані систематичних оглядів свідчать, що стигма чинить невеликий до помірного негативний вплив на звернення за допомогою, що робить цей домен практично важливим для розробки стратегій залучення та психоосвіти.

Оцінки на рівні доменів надають загальний профіль, але описова статистика на рівні пунктів необхідна для визначення, які конкретні психологічні показники найбільше сприяють підвищенню домену (наприклад, анедонія проти концентрації в домені А; сон проти початку виконання завдання в домені В). Це особливо важливо для інструменту, розробленого автором, оскільки звітність на рівні пунктів підвищує прозорість та підтримує інтерпретацію, що відповідає змісту.

Таблиця 2.3 є другою запитуваною «зведеною таблицею», яка дозволяє ранжувати пункти за середнім балом (найвищий середній бал = найбільша складність). Колонка «Пріоритетна інтерпретація» призначена для перетворення результатів аналізу пунктів у клінічно значущі цілі для програми підтримки, описаної в розділі 3, залишаючись у межах описового обсягу підрозділу 2.2.

Таблиця 2.3

Описова статистика на рівні пунктів та примітки щодо інтерпретації (n = 35, шкала 1–5)

Код	Питання (коротка назва)	Середнє значення (M)	SD	Me	IQR	Інтерпретація пріоритетів (на основі доказів)
A1	Наявність інтересу/задоволення	-	-	-	-	Підвищені показники вказують на анедонію (основна ознака депресії); підтверджує цілі ВА/CBT
A2	Майбутнє має позитивні перспективи	-	-	-	-	Підвищені показники вказують на безнадію/негативну орієнтацію на майбутнє; це має значення для когнітивних втручань
A3	Може визначити вагому причину, щоб продовжувати	-	-	-	-	Низький рівень схвалення може свідчити про зменшення значущості/захисних факторів; етична чутливість; слід забезпечити вказівки щодо ресурсів підтримки
A4	Саморозуміння проти суворої самокритики	-	-	-	-	Високі бали вказують на сувору самокритику; клінічно значуща когнітивно-афективна ціль
A5	Концентрація уваги на щоденних завданнях	-	-	-	-	Показник когнітивних порушень, що впливає на функціонування; часто зустрічається в описах депресії
B1	Збереження основних повсякденних звичок	-	-	-	-	Показник функціональних порушень; сприяє структурованому плануванню/активізації
B2	Достатня щоденна енергія	-	-	-	-	Втома/низький рівень енергії є поширеним явищем; рекомендується регулювати інтенсивність активності та дотримуватися гігієни сну
B3	Початок виконання завдання без тривалого ухилення	-	-	-	-	Маркер уникнення/відступу, що є центральним елементом моделей механізмів ПА
B4	Сон має відновлювальну дію	-	-	-	-	При депресії часто спостерігаються порушення сну; у важких випадках це може бути підставою для проведення психоосвіти та направлення до фахівця
B5	Мінімальна фізична активність на тиждень	-	-	-	-	Зниження активності відповідає поведінковій абстиненції; сприяє плануванню активності в рамках ПА

Кінець таблиці 2.3

C1	Виявляти раннє погіршення настрою та реагувати	-	-	-	-	Показник навичок, що стосується підходів до профілактики рецидивів/самоконтролю
C2	Має принаймні одну надійну стратегію подолання труднощів	-	-	-	-	Відсутність вказує на дефіцит стратегій подолання; актуальність тренінгу з регулювання емоцій
C3	Може дистанціюватися від негативних думок	-	-	-	-	Вразливість до когнітивного «злиття»/румінації; сприяє розвитку навичок, заснованих на когнітивно-поведінковій терапії
C4	Може шукати підтримку замість повного відсторонення	-	-	-	-	Показник відмови; також ціль залучення для доступу до терапії
C5	Терпить невизначеність/стрес	-	-	-	-	Висока чутливість до стресу; підтримує навички регулювання/заземлення
D1	Має слухача, який не судить	-	-	-	-	Низька доступність підтримки; контекст ризику депресії; втручання може сприяти створенню карти підтримки
D2	Відчуває, що є важливим для інших	-	-	-	-	Показник важливості/приналежності; сфера захисних факторів
D3	Повідомляє про потреби та межі	-	-	-	-	Ціль міжособистісного функціонування, узгоджена з міжособистісними підходами
D4	Відчуває себе в безпеці, відкрито говорячи про труднощі	-	-	-	-	Соціальна безпека пов'язана з розкриттям інформації/пошуком допомоги; перетин зі стигматизацією
D5	Досвід приналежності	-	-	-	-	Дефіцит приналежності вказує на вразливість до ізоляції; сприяє плануванню відновлення соціальних зв'язків
E1	Вірить, що психологічна допомога може бути ефективною	-	-	-	-	Низький рівень впевненості вказує на необхідність психоосвіти; дані підтверджують ефективність психотерапії
E2	Готов звернутися до психолога/терапевта	-	-	-	-	Показник готовності до залучення; практичне значення для прийняття заходів
E3	Відчуває, що може відкритися фахівцю	-	-	-	-	Показник готовності до терапевтичного альянсу; індикатор перешкод
E4	Стигма не завадить зверненню за допомогою	-	-	-	-	Бар'єр стигматизації; систематичний огляд показує негативний вплив на звернення за допомогою
E5	Віддає перевагу структурованій підтримці над неструктурованою розмовою	-	-	-	-	Впливає на формат програми; структурована керована самопомога відповідає рекомендаціям

Якщо описовий профіль вказує на виражену поведінкову ізоляцію, порушення рутини та низьку ініціативу до виконання завдань (високі бали за B1–B3), то обґрунтування втручання має наголошувати на принципах поведінкової активації: збільшенні залучення до значущих або винагороджувальних видів діяльності та зменшенні циклів уникнення, які сприяють підтримці депресивних станів. Огляди доказів описують поведінкову активацію як ефективне лікування депресії та підтверджують теоретичний механізм підвищеної активації та винагороди з боку середовища.

Якщо профіль показує виражені афективно-когнітивні труднощі (високі бали за A1–A5), особливо низький інтерес/задоволення та негативну оцінку майбутнього, обґрунтування програми має наголошувати на структурованих когнітивно-поведінкових компонентах або інших доказових видах психотерапії. Масштабні синтези доказів демонструють, що основні методи психотерапії є ефективними та загалом прийнятними для лікування депресії у дорослих, а клінічні настанови рекомендують цілий спектр психологічних методів лікування, включаючи КПТ, структуровану поведінкову активацію та міжособистісну психотерапію.

Якщо профіль вказує на слабку регуляцію емоцій/копінг (високі бали за C2–C5), втручання має чітко включати набуття та відпрацювання навичок копінгу (наприклад, виявлення тригерів, переривання патернів роздумів/уникнення, застосування кроків заземлення/розв'язання проблем). Огляди регуляції емоцій при депресії підкреслюють актуальність неадаптивних стратегій, таких як роздуми та уникнення, і підтверджують клінічну цінність націлювання на процеси регуляції.

Якщо показник у домені D підвищений, результати слід інтерпретувати через усталені моделі, що підкреслюють соціальну підтримку як захисний фактор та потенційний буфер проти стресових депресивних симптомів. Дані систематичного огляду узагальнили міцні асоціації між соціальною підтримкою та захистом від депресії протягом різних періодів життя, а фундаментальна теорія розрізняє прямі шляхи та шляхи, що буферують стрес.

На практиці це підтверджує доцільність додавання модулів щодо відновлення соціальних зв'язків, картографування мережі підтримки та (за необхідності) навичок комунікації/встановлення меж, що відповідає ширшому репертуару психологічних підходів до лікування депресії.

Якщо рівень домену E підвищений, надзвичайно важливо розглядати бар'єри для звернення по допомогу як ціль втручання, а не як другорядну проблему. Один із основних систематичних оглядів вказує, що стигматизація, пов'язана з психічним здоров'ям, має від незначного до помірного негативний вплив на звернення за допомогою, що може суттєво знизити ймовірність залучення до психологічної допомоги.

З етичної точки зору, оскільки депресія може супроводжуватися безнадією та — в деяких випадках — суїцидальністю, матеріали опитування повинні передбачати чіткі заходи захисту: добровільну участь, право на припинення участі, захист приватності/конфіденційності та видимі вказівки щодо ресурсів професійної допомоги, якщо під час заповнення виникає дистрес. Ці вимоги відповідають міжнародно визнаним етичним стандартам досліджень на людях, включаючи принципи приватності/конфіденційності та інформованої згоди.

. Інтерпретація емпіричних результатів дослідження психологічних характеристик осіб, які страждають на депресію

Депресія тут концептуалізується як багатовимірний стан, що впливає на афект, когнітивні процеси, поведінку та соціальне функціонування; міжнародні описи наголошують на пригніченому настрої та/або втраті інтересу чи задоволення з клінічно значущою тривалістю симптомів та функціональним порушенням.

Усі 25 пунктів (A1–E5) оцінювалися за 5-бальною шкалою Лікерта з однаковим кодуванням: 1 = найбільш адаптивна/позитивна відповідь, 5 = найменш адаптивна/негативна відповідь. Оцінки за доменами

обчислювалися як середнє значення п'яти пунктів у межах кожного домену (А–Е). Вищі значення вказують на більші труднощі: (А) афективно-когнітивні труднощі, (В) поведінково-соматичні порушення, (С) слабша здатність до подолання труднощів/регулювання емоцій, (D) нижчий рівень соціальної безпеки/приналежності та сприйманої підтримки, та (Е) сильніші бар'єри/менш сприятливе ставлення до звернення за психологічною допомогою (або більша амбівалентність у цьому ж напрямку).

Оскільки бали за доменами є сукупністю порядкових пунктів, а розподіли демонструють значну кількість рівних значень, рангова кореляція Спірмена (ρ) була обрана як основний показник асоціації для міждоменних відносин, а кореляції Пірсона розглядалися як додаткова інформація щодо чутливості. Цей вибір відповідає методологічним дискусіям, які рекомендують використовувати рангові кореляції для даних типу Лікерта або даних з випадajuчими значеннями/рівними значеннями, де суворі параметричні припущення можуть бути нестійкими.

Нижче наведено таблиці необроблених відповідей ($n = 35$). Відразу після кожної таблиці наводиться інтерпретація, що ґрунтується на доказах; вона є описовою і не передбачає причинно-наслідкового зв'язку.

Таблиця 2.4

Домен А: афективно-когнітивна оцінка

Респондент	A1	A2	A3	A4	A5
1	4	4	4	3	3
2	3	4	3	3	2
3	3	4	4	5	4
4	4	5	4	4	4
5	3	3	3	2	2
6	4	4	2	3	3
7	4	3	4	3	4
8	4	4	4	4	4
9	4	4	3	3	3
10	4	3	4	4	3
11	3	4	4	4	4
12	4	4	4	3	3
13	3	3	4	4	4
14	4	4	4	4	4
15	3	4	4	3	4

Кінець таблиці 2.4

16	3	4	3	3	3
17	3	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	3	4	3	3	3
21	4	4	4	4	4
22	4	4	4	4	4
23	4	4	4	4	4
24	4	4	4	4	4
25	4	4	4	4	4
26	4	4	4	4	4
27	4	4	4	4	4
28	4	4	4	4	4
29	4	4	4	4	4
30	3	3	3	4	4
31	4	4	4	4	3
32	4	4	3	3	3
33	3	4	4	4	4
34	4	4	4	3	4
35	4	4	4	4	4

Домен А демонструє найвищий рівень складності серед усіх доменів у цьому наборі даних: середні значення пунктів коливаються від $M = 3,62$ до M інтересу/задоволення, позитивного погляду на майбутнє, самоспівчуття та концентрації. Найвищим показником є А2 (майбутнє має реалістичні позитивні можливості; $M = 3,88$), за яким слідує А3 (здатність визначити причину, щоб продовжувати жити; $M = 3,74$), що відображає виражену песимістичну оцінку та знижені сигнали сенсу/захисних когнітивних процесів. Ці показники тісно співпадають з когнітивними та афективними ознаками, які часто описують у депресивних станах (безнадія, низька самооцінка, порушення концентрації).

Оскільки А3 торкається змісту, близького до суїцидальних думок (навіть якщо це не діагностичний інструмент), етичні стандарти вимагають чітких гарантій для учасників: право на відмову, захист приватного життя та видимі вказівки щодо можливостей професійної підтримки у разі виникнення дистресу.

Таблиця 2.5

Домен В: поведінково-соматичне функціонування

Респондент	B1	B2	B3	B4	B5
1	3	3	3	3	3
2	4	4	4	5	4
3	3	3	3	2	3
4	4	3	4	2	3
5	3	4	3	2	3
6	4	4	3	4	4
7	3	4	3	4	3
8	4	4	4	4	4
9	3	3	3	3	3
10	3	4	4	3	4
11	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	4	4	4	4	4
16	3	4	4	3	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	3	3	3	3	3
21	4	4	4	4	4
22	3	3	3	3	3
23	4	4	4	4	4
24	3	3	3	3	3
25	4	4	4	4	4
26	4	4	4	4	4
27	3	3	3	3	3
28	4	4	4	4	4
29	3	3	3	3	3
30	3	3	3	4	4
31	3	4	4	4	3
32	4	4	4	4	4
33	3	3	3	4	4
34	4	4	4	3	4
35	4	4	4	4	4

Поведінково-соматичне функціонування демонструє середній до високого рівня труднощів (середнє значення за доменом: $M = 3,56$). Найвищий рівень труднощів за пунктом В2 (достатня щоденна енергія; $M = 3,62$), що узгоджується з тим, що втома/низький рівень енергії є частою ознакою депресії. Порівняно найнижче середнє значення має пункт В4 (сон відновлює

сили; $M = 3,45$), але воно залишається в несприятливому діапазоні, що відповідає факту, що порушення сну часто спостерігається при депресії.

Таблиця 2.6

Домен С: стрес, подолання стресу та регулювання емоцій

Респондент	C1	C2	C3	C4	C5
1	2	2	3	3	3
2	5	5	4	4	5
3	4	4	3	3	4
4	3	3	3	4	4
5	3	3	2	3	3
6	4	4	3	4	4
7	3	3	3	4	3
8	4	4	4	4	4
9	3	3	3	3	3
10	4	4	4	3	4
11	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	4	4	4	4	4
16	4	4	3	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	3	3	3	3	3
21	4	4	4	4	4
22	3	3	3	3	3
23	4	4	4	4	4
24	3	3	3	3	3
25	4	4	4	4	4
26	4	4	4	4	4
27	3	3	3	3	3
28	4	4	4	4	4
29	3	3	3	3	3
30	3	3	3	4	4
31	3	3	4	4	3
32	4	4	3	3	3
33	3	4	3	3	4
34	4	4	4	3	4
35	4	4	4	4	4

Справи з подоланням труднощів та регулюванням емоцій викликають значні труднощі (середнє значення за доменом: $M = 3,57$). Найвищим показником є C5 (толерантність до невизначеності та стресу; $M = 3,66$), що

свідчить про низьку стресостійкість. Сучасні синтези описують депресію як пов'язану з посиленням неадаптивних процесів регулювання емоцій (наприклад, уникнення, роздуми) та зменшенням адаптивних стратегій (наприклад, переоцінка, прийняття), що підтверджує клінічну значущість посилення механізмів сфери С при розробці інтервенцій.

Таблиця 2.7

Домен D: соціальна зв'язаність та сприйнята підтримка

Респондент	D1	D2	D3	D4	D5
1	3	4	2	4	3
2	3	3	2	1	2
3	4	3	3	4	4
4	5	4	5	4	3
5	3	2	2	1	2
6	4	4	3	4	4
7	3	3	3	4	4
8	4	4	4	4	4
9	3	3	3	3	3
10	4	4	3	4	4
11	4	4	4	4	4
12	4	4	4	4	4
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4
18	4	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4
20	3	3	3	3	3
21	4	4	4	4	4
22	3	3	3	3	3
23	4	4	4	4	4
24	3	3	3	3	3
25	4	4	4	4	4
26	4	4	4	4	4
27	3	3	3	3	3
28	4	4	4	4	4
29	3	3	3	3	3
30	3	3	3	4	4
31	3	3	4	4	3
32	4	4	3	3	3
33	4	3	3	3	3
34	4	4	3	3	4
35	4	4	4	4	4

Соціальна зв'язаність/сприйнята підтримка також знаходиться в несприятливому діапазоні (середнє значення за доменом: $M = 3,52$). Найвищим показником занепокоєння є D4 (відчуття безпеки при відкритому обговоренні труднощів; $M = 3,52$ з високою частотою негативних відповідей), що свідчить про знижену міжособистісну безпеку при розкритті інформації. Це важливо з теоретичної точки зору, оскільки систематичні дані підтверджують, що соціальна підтримка є захисним фактором, пов'язаним зі зниженням ризиком депресії (з методологічними застереженнями, включаючи занепокоєння щодо перехресної зворотної причинності).

Таблиця 2.8

Домен Е: ставлення до звернення за допомогою та перешкоди

Респондент	Е1	Е2	Е3	Е4	Е5
1	3	2	3	4	3
2	3	4	3	3	2
3	3	3	4	4	3
4	3	4	4	3	4
5	2	2	2	2	2
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3
26	3	3	3	3	3
27	3	3	3	3	3
28	3	3	3	3	3
29	3	3	3	3	3
30	3	3	3	3	3

Кінець таблиці 2.8

31	3	3	3	3	3
32	3	3	3	3	3
33	3	3	3	3	3
34	3	3	3	3	3
35	3	3	3	3	3

Домен Е демонструє виражену тенденцію до центральної величини: переважна більшість відповідей — «3» (нейтральна), що вказує на амбівалентність, а не на сильну підтримку чи відмову від професійної психологічної допомоги. Це важливо з методологічної точки зору, оскільки обмежена варіація в домені Е обмежує величину кореляції та збільшує невизначеність коефіцієнтів регресії. Змістовно нейтральність/амбівалентність може відображати бар'єри, пов'язані зі стигмою, невизначеність щодо ефективності лікування, обмежений попередній досвід терапії або знижену готовність до розкриття інформації — фактори, що широко обговорюються в літературі щодо звернення за допомогою.

Профіль групи вказує, що найвищим є домен А (афективно-когнітивні труднощі; $M = 3,72$, $SD = 0,38$), за ним йдуть С ($M = 3,57$, $SD = 0,53$), В ($M = 3,00$, $SD = 0,23$), але це відображає переважно нейтральне ставлення, а не високу позитивну залученість до пошуку допомоги (оскільки «3» є модальною відповіддю по всіх пунктах Е). Загальний бал становить $M = 3,47$ ($SD = 0,34$), що вказує на загалом несприятливий профіль у багатьох доменах психологічних механізмів, пов'язаних із порушеннями, що супроводжують депресію.

У таблиці 2.9 наведено дані, що характеризують індивідуальні значення доменних показників (А–Е) та інтегрального показника за вибіркою ($n = 35$).

Таблиця 2.9

Розраховані бали за доменами для кожного респондента (середні значення за п'ятьма пунктами; $n = 35$)

Респондент	A	B	C	D	E	Загалом
1	3,6	3	2,6	3,2	3	3,08
2	3	4,2	4,6	2,2	3	3,4
3	4	2,8	3,6	3,6	3,4	3,48
4	4,2	3,2	3,4	4,2	3,6	3,72
5	2,6	3	2,8	2	2	2,48
6	3,2	3,8	3,8	3,8	3	3,52
7	3,6	3,4	3,2	3,4	3	3,32
8	4	4	4	4	3	3,8
9	3,4	3	3	3	3	3,08
10	3,6	3,6	3,8	3,8	3	3,56
11	3,8	4	4	4	3	3,76
12	3,6	4	4	4	3	3,72
13	3,6	3	3	3	3	3,12
14	4	3	3	3	3	3,2
15	3,6	4	4	4	3	3,72
16	3,2	3,6	3,8	4	3	3,52
17	3,8	4	4	4	3	3,76
18	4	4	4	4	3	3,8
19	4	4	4	4	3	3,8
20	3,2	3	3	3	3	3,04
21	4	4	4	4	3	3,8
22	4	3	3	3	3	3,2
23	4	4	4	4	3	3,8
24	4	3	3	3	3	3,2
25	4	4	4	4	3	3,8
26	4	4	4	4	3	3,8
27	4	3	3	3	3	3,2
28	4	4	4	4	3	3,8
29	4	3	3	3	3	3,2
30	3	3,4	3,4	3,4	3	3,24
31	4	3,6	3,4	3,4	3	3,48
32	4	4	3,4	3,4	3	3,56
33	3	3,4	3,4	3,2	3	3,2
34	4	3,8	3,8	3,6	3	3,64
35	4	4	4	4	3	3,8

Отримані результати вказують на переважання підвищених значень у більшості доменів при відносно низькій міжіндивідуальній варіативності, що свідчить про сформованість однорідного профілю вираженості досліджуваних показників.

У таблиці 2.10 наведено дані, що характеризують структуру взаємозв'язків між доменними показниками на основі коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена.

Таблиця 2.10

Матриця кореляції Спірмена між доменами (n = 35)

	A	B	C	D	E
A	1	0,05	0,15	0,4	0,48
B	0,05	1	0,95	0,65	-0,12
C	0,15	0,95	1	0,68	0,1
D	0,4	0,65	0,68	1	0,36
E	0,48	-0,12	0,1	0,36	1

Результати демонструють наявність стійких позитивних взаємозв'язків між низкою доменів, включаючи високу кореляцію між B і C, що вказує на їх структурну сполученість і можливу спільність механізмів, що лежать в основі.

У таблиці 2.11 наведено дані, що характеризують величину, напрямок та статистичну значущість парних кореляційних зв'язків між доменними показниками.

Таблиця 2.11

Парні кореляції Спірмена з р-значеннями та позначками величини (n = 35)

Пара	rho	p	Величина
A–B	0,047	0,808	Дуже мала
A–C	0,149	0,441	Малий
A–D	0,404	0,030	Помірний
A–E	0,477	0,009	Помірний
B–C	0,945	<0,001	Значний
B–D	0,647	<0,001	Великий
B–E	-0,116	0,548	Малий
C–D	0,679	<0,001	Великий
C–E	0,103	0,596	Малий
D–E	0,361	0,055	Помірний

Емпірична структура взаємозв'язків демонструє три ключові закономірності:

По-перше, найсильніший зв'язок спостерігається між поведінково-соматичними порушеннями (B) та труднощами в подоланні стресу/регулюванні емоцій (C) ($\rho = 0,945$, $p < 0,001$). Це означає, що в цій групі

зниження енергії/рутини/активації надзвичайно тісно пов'язане зі слабшою здатністю до подолання труднощів та толерантністю до стресу. Ця закономірність теоретично узгоджується з літературою з регулювання емоцій, яка описує депресію як пов'язану з неадаптивними стратегіями (уникнення, роздуми) та зниженим адаптивним регулюванням (переоцінка, прийняття), що може підривати цілеспрямоване функціонування.

По-друге, соціальна зв'язаність/безпека (D) тісно пов'язана як з поведінково-соматичним функціонуванням (B) ($\rho = 0,647, p < 0,001$), так і з подоланням/регуляцією емоцій (C) ($\rho = 0,679, p < 0,001$), що свідчить про те, що гірше повсякденне функціонування та слабкіше подолання, як правило, супроводжуються нижчим рівнем сприйнятої соціальної безпеки та приналежності. Це узгоджується з систематичними даними, які вказують на те, що соціальна підтримка пов'язана із захистом від депресії, водночас визнаючи, що поперечні дослідження не можуть встановити спрямованість.

По-третє, афективно-когнітивні труднощі (A) демонструють статистично значущі помірні взаємозв'язки із соціальною зв'язаністю/безпекою (D) ($\rho = 0,404, p = 0,030$) та з перешкодами у зверненні за допомогою/амбівалентністю (E) ($\rho = 0,477, p = 0,009$). По суті, це вказує на те, що більш песимістична оцінка/низький рівень задоволення/самокритика пов'язані з більшою амбівалентністю або бар'єрами щодо звернення за професійною допомогою. Ця закономірність узгоджується з більш широкою літературою щодо звернення за допомогою, яка показує, що занепокоєння, пов'язані зі стигмою, та уникнення розкриття інформації можуть зменшити залучення до медичної допомоги, хоча обмежена варіація домену E вимагає обережної інтерпретації.

Окрім двовимірних асоціацій, регресійне моделювання було використано для перевірки того, чи кластери на рівні доменів надають унікальну пояснювальну цінність у прогнозуванні домену E (бар'єри у зверненні за допомогою/амбівалентність), коли інші домени залишаються незмінними. Це має практичне значення, оскільки підходи на рівні клінічних

настанов підкреслюють, що ефективна допомога при депресії вимагає не лише змісту втручання, заснованого на доказах, а й реалістичних шляхів залучення та усунення бар'єрів у наданні допомоги.

З огляду на невеликий розмір вибірки ($n = 35$) та високі кореляції між доменами (зокрема В–С), результати регресії розглядаються як попередні; перенавчання та нестабільність коефіцієнтів є добре відомими ризиками, коли складність моделі є високою порівняно з наявними даними.

Таблиця 2.12

Багатофакторна лінійна регресія, що прогнозує бар'єри для звернення по допомогу (Е) на основі А–D ($n = 35$)

Предиктор	B	SE	t	p	95% ДІ (нижній)	95% ДІ (верхня межа)
Перетин	2,045	0,359	5,698	<0,001	1,304	2,786
А (Афективно-когнітивний)	0,214	0,094	2,268	0,033	0,019	0,408
В (Поведінково-соматичний)	- 0,621	0,159	- 3,900	<0,001	-0,950	-0,292
С (Справляння/регулювання емоцій)	0,486	0,143	3,401	0,002	0,191	0,781
D (Соціальна зв'язаність)	0,176	0,075	2,327	0,029	0,020	0,331

Специфікація моделі: $E \sim A + B + C + D$

Адаптація моделі: $R^2 = 0,641$; скориговане $R^2 = 0,582$; $F(4,24) = 10,73$; p

Повна модель свідчить, що домени А, С та D позитивно пов'язані з Е (більша складність передбачає сильніші бар'єри/амбівалентність), тоді як В демонструє від'ємний коефіцієнт після коригування. З огляду на надзвичайно сильний зв'язок між В та С ($\rho = 0,945$), від'ємний коефіцієнт В найкраще інтерпретувати як артефакт придушення/мультиколінеарності, а не як психологічний «захисний» ефект поведінкових порушень.

З клінічної та методологічної точки зору найбільш обґрунтованим висновком є те, що бар'єри у зверненні за допомогою/амбівалентність пов'язані з афективно-когнітивними труднощами та нижчим рівнем міжособистісної безпеки/приналежності, тоді як поведінково-соматичні порушення та труднощі з подоланням проблем тісно переплітаються і їх слід

розглядати як спільний кластер механізмів для планування втручання. Таке формулювання відповідає принципам клінічних настанов: для лікування депресії у дорослих слід пропонувати структуровані психологічні втручання (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, поведінкову активацію, інтерперсональну терапію, терапію вирішення проблем та підходи третьої хвили), а бар'єри для залучення пацієнтів необхідно враховувати під час розробки плану лікування.

Оскільки розроблений інструмент, внутрішня узгодженість оцінювалася за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха для кожної домени та для загальної шкали з 25 пунктів. Альфа є індексом надійності (внутрішньої узгодженості) і не повинна плутатися з валідністю; високий коефіцієнт альфа може спостерігатися навіть тоді, коли шкала не вимірює передбачуваний конструкт.

Таблиця 2.13

Узгодженість за коефіцієнтом альфа Кронбаха

Шкала	Коефіцієнт альфа Кронбаха
Домен А (афективно-когнітивний)	0,769
Домен В (поведінково-соматичний)	0,922
Домен С (Справляння/регулювання емоцій)	0,947
Домен D (Соціальні зв'язки)	0,931
Домен Е (Ставлення до пошуку допомоги/перешкоди)	0,794
Загальний показник А–Е (25 пунктів)	0,934

Внутрішня узгодженість є прийнятною або високою у всіх доменах, але при інтерпретації необхідно враховувати (а) те, що шкала була розроблена автором, та (б) сильну тенденцію до централізації в домені Е, що обмежує дисперсію та може спотворювати оцінки асоціацій.

Усі висновки в підрозділі 2.3 базуються на поперечних даних; отже, кореляція та регресія описують коваріацію, а не причинно-наслідковий зв'язок. Це відповідає стандартним методологічним застереженням: «пов'язаний з» є доречним формулюванням; «спричиняє» — ні.

Емпіричний профіль та структура асоціацій вказують на три практичні пріоритети, що відповідають науково обґрунтованим рамкам лікування депресії:

Афективно-когнітивні труднощі (домен А) є найвищим доменом; це обґрунтовує включення структурованих когнітивних та поведінкових компонентів (наприклад, елементів когнітивно-поведінкової терапії/поведінкової активації), спрямованих на безнадію, анедонію, самокритику та порушення, пов'язані з концентрацією уваги.

Поведінкові та соматичні порушення та труднощі з подоланням (домени В та С) емпірично майже «пов'язані» між собою ($p = 0,945$), що підтверджує доцільність архітектури програми, яка поєднує планування активності та поступове залучення з навичками толерантності до стресу та зміцненням репертуару подолання.

Амбівалентність/бар'єри у пошуку допомоги (домен Е) демонструють обмежену варіацію, але значущі зв'язки з афективно-когнітивними труднощами та міжособистісною безпекою; отже, модулі залучення повинні включати психоосвіту щодо боротьби зі стигмою та чіткі пояснення того, що передбачає структурована психологічна підтримка. Це узгоджується з систематичними даними про те, що стигма, пов'язана з психічним здоров'ям, має невеликий або помірний негативний вплив на пошук допомоги.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження психологічних характеристик осіб із депресивними симптомами: у дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 років, які обіймають керівні посади; збір даних здійснювався анонімно у формі онлайн- та/або письмового анкетування з використанням авторського опитувальника (в анкеті представлено 25 пунктів, система оцінювання — 5-бальна шкала Лайкерта), доповненого можливістю застосування стандартизованих методик. Аналіз включав розрахунок середніх значень за доменами, описову статистику, кореляційний аналіз Спірмена та оцінку внутрішньої узгодженості (α Кронбаха). Отримані результати показали загальний несприятливий

психологічний профіль респондентів. Основні труднощі були виявлені в афективно-когнітивній сфері, а також у сфері регуляції емоцій та поведінкової активності. Крім того, в рамках проведених розрахунків було виявлено сильні взаємозв'язки між поведінковими порушеннями та копінгом, а також наявність соціальної вразливості та амбівалентного ставлення до звернення за психологічною допомогою.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСІЮ

3.1. Обґрунтування психологічного втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію

Ілюстративний набір даних вказує на цілісний профіль для втручання, а не суто діагностичний. Середні значення за базовими доменами, отримані на основі даних 35 респондентів, свідчать про найбільші труднощі в афективно-когнітивному функціонуванні ($A = 3,72$), за яким слідує стрес/подолання стресу та регулювання емоцій ($C = 3,57$), поведінково-соматичне функціонування ($B = 3,56$), та соціальні зв'язки/підтримка ($D = 3,52$), тоді як поведінка щодо звернення за допомогою/перешкоди є порівняно менш вираженими та зосереджуються навколо нейтрального рівня ($E = 3,00$). Найбільш пріоритетними пунктами є безнадійна орієнтація на майбутнє ($A2$), ослаблені причини для життя ($A3$), анедонія ($A1$), самокритична позиція ($A4$), низька стресостійкість ($C5$), низький рівень енергії ($B2$) та обмежений доступ до слухача, який не судить ($D1$). На цій основі розділ 3 повинен обґрунтувати стандартизовану, коротку, структуровану, орієнтовану на безпеку програму, яка інтегрує поведінкову активацію, когнітивно-поведінкові техніки, методи регулювання емоцій/розв'язання проблем, міжособистісну роботу на основі ПТТ та короткий компонент залучення/боротьби зі стигмою.

Це відповідає поточним рекомендаціям Національного інституту здоров'я та досконалості медичної допомоги, Американської психологічної асоціації та Всесвітньої організації охорони здоров'я, які сходяться на тому, що структуровані психологічні інтервенції є першочерговими або основними варіантами лікування депресії у дорослих, причому цифрові формати з керівництвом явно підтримуються, коли це клінічно доцільно.

Використовуючи дані на рівні пунктів з розділу 2, програму слід розробити навколо чотирьох основних кластерів проблем (таблиця 3.1). По-перше, домен А вказує на виражену модель безнадії, знижену позитивну оцінку майбутнього, анедонію, самокритику та труднощі з концентрацією. По-друге, домен Б вказує на знижену активацію, втому, порушення рутинних дій та проблеми з початком виконання завдань. По-третє, домен С вказує на недостатні стратегії подолання труднощів та обмежену толерантність до стресу та невизначеності. По-четверте, домен D вказує на знижене сприйняття соціальної безпеки та обмежений доступ до підтримуючих, несудливих стосунків. Домен Е є менш вираженим, що є клінічно корисним: група, здається, не відкидає допомогу відразу, а скоріше виявляє помірну амбівалентність, що означає, що залучення та робота з протидії стигматизації повинні бути включені на ранньому етапі та коротко, а не розглядатися як єдиний фокус втручання. Оскільки пункт А3 стосується причин продовжувати жити, формальний протокол щодо суїцидальності є обов'язковим навіть у неклінічному втручанні.

Таблиця 3.1

Матриця інтерпретації доменних показників та визначення цільових напрямів психокорекційного втручання

Домен	Середнє значення базової лінії	Пріоритетні питання з розділу 2	Основна інтерпретація	Ціль втручання
Афективно-когнітивний (А)	3,72	A2, A3, A1, A4, A5	Безнадія, анедонія, самокритика, когнітивне звуження	КПТ + ПА + планування безпеки
Поведінково-соматичний (В)	3,56	B2, B3, B1, B5, B4	Низький рівень енергії, порушення звичного режиму, знижена активність	Поведінкова активація + відновлення повсякденного режиму
Стрес/подолання (С)	3,57	C5, C1, C2, C4	Недостатній репертуар способів подолання, слабка реакція раннього попередження, відхід у себе під час стресу	Регулювання емоцій + вирішення проблем

Кінець таблиці 3.1

Соціальна підтримка (D)	3,52	D1, D2, D4, D5	Низький рівень відчуття безпеки, знижена приналежність, обмежений доступ до підтримки	Робота з відносинами на основі IPT
Пошук допомоги/перешкоди (E)	3,00	E3, E4	Помірна амбівалентність, можливі побоювання щодо розкриття інформації/стигматизації	Залучення + психологічна просвіта з метою боротьби зі стигматизацією

Втручання зосереджене на механізмі, а не лише на діагнозі. NICE рекомендує керувану самодопомогу для менш тяжкої депресії у вигляді 6–8 структурованих сесій, включаючи структуровану КТ, структуровану БА, вирішення проблем або психоосвіту, що надаються особисто, по телефону або онлайн; для більш тяжкої депресії рекомендується індивідуальна КТ, КТ у поєднанні з лікуванням антидепресантами, а також включає ПА та ІПТ серед опцій, що ґрунтуються на доказах. Подібним чином, mhGAP BOOЗ рекомендує психологічні втручання або комбіноване лікування для депресії середньої та тяжкої тяжкості та радить, щоб антидепресанти, як правило, застосовувалися лише в ситуаціях, коли психологічні втручання недоступні. Керівництво АПА також перелічує численні доказові психотерапії для депресії у дорослих, а не єдиний пріоритетний метод.

Емпіричний профіль підтримує модульну комбінацію. Підвищені домени А та В виправдовують застосування ВА та СВТ, оскільки депресія зазвичай супроводжується зниженням інтересу/задоволення, безнадією, порушенням концентрації, низькою активністю та функціональними порушеннями, а ВА має надійні докази як порівняно простий та масштабований метод лікування. Підвищений домен С підтримує тренінг з явного подолання труднощів та регулювання емоцій; підвищений домен D підтримує зміцнення соціальної підтримки та комунікаційну роботу на основі IPT. Слабше підвищення в E вказує на те, що слід усунути бар'єри для

звернення по допомогу, але як вступний модуль, а не як всю програму. Ця покрокова логіка узгоджується з метааналітичними даними щодо СВТ/ВА/ІРТ, даними про те, що керована іСВТ є кращою за некеровану іСВТ для багатьох дорослих з депресією, та нещодавніми даними РКД про те, що цифрове лікування на основі ВА може забезпечити клінічно значуще поліпшення симптомів у первинній медичній допомозі.

З етичної точки зору програма повинна чітко передбачати інформовану згоду, конфіденційність, добровільне припинення участі, оцінку ризику після кожного сеансу та шляхи направлення до фахівців. Оскільки анкета містить пункт про причини для життя, а депресія може супроводжуватися суїцидальністю, інтервенція повинна передбачати поетапний протокол оцінки ризику: негайну оцінку для будь-якого учасника, який повідомляє про активні суїцидальні наміри, екстрене направлення у разі потреби та призупинення лікування лише в групі, якщо показана індивідуальна або психіатрична допомога. Ці запобіжні заходи повністю відповідають Гельсінській декларації та стандартній практиці оцінки ризику самогубства з використанням C-SSRS. Ілюстративний набір даних, наведений у розділі 2, вказує на цілісний профіль цільової групи для втручання, а не суто діагностичний. Середні значення базових доменів, отримані від 35 респондентів, вказують на найбільші труднощі в афективно-когнітивному функціонуванні ($A = 3,72$), за яким слідує стрес/копінг та регуляція емоцій ($C = 3,57$), поведінково-соматичне функціонування ($B = 3,56$), та соціальні зв'язки/підтримка ($D = 3,52$), тоді як поведінка щодо пошуку допомоги/бар'єри є порівняно менш вираженими та зосереджуються навколо нейтрального рівня ($E = 3,00$). Найбільш пріоритетними пунктами є безнадійна орієнтація на майбутнє ($A2$), ослаблені причини для життя ($A3$), анедонія ($A1$), самокритична позиція ($A4$), низька стресостійкість ($C5$), низький рівень енергії ($B2$) та обмежений доступ до слухача, який не судить ($D1$). На цій основі розділ 3 повинен обґрунтувати стандартизовану, коротку, структуровану, орієнтовану на безпеку програму, яка інтегрує поведінкову активацію, когнітивно-поведінкові техніки, методи

регулювання емоцій/розв'язання проблем, міжособистісну роботу на основі ПТТ та короткий компонент залучення/боротьби зі стигмою.

Це відповідає поточним рекомендаціям Національного інституту здоров'я та досконалості медичної допомоги, Американської психологічної асоціації та Всесвітньої організації охорони здоров'я, які сходяться на тому, що структуровані психологічні інтервенції є першочерговими або основними варіантами лікування депресії у дорослих, причому цифрові формати надання та супроводу чітко підтримуються, коли це клінічно доцільно.

Використовуючи дані на рівні пунктів з розділу 2, програму слід розробити навколо чотирьох основних кластерів проблем. По-перше, домен А вказує на виражену модель безнадії, знижену позитивну оцінку майбутнього, анедонию, самокритику та труднощі з концентрацією. По-друге, домен Б вказує на знижену активацію, втому, порушення рутинних дій та проблеми з початком виконання завдань. По-третє, домен С вказує на недостатні стратегії подолання труднощів та обмежену толерантність до стресу та невизначеності. По-четверте, домен Д вказує на знижене сприйняття соціальної безпеки та обмежений доступ до підтримуючих, несудливих стосунків. Домен Е є менш вираженим, що є клінічно корисним: група, здається, не відкидає допомогу відразу, а демонструє помірну амбівалентність, що означає, що залучення та робота з протидії стигматизації повинні бути включені на ранньому етапі та коротко, а не розглядатися як єдиний фокус втручання. Оскільки пункт А3 стосується причин продовжувати жити, формальний протокол щодо суїцидальності є обов'язковим навіть у неклінічному втручанні.

3.2. Структура та зміст програми психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію

Для підрозділу 3.2 найбільш обґрунтованим варіантом є 8-сесійна, стандартизована, керована терапевтом онлайн-програма або гібридна програма, що проводиться щотижня, тривалістю 75–90 хвилин на сесію, у

невеликих закритих групах із 6–8 учасників, із двома повторними контактами (через 1 місяць і 3 місяці) (таблиця 3.2). Для даної вибірки з 35 осіб це означає чотири групи. Такий формат є реалістичним, оскільки кероване цифрове/онлайн-лікування має емпіричне підтвердження, а структура малих груп забезпечує нагляд терапевта та нормалізацію у колі однолітків.

Таблиця 3.2

Структурований протокол психокорекційного втручання (8 сесій із етапами підкріплення)

Сесія	Основна спрямованість	Основні техніки	Домашнє завдання
1	Орієнтація, формулювання, згода, безпека	Психоосвіта, обґрунтування лікування, моніторинг вихідного стану, план дій у кризових ситуаціях	Журнал настрою/активності; картка контактів у кризових ситуаціях
2	Поведінкова активація I	Моніторинг активності, уточнення цінностей, поетапне планування	Складання щоденного розкладу активності
3	Поведінкова активація II	Відновлення розпорядку дня, планування сну/догляду за собою, початок виконання завдань	План розпорядку дня; робочий лист щодо сну/активності
4	Когнітивна робота I	Виявлення безнадії, самокритики, негативних прогнозів	Запис думок
5	Когнітивна робота II	Когнітивна реструктуризація, твердження про самоспівчуття, поведінкові експерименти	Робочий лист «Думки – докази»
6	Справляння та регулювання емоцій	Ранні ознаки тривоги, заземлення, толерантність до дистресу, вирішення проблем	План дій у кризових ситуаціях; карта тригерів
7	Соціальна підтримка та звернення за допомогою	Інвентаризація міжособистісних відносин, прохання про підтримку, межі, планування розкриття інформації	Карта підтримки; сценарій спілкування

Кінець таблиці 3.2

8	Профілактика рецидивів та підтримка	Індивідуальний план запобігання рецидивам, попереджувальні ознаки, план підкріплення, планування направлення до фахівців	План підтримуючої терапії
Підкріплення 1	Перегляд через 1 місяць	Підкріплення та усунення проблем	Переглянутий план дій

Підсилювач 2	3-місячний огляд	Закріплення та профілактика рецидивів	Остаточний план самоконтролю
--------------	------------------	---------------------------------------	------------------------------

У рамках розробки системи психологічної допомоги при депресивних станах пропонується модульна структура втручання, орієнтована на ключові клінічні сфери. Кожен модуль спрямований на вирішення конкретної групи симптомів і включає відповідні методи, очікувані результати та інструменти оцінки ефективності. Такий підхід дозволяє забезпечити цілеспрямований та індивідуалізований вплив, співвідносячи терапевтичні завдання з вимірюваними показниками (наприклад, PHQ-9, WSAS, DERS-SF, MSPSS та ін.), а також відстежувати динаміку змін у процесі допомоги. Нижче наведено характеристику основних модулів, їхніх цілей, використовуваних методів та очікуваних результатів (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Модульна структура психологічної допомоги при депресивних станах: цілі, методи та очікувані результати

Модуль	Мета	Методи	Очікуваний результат	Основні заходи
Відновлення рутини	Підвищення активності та структурування повсякденного життя	Планування активності, поступове виконання завдань, планування розпорядку дня	Зниження показника В, поліпшення показників PHQ-9/WSAS	Домен В, PHQ-9, WSAS
Афективно-когнітивна робота в рамках КТ	Зменшення безнадії та самокритики	Записи думок, реструктуризація, самоспівчуття	Чим нижчий показник А, тим кращий настрій/когнітивні функції	Домен А, PHQ-9
Регулювання емоцій / подолання труднощів	Розширення репертуару способів подолання	Визначення тригерів, заземлення, переоцінка, вирішення проблем	Нижчий рівень С, краща стресостійкість	Домен С, DERS-SF

Кінець таблиці 3.3.

Підтримка на основі IPT	Покращення відчуття приналежності та доступу до підтримки	Картування підтримки, перехід між ролями, асертивна комунікація	Нижчий рівень D, краща підтримка	Домен D, MSPSS
Залучення / боротьба зі стигматизацією	Нормалізація звернення за допомогою та зменшення неоднозначності	Психоосвіта, планування розкриття інформації, навігація по лікуванню	Нижче значення E, краща сприйнятливості / дотримання	Домен E, ATSPH-SF або BACE

Терапевти повинні бути дипломованими психологами, психотерапевтами або клінічними фахівцями з магістерським ступенем, які працюють під наглядом, та мати підтверджену кваліфікацію в галузі КПТ/БА, базового управління ризиком суїциду та щотижневого супервізійного нагляду. Дотримання протоколу програми має забезпечуватися за допомогою посібника для терапевта, контрольних списків для сеансів, структурованих слайдів/робочих зошитів, а також незалежної оцінки щонайменше 10–20 % записаних сеансів за формою контролю дотримання протоколу. NICE чітко пов’язує рекомендовані психологічні методи лікування з посібниками, що використовувалися в клінічних випробуваннях, на яких ґрунтується доказова база, що підкріплює аргументи на користь програми.

3.3. Оцінка ефективності програми втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію

Ключовим елементом оцінки ефективності програми втручання в рамках психологічної підтримки для осіб, які страждають на депресію є пілотне контрольоване дослідження «до-після» (рисунки 3.1), в ідеалі з порівнянням із списком очікування, якщо це можливо; якщо рандомізація не може бути реалізована на інституційному рівні, одnogруповий дизайн «до-після» для оцінки здійсненності все ще є прийнятним, але його необхідно чітко позначити як попередній. З $n = 35$ дослідження є достатнім для оцінки здійсненності,

прийнятності, попередньої оцінки ефекту та оцінки дисперсії, але не для остаточних тверджень щодо ефективності або складних багатфакторних моделей. Література з пілотної методології підтримує розміри вибірки в цьому діапазоні для попередньої роботи, водночас наголошуючи, що такі дослідження повинні оцінювати параметри та процедури, а не «доводити» перевагу лікування.

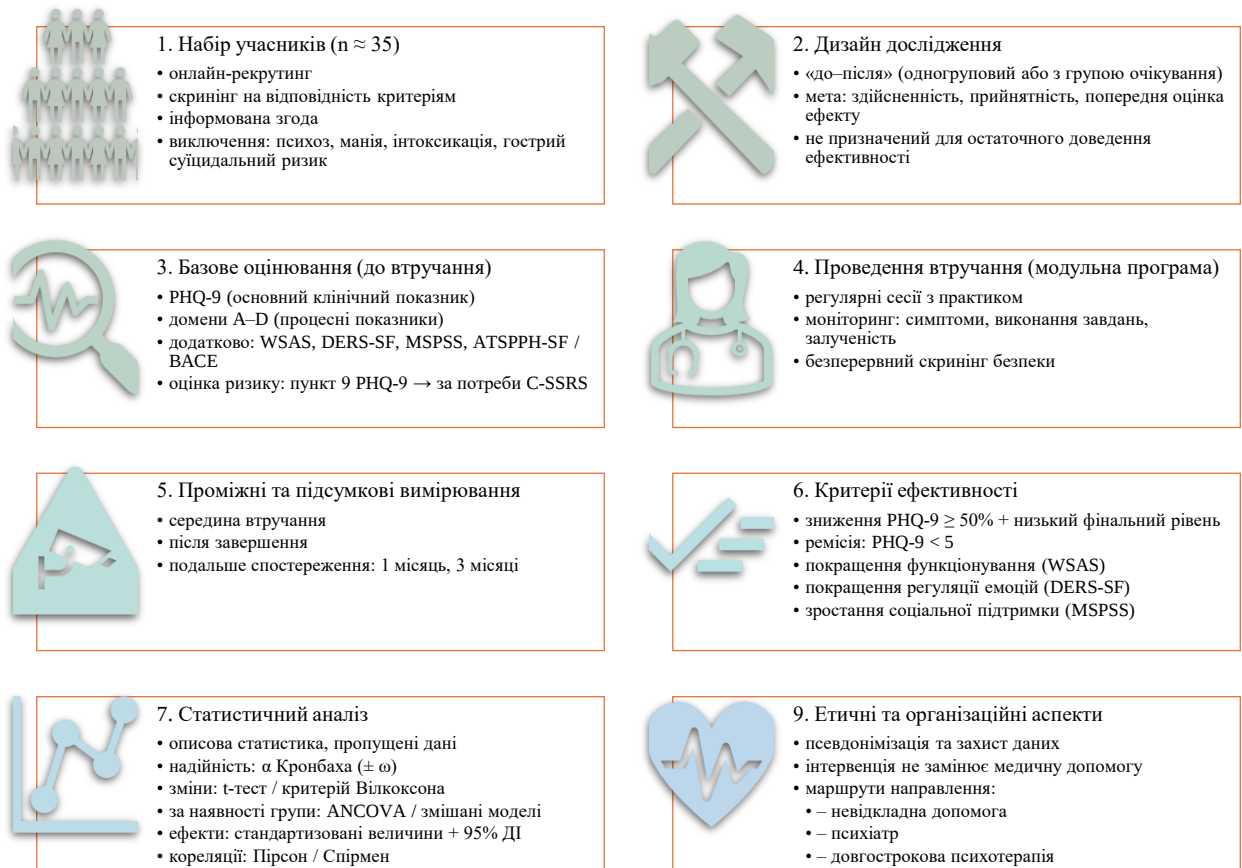


Рисунок 3.1. Процес оцінки ефективності програми психологічного втручання при депресії (пілотне дослідження)

Основним клінічним результатом має бути зміна PHQ-9 від вихідного рівня до рівня після лікування; основними функціональними/процесними результатами мають бути домени A–D, причому домен E розглядається як вторинний результат залученості, оскільки його вихідна дисперсія в ілюстративному наборі даних є обмеженою. Вторинні результати мають включати WSAS для функціонування, DERS-SF для регулювання емоцій,

MSPSS для сприйнятої підтримки та або ATSPPH-SF, або BACE для ставлення до пошуку допомоги/бар'єрів. Для моніторингу безпеки слід використовувати пункт 9 шкали PHQ-9, а у разі позитивного результату або клінічних показань — C-SSRS. Про клінічно значуще поліпшення можна повідомляти, використовуючи умову шкали PHQ-9 щодо зниження на $\geq 50\%$ плюс низький показник після лікування; про ремісію можна додатково повідомляти як PHQ-

Таблиця 3.4

Матриця оцінювання динаміки психоемоційного стану та ефективності
втручання

Показник	Базовий рівень	Середина	Після	1 місяць після лікування	3-місячне спостереження
Анкета автора А–Е	✓	✓	✓	✓	✓
PHQ-9	✓	✓	✓	✓	✓
WSAS	✓		✓	✓	✓
DERs-SF	✓		✓		✓
MSPSS	✓		✓		✓
ATSPPH-SF або BACE	✓		✓		✓
C-SSRS / скринінг ризику	✓	сесія за сесією, як зазначено	✓	як зазначено	як зазначено
Задоволеність / прийнятність			✓	✓	

Статистичний план має залишатися лаконічним. Наведіть описові статистичні дані, інформацію про відсутні значення, внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа та, бажано, омега), а потім використовуйте парні t-критерії або критерій Вілкоксона для оцінки змін у групах з одним рівнем, або ANCOVA / моделі зі змішаними ефектами для досліджень із групою очікування. Наведіть стандартизовані величини ефекту з 95% довірчими інтервалами. Використовуйте кореляції Пірсона або Спірмена залежно від властивостей розподілу та дотримуйтесь принципу економичності в дослідницькій регресії: наприклад, зміна в PHQ-9, передбачена базовими показниками А, В, С та D, лише якщо складність моделі є відповідною для вибірки. Заздалегідь визначте критерії здійсненності, такі як рівень набору

учасників, завершення сесій, дотримання домашніх завдань та задоволеність учасників.

Набір учасників повинен відповідати процедурам, описаним у розділі 2: анонімний онлайн-набір, короткий скринінг на відповідність критеріям, інформована згода та чіткі правила виключення/ескалації для випадків поточної психози, манії, гострого інтоксикаційного стану або гострого ризику самогубства, що вимагають медичної допомоги вищого рівня. Дані повинні бути псевдонімізовані з ідентифікаційним ключем, що зберігається окремо, зашифровані в стані спокою та подані лише в узагальненому вигляді. У матеріалах щодо згоди має бути зазначено, що інтервенція не замінює психіатричну оцінку або невідкладну допомогу. Шляхи направлення повинні містити щонайменше три варіанти: служби невідкладної допомоги, психіатричну консультацію та тривалу індивідуальну психотерапію (рисунок



Рисунок 3.2. Шляхи направлення (маршрути ескалації психологічної та медичної допомоги)

Це важливо з методологічної та етичної точки зору, оскільки стигматизація звернення за допомогою може придушувати розкриття

інформації, тоді як підтримка та несудима форма подання покращують залучення.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі на основі емпіричних результатів практичної частини дослідження, проведеного у другому розділі, було розроблено комплексну програму психологічної підтримки, спрямовану на ключові механізми депресії: когнітивні спотворення, зниження активності, порушення емоційної регуляції та дефіцит соціальної підтримки. Запропонована програма включає структуровані модулі (психоосвіта, когнітивно-поведінкові техніки, поведінкова активація, розвиток копінг-стратегій та соціальних навичок). У даному дослідженні було запропоновано реалізацію програми поетапно у форматі психологічного супроводу (індивідуального та/або групового). Реалізація запропонованої програми передбачає системну оцінку ефективності через повторну діагностику, порівняння показників «до—після» та аналіз динаміки ключових психологічних індексів.

ВИСНОВКИ

За результатами проведенного дослідження, було отримано ряд результатів та зроблено ряд висновків:

У першому розділі було проаналізовано теоретичні та методологічні засади депресії та психологічної допомоги. У рамках проведенного аналізу встановлено, що депресія є складним психічним розладом, який характеризується стійким зниженням настрою, втратою інтересу до життя (ангедонією), зниженням рівня енергії та порушенням когнітивних, емоційних і поведінкових процесів.

Розгляд причин та факторів розвитку депресії дозволив виявити багаторівневий характер їхньої природи, який включає як біологічні, так і психологічні, а також соціальні компоненти. У рамках проведенного дослідження було встановлено, що значну роль відіграють стрес, викликаний життєвими подіями, особливості особистості, когнітивні спотворення, а також порушення нейрохімічних процесів.

Аналіз психологічних теорій показав, що депресію можна пояснити з точки зору когнітивних, поведінкових, психодинамічних, а також біопсихосоціальних моделей.

У ході дослідження сучасних підходів до психологічної допомоги встановлено, що найбільшу ефективність демонструють комплексні методи, що включають когнітивно-поведінкову терапію, методи емоційної регуляції, психоосвіту та підтримку соціальних зв'язків. У рамках першого розділу також було підкреслено необхідність індивідуалізації психологічної допомоги з урахуванням особливостей клієнта.

Таким чином, теоретичний аналіз створив методологічну основу для проведення емпіричного дослідження та розробки програми психологічної підтримки.

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження психологічних характеристик осіб із депресивними симптомами: у дослідженні взяли участь 35 респондентів віком від 18 років, які обіймають керівні посади; збір даних здійснювався анонімно у формі онлайн- та/або письмового анкетування з використанням авторського опитувальника (в анкеті представлено 25 пунктів, система оцінювання — 5-бальна шкала Лайкерта), доповненого можливістю застосування стандартизованих методик. Аналіз включав розрахунок середніх значень за доменами, описову статистику, кореляційний аналіз Спірмена та оцінку внутрішньої узгодженості (α Кронбаха). Отримані результати показали загальний несприятливий психологічний профіль респондентів. Основні труднощі були виявлені в афективно-когнітивній сфері, а також у сфері регуляції емоцій та поведінкової активності. Крім того, в рамках проведених розрахунків було виявлено сильні взаємозв'язки між поведінковими порушеннями та копінгом, а також наявність соціальної вразливості та амбівалентного ставлення до звернення за психологічною допомогою.

У третьому розділі на основі емпіричних результатів практичної частини дослідження, проведеного у другому розділі, було розроблено комплексну програму психологічної підтримки, спрямовану на ключові механізми депресії: когнітивні спотворення, зниження активності, порушення емоційної регуляції та дефіцит соціальної підтримки. Запропонована програма включає структуровані модулі (психоосвіта, когнітивно-поведінкові техніки, поведінкова активація, розвиток копінг-стратегій та соціальних навичок). У даному дослідженні було запропоновано реалізацію програми поетапно у форматі психологічного супроводу (індивідуального та/або групового). Реалізація запропонованої програми передбачає системну оцінку ефективності через повторну діагностику, порівняння показників «до—після» та аналіз динаміки ключових психологічних індексів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августюк М. М. Румінація – руйнація!? Мисленнєві пастки у контексті психічного здоров'я : моногр. Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2026. 488 с.
2. Архангельська М. В. Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці : дис. ... д-ра філософії : 053 – психологія / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2026. 330 с.
3. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навч. посіб. / за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
4. Білера А. І. Вплив підвищеної тривожності на жінок // Синергетичний підхід до проєктування життєвого простору особистості : зб. наук. матеріалів III Міжнарод. наук.-практ. конф. (27–28 квітня 2023 р., м. Полтава). Полтава, 2023. С. 15–17.
5. Бойко Ю. Вплив типу прихильності на міжособистісні стосунки [Електронний ресурс] // Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання : матеріали VII Міжнар. студ. наук.-техн. конф. Тернопіль, 2024. С. 175–176. URL:
https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/44863/2/VII_MCNTK_2024_Boyko_Y-Influence_of_the_type_of_175-176.pdf (дата звернення: 09.04.2026).
6. Боковець О. І., Баннікова С. О. Формування «синдрому відкладеного життя» в умовах війни // Психологія та соціальна робота. 2024. Вип. 2(60). С. 7–19.
7. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп // Соціально-правові студії. 2021. Вип. 1(11). С. 163–172.

8. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни // Проблеми сучасної психології. 2022. №2(25). С. 16–27. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
9. Відкрито доступ до нових модулів онлайн-курсу «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP» [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. – 07.02.2023. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/vidkrito-dostup-pervinnomu-rivni-medichnoi-dopomogi-iz-vikoristannjam-kerivnictva-mhgap> (дата звернення: 09.04.2026).
10. Глушук О., Крижановська З. Негативні впливи депресії на відносини в парі [Електронний ресурс] // Ментальне здоров'я особистості в умовах кризи та ... : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. конф. – Режим доступу: <https://www.inforum.in.ua/conferences/31/122/883> (дата звернення: 09.04.2026).
11. Гудзенко О. Г., Пастрик Т. В., Лазько А. М., Гальчун Н. П. Емоційно-регулятивні стратегії у мовленнєвій взаємодії: психолінгвістичні аспекти комунікативного дискурсу // Академічні студії. Серія «Гуманітарні науки». 2025. №2. С. 89–97. DOI: <https://doi.org/10.52726/as.humanities/2025.2.13>
12. Дегтяренко-Мельник Т. В., Бринза І. В. Психофізіологія рухової діяльності : навч. посіб. для студентів закладів вищої освіти. Одеса, 2024. 379 с.
13. Диференційна психологія : підручник. 2-ге вид., переробл. і доповн. / за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ : Видавництво Людмила, 2023. 572 с.
14. Дучимінська Т. І. Психологічні особливості подолання особистісної безпорадності в навчальній діяльності студентів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Луцьк, 2013. 286 с.
15. Єзерська А. О. Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих: гендерний аспект : кваліфікаційна робота магістра : 053 – психологія / Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024.

03b1-d23d-4ff1-977e-1b41b4e20a93/content (дата звернення: 09.04.2026).

16. Ждан В. М., Дворник В. М., Кайдашев І. П., Карамишев Д. В., Гордієнко Л. П., Коршенко В. О., Дев'яткіна Н. М. Сучасні аспекти кризового управління та розвитку системи охорони здоров'я : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (26 червня 2025 р., м. Полтава). Полтава : ПДМУ, 2025. 168 с.

17. Коваленко В. М., Борткевич О. П. Коморбідність: визначення, можливі напрямки діагностики та лікування // Український ревматологічний журнал. 2019. №77(3). URL: <https://www.rheumatology.kiev.ua/article/12426/komorbidnist-viznachennya-mozhlivi-napryamki-diaagnostiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 09.04.2026).

18. Ковалькова Т. О. Регулювання емоцій студентів за допомогою тренінгової роботи методами когнітивної психотерапії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/statti/kovalkova_0045.pdf (дата звернення: 09.04.2026).

19. Леонідова Д. В. Психологічні особливості атрибуції успіхів і невдач особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 – загальна психологія, історія психології / Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди. Харків, 2025.

20. Ложачевська О. М., Дікфідан О. Стрес під час війни: теоретичні моделі та практичні підходи до стресостійкості // Здобутки економіки: перспективи та інновації. 2024. №10. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14131871>

21. Марункевич М. Когнітивно-поведінкові підходи: наукові основи, принципи та практичне застосування [Електронний ресурс]. – 24 жовтня 2025. – Режим доступу: <https://psychobalance.com.ua/likari-radyat/kognityvno-povedinkovi-pidhody-naukovi-osnovy-pryntsypu-ta-praktychne-zastosuvannya> (дата звернення: 09.04.2026).

22. Отрощенко Н. Новітні тренди лікування хворих на депресію // Психосоматична медицина та загальна практика. 2025. Т. 10, №1. DOI:

23. Панько Т. Депресія і війна. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» 2023. № 1(64). С. 10–11. URL:
24. Проживальська А. С. Роль когнітивних спотворень у формуванні образу майбутнього субдепресивних клієнтів [Електронний ресурс]. Київ, 2025. URL: 9eb0eee35676/content (дата звернення: 09.04.2026).
25. Прохоренко Л. І. Саморегуляція навчальної діяльності школярів із затримкою психічного розвитку : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08 – спеціальна психологія / Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. Київ, 2017. 496 с.
26. Пфайфер С. Депресія : хвороба сучасності / пер. О. Кушніков. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.
27. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен [Електронний ресурс] // Актуальні проблеми психології. – Режим доступу: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i11/17.pdf> (дата звернення: 09.04.2026).
28. Ріджуей Н., Меннінг Дж. Когнітивно-поведінкова терапія для дитячих психологів. Робочі листи та роздаткові матеріали. Видавництво «Науковий Світ» - Київ, 2024, 242 с
- . Сардарзаде С. В. Взаємодія когнітивних та емоційних схем у осіб з тривожними, депресивними та спричиненими стресом розладами : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медична психологія / Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. URL: https://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/disertaciya_sardarzade_1572012375.pdf (дата звернення:
30. Саржевський С. Н. Розлади афективного спектру : навч. посіб. для лікарів-інтернів за спеціалізацією «Психіатрія». Запоріжжя, 2021. 90 с.
31. Сімейна лікарка розповідає про депресію – найпоширеніший психічний розлад у світі [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://uozhp.org.ua/2026/01/13/simejna-likarka-rozpovidaie-pro-depresiju-najposhirenishij-psiichnij-rozlad-u-sviti/> (дата звернення: 09.04.2026).

32. Цимбалюк В. І., Вадзюк С. Н., Табас П. С., Ратинська О. М., Сас В. В., Сопіга М. О. Прогнозування відновлення психофізіологічного стану після хронічного стресу: нейромережна модель // Фізіологічний журнал. 2025. Т. 71, №2.

33. Цифровізація медичної галузі: які цифрові послуги вже доступні для українців та які проєкти плануються [Електронний ресурс] / Департамент комунікацій Секретаріату Кабінету Міністрів України. – 10 жовтня 2024. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/tsyfrovizatsiia-medychnoi-haluzi-iaki-tsyfrovi-posluhy-vzhe-dostupni-dlia-ukraintsiv-ta-iaki-proekty-planuiutsia> (дата звернення: 09.04.2026).

34. Шауенбург Г. Психодинамічна психотерапія депресії [Електронний ресурс] // Наукові праці НПА України. – Режим доступу: <https://journals.npa.org.ua/index.php/psy/article/view/124/120> (дата звернення: 09.04.2026).

35. Що таке поведінкова теорія депресії Левінсона? [Електронний ресурс]. – 2025. – Режим доступу: <https://square.voda.cx.ua/ukraincyam/shho-take-povedinkova-teoriya-depresii-levinsona.html> (дата звернення: 09.04.2026).

36. Acta Psychiatrica Scandinavica [Електронний ресурс]. – John Wiley & Sons Ltd. – Режим доступу: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/16000447> (дата звернення: 09.04.2026).

Psychological Counseling and Guidance Journal. 2023. Vol. 13, №71. P. 494–509.

38. Brief, structured psychological treatment [Електронний ресурс] / World Health Organization. – 2023 (updated). – Режим доступу: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/depression/brief-structured-psychological-treatment> (дата звернення: 09.04.2026).

nts for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders

[Электронный ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2024. – Режим доступа:

40. Clinical Psychology Review Submission Guide: Requirements & Editorial Fit [Электронный ресурс]. – 12 March 2026. – Режим доступа: <https://manusights.com/blog/clinical-psychology-review-submission-guide> (дата звернения: 09.04.2026).

41. Cohen J. A power primer // Methodological issues and strategies in clinical research / за ред. А. Е. Kazdin. 4th ed. Washington : American Psychological Association, 2016. P. 279–284. DOI: <https://doi.org/10.1037/14805-018>. ISBN 978-

Karyotaki E., Vinkers C., Cipriani A., Furukawa T. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the
44. Depression in adults: treatment and management [Электронный ресурс] : NICE guideline. Reference number: NG222. Chapter: Recommendations. Published: 29 June 2022. – Режим доступа: (дата звернения: 09.04.2026).

t

45. Depressive disorder (depression) [Электронный ресурс] / World Health Organization. – 29 August 2025. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата звернения: 09.04.2026).

t

itally enabled therapies for adults with depression: early value assessment [Электронный ресурс] : HealthTech guidance. Reference number: HTG675. Published: 16 May 2023. – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/htg675/chapter/2-The-technology> (дата звернения: 09.04.2026).

d

u

47. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Электронный ресурс] / Substance Abuse and Mental Health Services Administration. – Rockville (MD) : SAMHSA, 2016. – Режим доступа:

explicit memory bias that persists beyond a depressive episode // Psychological Bulletin. 2022. Vol. 148, №5–6. P. 435–463.

erspective // BMJ Mental Health. 2023. Vol. 26, №1. Art. e300802. DOI:

logy: Science and Practice. 2015. Vol. 22, №4. P. 345–365. DOI:

ic review // Journal of American College Health. 2024. Vol. 72, №8. P. 2605–2613.

55. Perceived Stress Scale (PSS-10) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.corc.uk.net/outcome-measures-guidance/directory-of-outcome-measures/perceived-stress-scale-pss-10/> (дата звернения: 09.04.2026).

dson K. M., Rothstein H. R. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis // Journal of Occupational Health Psychology. 2008. Vol. 13, №1. P. 69–93. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>

la Herrera A., Shadid J. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic // The Lancet. 2021. Vol. 398. P. 1700–1712. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00486-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00486-9) (дата звернения: 09.04.2026).

58. Stade E. C., Ruscio A. M. A meta-analysis of the relationship between worry and rumination // Clinical Psychological Science. 2023. Vol. 11, №3. P. 552–573.

59. Stress at Work [Электронный ресурс] / National Institute for Occupational Safety and Health. – DHHS (NIOSH) Publication No. 99–101, 1999. – Режим доступа: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html> (дата звернения:

Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha // International Journal of Medical Education. 2014. Vol. 2. P. 55–55. DOI: <https://doi.org/10.5116/ijme.4.1.8>
VA/DODMDDCP Final 508.pdf [Электронный ресурс] / Department of Veterans Affairs, Department of Defense. – Режим доступа: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADODMDDCPFinal508.pdf> (дата звернения: 09.04.2026).

., Bitsika V., Evans I., Vessey K. A systematic review and meta-analysis of the association between childhood maltreatment and adult depression // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2025. Vol. 151. P. 572–599. DOI:

related stress and how to manage it [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hse.gov.uk/stress/overview.htm> (дата звернения: 09.04.2026).